UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TRABALHO E ADOECIMENTO NA PERSPECTIVA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA COORDENADORIA DE SAÚDE CENTRO-OESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DENISE CHEAVEGATTI

São Paulo
2008

DENISE CHEAVEGATTI

TRABALHO E ADOECIMENTO NA PERSPECTIVA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA COORDENADORIA DE SAÚDE CENTRO-OESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Profª. Drª. Maria Rita Bertolozzi

São Paulo

2008

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cheavegatti, Denise.
Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-oeste do Município de São Paulo / Denise Cheavegatti. – São Paulo; 2008.
141 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Maria Rita Bertolozzi.

1. Agentes de saúde 2. Riscos ocupacionais 3. Processo saúde-doença 4. Saúde ocupacional 5. Saúde da família. I. Título.

Dedicatória

Aos meus amados pais, Eutália Gercina Cheavegatti e Vergílio Tadeu Cheavegatti, por me quererem como filha na vida terrena, pelo exemplo de vida, pelo amor incondicional e pelo apoio em todas as decisões tomadas.

Amo vocês!

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Rita Bertolozzi, pelo exemplo de profissionalismo que me encantou desde o primeiro ano de graduação, pela paciência em compreender minhas dificuldades e pela disposição em me orientar no mestrado e nas iniciações científicas.

Aos agentes comunitários de saúde que participaram deste e dos estudos anteriores.

Ao meu amado, Ricardo Grógia, pela companhia desde os tempos de cursinho, por tudo que juntos vivemos e pelo incentivo a enfrentar e vencer dificuldades.

Aos meus irmãos, Adriana Cheavegatti Gianotto e Rafael Cheavegatti, pelo carinho com que me abraçam.

Aos meus afilhados, Clara Mendes Herrera e Davi Cheavegatti Gianotto, pela luz seus olhos emitem.

À minha madrinha, Maria de Fátima Mendes e à minha prima-irmã Tatiane Mendes Carvalho, por me aceitarem em seu cotidiano, com todas as dificuldades que isso representa.

Aos meus amigos e amigas, Flávia, Denise, Carina, Fran, Magali, Renato, Rogério e Marcel, pela companhia física, ou em pensamento, que me ajuda seguir a vida.

Às Professoras Doutora Marina Peduzzi e Doutora Anna Maria Chiesa, pelo exemplo que foram, desde a graduação e pela participação no Exame de Qualificação com importantes contribuições no mestrado.

Às professoras Doutora Célia Maria Sivalli Campos e Doutora Cássia Baldini Soares, pelo carinho e por me auxiliarem a compreender a Teoria da Determinação Social.

Aos colegas de graduação e de pós-graduação, pela compartilha de momentos difíceis e felizes durante essa trajetória.

Às funcionárias e professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, pelo auxílio durante a graduação e pós-graduação.

Às técnicas do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Carla, Érica e Líliam, pelo carinho disponibilidade sempre presentes.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, pela rica convivência e trocas realizadas ao longo de três anos.

Aos funcionários do Centro de Saúde-Escola do Butantã que, talvez não o quanto, tiveram papel decisivo em minha formação.

Enfim, a todos aqueles que estão, estiveram ou continuarão presentes em minha vida, nos momentos de tristeza e felicidade e que, assim como eu, esperam que esses últimos ocupem maior parte de nossas existências.

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 Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Os agentes comunitários de saúde (ACS) integram o processo de produção de saúde e desenvolvem processos de trabalho peculiares, na medida em que são, ao mesmo tempo, moradores e trabalhadores no território de atuação. Dado que em estudos anteriores verificou-se a emergência de cargas de trabalho em seu cotidiano, que assumiam um relevo importante a ponto de causar impacto em seu corpo biopsíquico, este estudo teve como objetivos: identificar cargas de trabalho a que os ACS de uma determinada Coordenadoria de Saúde do Município de São Paulo estavam expostos; identificar processos de fortalecimento na vida e no trabalho; verificar se os ACS estabeleciam nexos entre o trabalho, a vida e seu processo saúde-doença e identificar propostas de enfrentamento em relação aos potenciais de desgaste e para o aprimoramento dos potenciais de fortalecimento. Parte-se da premissa de as que cargas de trabalho são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico do trabalhador. A coleta de dados foi realizada através da estratégia de grupo focal, que ocorreu em 3 encontros com 10 ACS da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste do Município de são Paulo, entre julho e agosto de 2007. Os procedimentos éticos foram resguardados. Dentre os resultados mais relevantes, os ACS referiram-se expostos às cargas de trabalho psíquicas, fisiológicas, biológicas, químicas e mecânicas, sendo que as duas primeiras foram predominantes. Os ACS mencionaram nexos entre as cargas psíquicas, mecânicas e biológicas e seu processo saúde-doença, ao relatarem, principalmente, o desenvolvimento de

sintomas psíquicos difusos, como frustração e angústia, bem como diagnósticos de depressão e problemas ósteo-articulares. Quanto aos potenciais de fortalecimento na vida e no trabalho, identificaram-se, preponderantemente, sentimentos positivos em relação à profissão, bom relacionamento com a equipe e comunidade e estabilidade financeira. As propostas para enfrentamento dos potenciais de desgaste e aprimoramento dos potenciais de fortalecimento partiram dos próprios ACS, ressaltando-se a necessidade de fortalecer a categoria profissional, assim como de melhor definir suas atribuições, divulgando-as perante a comunidade e membros da equipe de saúde. Ademais, mencionaram propostas que se referem ao âmbito do gerenciamento do Programa Saúde da Família (PSF) e das políticas de saúde, apontando com maior relevância, a necessidade.de que as bases constituintes do PSF, assentadas no Sistema Único de Saúde, não sejam desvirtuadas em função da produtividade, resguardando-se a qualidade no atendimento às necessidades de saúde da população Indica-se, portanto, a necessidade de integrar os ACS nos debates acerca da profissão, no que diz respeito a seus rumos, e às possibilidades de intervenção em seu processo de trabalho, de forma a minimizar os processos de desgaste e fortalecê-los para o enfrentamento de situações cotidianas.

PALAVRAS-CHAVE: agentes comunitários de saúde, saúde do trabalhador, saúde da família, cargas de trabalho, processo saúde-doença

Cheavegatti D. The Work and the illness by the Communitarian Health Agents of a region of São Paulo City [dissertation] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The Communitarian Health Agents (CHA) integrate the process of health production and develop peculiar work processes, as they are, at the same time, inhabitants and workers in their performance territory.

Since previous studies have revealed the emergence of workloads in their quotidian that had a important impact in their biopsychic body, this study had the following aim: to Identify workloads that CHA of an determined Health Coordination of São Paulo City were exposed to; to identify processes of invigoration and wasting in their work and in their lifes; to verify if the CHA have established connections among their work, life and their process of health-illness; and to identify proposals of confrontation in relation to the wasting potentials and the improvement of the invigoration potentials.

We assume the premise that workloads were mediations between the work process and the worker psychobiological wasting. The data collection was carried through the focal group strategy that occurred in 3 meetings with 10 CHA of the Health Coordination of São Paulo City, from July to August of 2007. The ethics procedures were safeguarded. Among the most relevant results, the CHA had mentioned that they have been exposed to psychic, physiological, biological, chemical and mechanical workloads, being the two first types predominant. The CHA have mentioned connections between the psychic, mechanical and biological and their health/illness processes, when describing the development of diffuse psychic symptoms, as frustration and anguish, as well as depression diagnostics and osteoarticular problems. In addition, invigoration elements in some life and work situations were related.

The proposals for the confrontation of the wasting potential and for the improvement of the invigoration potential were made by the CHA themselves and the necessity of empowering the professional category as well as to define better the CHA attributions exposing them to the community and to the health team stood out. Moreover, the CHA mentioned proposals related to the management scope of the Healthy Family Program and Health Politics.

It is clear, therefore, the necessity of the CHA integration in the discussion about their profession, in the issues related to its directions, in the terms of the Unique Health System of Brazil, and in the possibilities of

intervention on their work processes, in a way to minimize wasting processes and in order to invigorate the agents for their quotidian situations confrontation.

Key words: communitarian health agents, health worker, family health, work loads, health/illness process.

SUMÁRIO

1. Introdução 14

1.1. Do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ao Programa Saúde da Família 15

1.2. O cotidiano do trabalho dos agentes comunitários de saúde: as cargas de trabalho a que estão submetidos e seu processo saúde-doença 17

2. Objetivos 24

3. Metodologia 26

3.1. Marco Referencial 26

3.1.1. As Cargas de Trabalho 30

3.2 Delineamento do estudo 33

3.3 Local do estudo e sujeitos 33

3.4 Procedimentos éticos 35

3.5 Operacionalização dos grupos focais 36

4. Resultados 40

4.1 Caracterização dos ACS 40

4.2. Atividades realizadas 44

4.3. Cargas de trabalho a que estavam expostos os ACS 46

4.4 Potenciais de fortalecimento no trabalho e na vida 50

4.4.1 Relacionados ao trabalho 50

4.4.2 Relacionados à vida 51

4.5. Manifestações do processo saúde-doença 51

4.6. Nexos atribuídos pelos ACS 52

4.6.1 Nexos entre o trabalho e processos de desgaste na saúde-doença 53

4.6.2 Nexos entre a vida e processos de desgaste na saúde-doença 54

4.6.3 Nexo entre o trabalho e processos de fortalecimento na saúde-doença 54

5. Discussão 56

5.1 Caracterização dos trabalhadores 56

5.2 As atividades realizadas 64

5.3 Cargas de trabalho 66

5.3.1 Potenciais de desgaste na vida 80

5.4 Potenciais de fortalecimento no trabalho e na vida 83

5.4.1 Fortalecimento no trabalho 83

5.4.2 Fortalecimento na vida 88

5.5 Processo saúde-doença 91

5.6. Nexos atribuídos pelos ACS 93

5.7 Propostas apresentadas pelos ACS para aprimorar o cotidiano de trabalho 115

6. Considerações finais 119

Referências Bibliográficas 124

Anexos 132

Introdução

1. Introdução

O agente comunitário de saúde (ACS) é um trabalhador que integra o Programa de Saúde da Família (PSF), considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia de qualificação e expansão da Atenção Básica, que constitui uma de suas prioridades políticas (Ministério da Saúde, 2004).

Essa categoria de trabalhadores é bastante recente. No Estado de São Paulo, existe há pouco mais de 10 anos, porém, seu número vem crescendo, juntamente com a ampliação da cobertura do PSF, que ocorreu de forma mais intensa a partir de meados da década de 1990.

O agente comunitário de saúde integra as equipes do PSF, juntamente com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Na Constituição Federal, ao ser "criada" a profissão de agente comunitário de saúde, anos após a existência desses trabalhadores, define-se que seu trabalho é caracterizado "(...) pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas" (Brasil, 2002a).

A prática junto aos ACS tem mostrado que, de fato, esses trabalhadores têm ampliado o escopo de atividades, na comunidade e no interior das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal ampliação não tem sido efetivada sem conseqüências para processos de desgaste em relação ao corpo bio-psíquico de tais trabalhadores, pois não são raras as suposições das repercussões do trabalho sobre o estado de saúde. Estas, via de regra, explicitam-se como queixas individuais e empíricas, que pouco chegam a concretizar-se como problemas na área de Saúde do Trabalhador.

Nesse sentido, apesar de que, progressivamente, encontrem-se estudos na literatura científica, a respeito do trabalho desenvolvido pelos ACS, há escassez de relatos que retratem esta questão, o que expõe uma lacuna do conhecimento a esse respeito.

No decorrer do desenvolvimento das atividades cotidianas, os agentes comunitários expõem-se a cargas de trabalho que, segundo Facchini (1994), são exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, que

geram, ao longo do tempo, desgaste. Em outras palavras, as cargas de trabalho são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico do trabalhador. Sob essa interpretação, as cargas de trabalho são indissociáveis do processo saúde-doença.

O estudo da relação trabalho-saúde ancora-se no marco teórico que possibilita a compreensão de que os grupos sociais, segundo sua inserção no processo de produção, desenvolvem determinados e particulares processos de trabalho e vida. O desgaste e as possibilidades de fortalecimento/repouso são condicionados pela forma como se desenvolve seu trabalho e como processa sua vida, atuando assim, em seu corpo bio-psíquico. Ademais, é importante apontar que os processos de trabalho determinam a intensidade e a freqüência da exposição das pessoas tanto a benefícios, como a riscos (Breilh e Granda, 1986).

Isto posto, o presente estudo tem como finalidade contribuir para a ampliação do conhecimento a respeito, ao buscar compreender se os ACS percebem alguma relação entre o trabalho e a saúde. Parte-se da premissa de que a forma como entendem a relação entre saúde e trabalho pode interferir no modo como enfrentam os próprios problemas de saúde.

1.1. Do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ao Programa Saúde da Família

No Brasil, em 1987, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, com recursos próprios e vinculado à Secretaria do Estado, com coordenação, portanto, centralizada. Os Agentes Comunitários de Saúde dessa Unidade Federada foram considerados como responsáveis diretos pela queda da mortalidade infantil durante o período de 1991-1995, o que lhes conferiu um prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, no ano de 1993 (Silva e Rodrigues, 2002).

Com a obtenção de resultados tão positivos, o Ministério da Saúde, em 1991, instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com repasse de

recursos e normatização, primeiramente no Nordeste do País, seguido pelas regiões Norte e Centro-Oeste, para após 10 anos mostrar-se presente por todo país (Souza, 2003).

Cabe recordar que anteriormente à denominação de agentes comunitários de saúde, ligados ao PACS, havia agentes de saúde que realizavam o trabalho de forma voluntária, apoiados por instituições não-governamentais ou religiosas, como as Pastorais e a Unicef (Oliveira *et al., 2003).*

Paralelamente a essas ações, e mais especificamente no Estado de são Paulo, Silva (2001) descreve a implantação de Programas de Agentes Comunitários de Saúde desde meados da década de 70. A autora refere que, em 1981, devido a planos de extensão dos serviços básicos de saúde, foi elaborado o "Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira", o qual contava com a presença de agentes de saúde em meio a regiões rurais. Tal projeto, entretanto, não foi ampliado naquele momento, devido a entraves burocráticos e políticos.

Após essas experiências e após a instituição do PACS, em 1991, os Agentes Comunitários de Saúde foram integrados, com maior expressão, ao Programa de Saúde da Família (PSF), que foi implantado, primeiramente, em municípios do interior como: Pirajú, Assis, Amparo, Santa Fé do Sul, Tarumã, Juquiá, entre outros. Porém, anteriormente a essa data, já havia um Programa de Agentes Comunitários de Saúde, cuja operacionalização dava-se independentemente da sua conformação em equipes (Luciano, 2002).

No Município de São Paulo, o PSF foi preliminarmente implantado na modalidade do Programa QUALIS (Qualidade Integral em Saúde). A diferença entre o QUALIS e o PSF residia, principalmente, na forma de financiamento e nas parcerias firmadas para a sua viabilização. O PSF começou a ser implantado em 1995 e, hoje, está presente nas cinco Coordenadorias de Saúde do Município. Além das Unidades de Saúde da Família (USF), que são unidades de saúde que contam apenas com funcionários das equipes de PSF,

há Unidades Básicas de Saúde no formato tradicional que abrigam equipes de PSF ou de PACS, configurando-se como UBS mistas.

De acordo com Chiesa e Batista (2004) a implantação do PSF no Município ocorreu, primeiramente, em áreas que concentravam famílias com renda de até 5 salários mínimos. Ainda, de acordo com a autora, o PSF representou expansão da rede básica em áreas carentes de recursos de saúde.

As equipes de PSF do Município de São Paulo são compostas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por uma população de cerca de 1.000 famílias, ou o equivalente a 3.500-4.000 pessoas, que moram no território adstrito de uma Unidade Básica de Saúde, ou seja, cada ACS seria responsável por cerca de 200 famílias. Já as equipes de PACS, são compostas por até 12 ACS e um enfermeiro, sendo que podem incluir, também, auxiliares de enfermagem.

Em 2006, o Ministério da Saúde contabilizou que o PSF realizava a cobertura de 46,2% da população brasileira, enquanto os agentes comunitários realizavam cobertura de 59,1% da população, correspondente a 109,7 milhões de pessoas, devido à coexistência de equipes de PACS e PSF. Tal Ministério afirma que o investimento em tal ano na Estratégia Saúde da Família foi da ordem de R$3.248,50 bilhões. Para o Estado de São Paulo, o mesmo órgão governamental contabilizou o total de 20.454 ACS, realizando cobertura de 28,4% da população (Ministério da Saúde, 2006).

1.2. O cotidiano do trabalho dos agentes comunitários de saúde: as cargas de trabalho a que estão submetidos e seu processo saúde-doença

Em estudos exploratórios (Cheavegatti e Bertolozzi, 2004; Cheavegatti e Bertolozzi, 2006), realizados com aporte do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

(FAPESP), respectivamente, com a finalidade de identificar características pessoais, além daquelas relativas ao modo de vida e de trabalho (com ênfase nas cargas de trabalho) de ACS em unidades de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, verificou-se que os agentes comunitários, de modo geral, encontravam-se submetidos a processos de desgaste no cotidiano de trabalho.

Nesses estudos, foram entrevistados 149 ACS de 10 UBS da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste (sendo 33 no primeiro e 116 no segundo estudo), através de questionário contendo perguntas abertas e fechadas, que continham a caracterização pessoal, em relação ao trabalho e sobre o processo saúde-doença dos entrevistados.

Nestes, verificou-se que o desgaste desses trabalhadores ocorria conjuntamente a diversas situações que configuravam cargas de trabalho, tais como: tensão no ambiente de trabalho; contato com animais e doenças; necessidade de atenção constante no desenvolvimento das atividades; realizar trabalho repetitivo ou monótono; excesso de carga horária de trabalho; grande número de cadastrados a serem visitados; falta de espaço físico para os ACS reunirem-se na comunidade e mesmo nas UBS, o que os levava a assumir posições inadequadas; processos biopsíquicos associados à fisiologia feminina, como por exemplo, tensão pré-menstrual; andar demasiadamente; manipular peso; exposição às condições adversas do clima, temperatura, ruído, ventilação e iluminação; assim como dificuldade de comunicação com a chefia, os colegas e a própria população; e preocupação devido ao baixo salário em função da necessidade de cumprir com os compromissos de ordem pessoal e familiar.

Ademais, muitos referiram sentimento de impotência para resolver, apoiar ou encaminhar as necessidades da população, além de manifestar esse sentimento em relação à exposição à violência e à hierarquia de poder estabelecida no interior das equipes.

Por outro lado, os agentes comunitários apontaram processos fortalecedores, como a possibilidade de ajudar as pessoas, além do fato de

sentirem-se reconhecidos pelo seu trabalho junto à comunidade, ademais de poderem resolver alguns problemas da população.

No estudo cujos dados foram coletados em 2005 (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006), metade dos ACS participantes referiram queixas relacionadas à saúde no momento da entrevista, sendo algumas delas aparentemente relacionadas à atuação profissional, embora os ACS não tivessem, necessariamente, estabelecido essa relação. Foram os seguintes os problemas de saúde mencionados, segundo ordem de citação:

- referentes ao sistema ósteo-articular: algias (lombar, cervical, nos membros inferiores e superiores e no nervo ciático), “formigamento” nas mãos, artrose nos joelhos, esporão e fibromialgia;

- sintomas psíquicos, como estresse, “nervosismo”, tensão emocional, depressão, síndrome do pânico, ansiedade e “pouca paciência”;

- cefaléia e enxaqueca;

- problemas cárdio-circulatórios (bradicardia, hipertensão arterial e varizes);

- sintomas difusos, como cansaço, fraqueza, náusea, sonolência, tontura e labirintite;

- problemas respiratórios/alérgicos (rinite, sinusite e pneumonia);

- problemas endócrinos (diabetes e diabetes gestacional, irregularidade menstrual, obesidade e hipotireoidismo);

- referentes ao sistema reprodutor feminino, como sintomas associados ao climatério, tensão pré-menstrual, dismenorréia e enfermidades uterinas;

- gastrite;

- anemia e hipercolesterolemia;

- problemas dermatológicos (seborréia e dermatite);

- queixas álgicas (dor renal e dor no peito);

- irritação ocular e diminuição da acuidade auditiva;

- varicela.

Nesse estudo, além do primeiro realizado (Cheavegatti e Bertolozzi (2004), os agentes comunitários expressaram ambigüidade de sentimentos em relação ao trabalho, como satisfação e prazer, ao mesmo tempo em que manifestavam preocupação e incômodo.

Na revisão bibliográfica em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sem restrição quanto à data de publicação, não foram encontradas, no Brasil, referências de estudos que tratassem de cargas de trabalho no cotidiano de agentes comunitários de saúde. O próprio termo indexado no descritor de assunto (DeCs), grafado como “carga de trabalho” ou “carga de trabalho do empregado”, é assim descrito: “A quantidade total de trabalho a ser desenvolvido por um indivíduo, um departamento, ou outro grupo de trabalhadores em um período de tempo”. Essa definição não é a utilizada no presente estudo, pois parece se restringir a uma dada visão pautada na dimensão quantitativa do trabalho, deixando de assumir a forma como se processa.

Daqueles cujo tema se relaciona ao objeto de estudo da presente investigação, verificou-se, por exemplo, que, em artigo sobre revisão bibliográfica, Kluthcovsky e Takayanagui (2006) verificaram que dentre os 26 estudos sobre ACS selecionados, sobre ACS no Brasil, 73% tratavam da caracterização pessoal dos agentes e de suas funções e da avaliação do processo e resultados de seu trabalho destes.

Por outro lado, foram encontrados estudos que tratam de questões sobre o cotidiano dos ACS, e algumas cargas, como por exemplo, a psíquica, dentre os quais, destacam-se os de Silva e Dalmaso (2002), Camelo (2002) e Lunardelo (2004), entre outros, os quais apóiam a compreensão sobre o trabalho dessa profissão.

Silvia e Dalmaso (2002) discorrem acerca da construção da identidade do agente comunitário de saúde, questionam suas perspectivas e suas necessidades, com base na experiência de implementação do QUALIS em São Paulo.

Camelo (2002), em estudo realizado com trabalhadores de cinco núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, que tinha como objetivo investigar a ocorrência e sintomatologias relacionadas ao estresse nos membros das equipes, verificou que os agentes comunitários foram o segundo grupo mais atingido, após os enfermeiros.

Lunardelo (2004) trata da questão que se refere, especificamente, ao sentimento suscitado pelo trabalho. Ao buscar identificar as repercussões do trabalho sobre o cotidiano, realizou um estudo com 10 agentes comunitários do Município de Ribeirão Preto (SP), observando a mesma ambigüidade apontada no estudo de Cheavegatti e Bertolozzi (2004).

Esses achados, que aparentemente demonstram situações geradoras de desgaste e referência a sofrimento, por parte dos agentes comunitários de saúde, instigam a respeito de como se processa o trabalho e a sua relação com o processo saúde-doença desse importante contingente de trabalhadores que integram o processo de produção da saúde.

É na interface entre o trabalho e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde que o presente projeto pretendeu aprofundar, buscando identificar o estabelecimento de relação entre as cargas de trabalho presentes em seu cotidiano e o adoecimento desses trabalhadores.

Destaca-se ainda que o presente estudo buscou ampliar qualitativamente a captação da realidade, iniciada nos estudos anteriormente mencionados, tendo em mente, conforme Rigotto (1994), que: "... nosso objeto, a saúde dos trabalhadores, é complexo e multifacetário e interessa-nos a apreensão de sua totalidade".

Ainda que se tenha claro que qualquer tentativa de interpretação da realidade nunca será efetivada na totalidade, dada a dinamicidade da vida, na qual é inerente sua constituição processual, pretendeu-se estudar uma parte da totalidade, buscando ajudar a preencher uma lacuna do conhecimento existente. Ademais, a forma como foi operacionalizado o estudo, permitindo o encontro entre os ACS para debater a respeito de seu cotidiano, pode ter contribuído para refletir acerca de suas condições de vida e trabalho, no

sentido de fortalecê-los, como poderá ser constatado na apresentação dos resultados.

Objetivos

2. Objetivos

O presente estudo teve como objetivos:

Identificar cargas de trabalho a que os ACS de uma determinada Coordenadoria de Saúde do Município de São Paulo estavam expostos;

Identificar processos de fortalecimento e desgaste na vida e no trabalho de tais agentes;

Verificar se os ACS estabeleciam nexos entre o trabalho, a vida e seu processo saúde-doença;

Identificar propostas de enfrentamento em relação aos potenciais de desgaste e para o aprimoramento dos potenciais de fortalecimento.

Metodologia

3. Metodologia

Partindo-se do pressuposto que o objeto do presente estudo, que se refere às cargas de trabalho e a saúde-doença, é em sua essência, histórico, sofrendo mediações dos processos de produção e de reprodução social, para os quais, fórmulas numéricas e dados estatísticos não seriam suficientes para responder à sua complexidade (Minayo, 2004), foi adotada abordagem metodológica qualitativa.

Enfatiza-se essa opção, também devido ao fato de que, para além do objeto, estão os sujeitos, essencialmente qualitativos, bem explicados por Minayo (2004) como: "(...)gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social, ou classe, com suas crenças, valores e significados".

3.1. Marco Referencial

Tomou-se como base teórica, a concepção social do processo saúde-doença e o trabalho como categoria central para explicar os processos de reprodução social, de fortalecimento, desgaste e o próprio processo saúde-doença.

Segundo a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, "As condições de saúde das pessoas e dos grupos sociais são resultado do processo complexo e dinâmico que se produz socialmente em todos os âmbitos em que a vida social se desenvolve. As condições de saúde dos trabalhadores das cidades, por exemplo, se produzem em seus locais de trabalho, no âmbito da vida familiar em casa, na vida associativa, na vida cultural, tudo isso em espaços ou ambientes determinados (...) a vida se forja entre os aspectos que nos causam danos e os que nos protegem de cada momento e o resultado dessas contradições é o que se chama 'saúde-doença' cujos fenômenos observáveis se fazem evidentes nas pessoas" (Breilh, 1995).

Por essa definição, os espaços de trabalho e vida não são entendidos como "fatores", mas como determinantes do processo de adoecimento-saúde.

No que se refere às cargas de trabalho, encontram fundamento na base teórica da categoria Trabalho. Esta, segundo Mendes Gonçalves (1992), é caracterizada como um processo de transformação de ‘algo antes’ em ‘algo depois’, com dispêndio energético e com a finalidade de obter um produto capaz de satisfazer um carecimento humano.

Para Antunes (2005), é a partir do trabalho “(...) que o ser social distingue-se de todas as formas pré-humanas”, recordando que o processo de trabalho foi desenvolvido pelos seres humanos ao longo de seu desenvolvimento histórico-social, como parte de sua história de realização como seres sociais.

Além de distinguir o ser social das formas pré-humanas, o trabalho também distingue o ser humano dos animais, dada a intencionalidade que orienta a finalidade de obtenção de um produto, resultado do processo de trabalho. Tal produto encontra-se abstraído idealmente na imaginação do trabalhador, que é capaz de produzir instrumentos de trabalho para modificar a natureza (Mendes Gonçalves, 1992).

Marx (1983) define o trabalho como: “(...) criador de valores de uso, como trabalho útil”. Por isso, o trabalho é uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas da sociedade. Daí a concepção do trabalho como condição *sine qua non* para a existência humana.

O trabalho realiza-se como processo que, conforme transcorre, transforma ambos, homem e objeto. Lukács (1978) bem explica essa relação entre trabalho, homem e objeto: “Por um lado, o próprio homem que trabalha é transformado pelo seu trabalho; ele atua sobre a natureza; ‘desenvolve as potências nela ocultas’ e subordina as forças da natureza ‘ao seu próprio poder’. Por outro lado, os objetos e as forças da natureza são transformados em meios, em objetos de trabalho, em matérias-primas, etc”.

Caso finalizasse a definição de trabalho nesse ponto, ter-se-ia a impressão de que o mesmo é só e somente edificante, sempre qualificado positivamente. Entretanto, pode acarretar ao trabalhador conseqüências negativas, de acordo com o modo como se processa. Uma destas refere-se à

alienação do trabalhador no processo de trabalho como um todo. Antunes (2005) recorda que, na sociedade capitalista, o trabalho assume a forma de trabalho alienado, ao invés de configurar-se como meio pelo qual os indivíduos obteriam realização social. Ao contrário, é meio para subsistência e a força de trabalho é transformada em mercadoria.

Essa alienação ocorre pelo fracionamento do trabalho e, de acordo com Mendes Gonçalves (1992), pela presença de instrumentos, como máquinas, que permitem a realização do trabalho sem que o trabalhador tenha o projeto de resultado subordinado à sua vontade.

A alienação no trabalho e a transformação da força de trabalho em mercadoria geram estranhamento entre o trabalhador e seu objeto, "(...) o que significa dizer que, sob o capitalismo, o trabalhador não se satisfaz no trabalho, mas se degrada; não se reconhece, mas se nega" (Antunes, 2005).

Normalmente, espera-se que um trabalho gere algo material, que possa ser comercializado, o que não ocorre com o trabalho em saúde, pois o produto deste trabalho é um bem não material, o qual não se armazena e não tem forma concreta, mas interfere diretamente na reprodução social das pessoas, tendo significados diferentes para cada um, a depender da etapa da vida em que se encontra, seu momento histórico e sua cultura. Esse bem é a saúde, segundo Fortuna *et al*. (2005).

O trabalho em saúde é realizado, predominantemente, por agrupamentos de pessoas que constituem equipes, nas quais são mantidas relações hierárquicas e diferentes graus de subordinação entre os trabalhadores, relações estas que, muitas vezes, mostram-se insalubres aos membros desses agrupamentos. (Peduzzi, 2001).

Os processos de trabalho e de consumo conformam a reprodução social dos grupos sociais e constituem as denominadas condições de vida e os modos de viver. Cada grupo social, segundo a inserção específica no processo de produção, desenvolve determinados processos de trabalho e de vida. Assim, a forma como o trabalho se desenvolve condiciona o desgaste, que é o consumo físico e psíquico, assim como condiciona as possibilidades de

repouso, ou de fortalecimento. Ambos, desgaste e repouso, atuam no corpo bio-psíquico da própria pessoa, com reflexos para os membros da família e de outras que guardam alguma relação com o ser humano que se está colocando como referência. Além disso, o processo de trabalho determina a intensidade e a freqüência da exposição aos benefícios e riscos do mesmo e do ambiente imediato onde se desenvolve (Breilh e Granda, 1986).

Segundo Breilh e Granda (1986), as condições sócio-econômicas "(...) não seriam os agentes causais diretos da doença, ainda que pudessem sê-lo, mas se combinam para formar a estrutura que desencadeia e transforma os fenômenos biológicos". "(...) a estrutura econômica e as relações sociais de produção e de modificação de uma sociedade e não os fenômenos biológicos em si mesmos, determinam o caráter da relação do homem com a natureza e, conseqüentemente, o tipo de patologia de que padece".

Apontaram-se alguns aspectos inerentes ao trabalho, como a geração de bens materiais e não materiais, assim como aspectos relacionados à transformação do objeto e do trabalhador. Mas, o trabalho, também apresenta caráter emancipatório e alienador. Conforme aponta Antunes (2005), "(...) Se, por um lado, necessitamos do trabalho humano e reconhecemos seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicita o ser social. Essa dimensão dúplice e dialética presente no trabalho é central quando se pretende compreender o labor humano" (Antunes, 2005).

Entretanto, quando reportamo-nos ao interior da sociedade capitalista e, mais especificamente no caso do Brasil, com as conseqüências do modo de produção e de reprodução social correntes, ocorre que, muitas vezes, o trabalhador não tem a possibilidade de recusar determinadas ocupações ou funções, o que acaba por fazê-lo submeter-se a processos de alienação e de subordinação, com conseqüências para o processo saúde-doença.

Aqui, vale tomar como referência o que ocorre com as pessoas que constituem a força de *trabalho* da categoria de ACS. Diversos estudos apontam que a profissão lhes possibilitou a saída do mercado informal ou do desemprego, e reingresso/ingresso no mercado de trabalho (Silva e Dalmaso,

2002; Lunardelo, 2004; Cheavegatti e Bertolozzi, 2006). Isto significa deparar-se tanto com a consecução de uma ocupação almejada ou com a inserção em "algum" tipo de trabalho que ajude na sobrevivência, conforme verificar-se-á posteriormente, no decorrer do presente estudo.

3.1.1. As Cargas de Trabalho

Esta categoria está situada entre as que estão "(...) estruturadas para estudar o impacto dos elementos constitutivos do processo de trabalho – tanto do objeto e da tecnologia de trabalho, como da sua organização e divisão – sobre a saúde do trabalhador. Através delas, pretende-se entender melhor como estes elementos consomem a força de trabalho, ou desgastam as capacidades vitais do trabalhador" (Facchini, 1994).

As cargas de trabalho são exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, que geram, ao longo do tempo, o desgaste do trabalhador. Em outras palavras, as cargas de trabalho são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico do trabalhador.

O desgaste do trabalhador é causado pela interação dessas cargas de trabalho com os processos bio-psíquicos humanos, podendo gerar danos à saúde como: acidentes, doenças e manifestações psicossomáticas.

O estudo sobre cargas de trabalho pressupõe um determinado entendimento sobre o trabalho e sobre o processo saúde-doença que encontra respaldo no âmbito do campo da Saúde Coletiva, mais propriamente quando se parte da interpretação de que o processo saúde-doença constitui-se como produto da forma como os indivíduos trabalham e de como se processa a reprodução social. Nesse sentido, assume particular relevo, a forma como a sociedade se organiza no processo de produção e de reprodução social, conferindo possibilidades distintas de acesso ao trabalho e ao desenvolvimento deste e da vida (Breilh e Granda, 1986; Breilh, 1995).

Segundo Facchini (1994), para cada ramo produtivo e para cada processo de trabalho, é possível identificar um perfil de cargas de trabalho, que conforma um determinado padrão de desgaste bio-psíquico.

Para facilitar o entendimento sobre as cargas de trabalho, tal pesquisador as subdivide conforme segue:

Cargas Físicas

São derivadas das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e caracterizam o ambiente de trabalho em interação com o trabalhador. Estão relacionadas a ruídos, temperatura, iluminação natural ou artificial, entre outros.

Cargas Químicas

Derivam do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos em sua transformação. Caracterizam o ambiente de trabalho e sua interação cotidiana com o trabalhador. Como exemplos, podem-se destacar, pó, poeira, fumaça, gases, entre outros.

Cargas Orgânicas

Derivam do ambiente de trabalho e das condições de higiene em que ocorre a transformação do objeto de trabalho. Nesse grupo, inclui-se qualquer animal ou vegetal que possa determinar danos à saúde do trabalhador como, por exemplo, bactérias, fungos, vírus, parasitas e fibras vegetais. Silva (1996) denomina essas cargas como cargas biológicas e salienta que, no caso dos trabalhadores que atuam na área da saúde, advêm de microorganismos patogênicos. Adotar-se-á, no presente estudo, a denominação de cargas biológicas.

Cargas Mecânicas

Essas cargas são decorrentes das condições de manutenção dos meios de produção e, como exemplo, podem-se citar as irregularidades do piso e do calçamento. São geradoras de escoriações, torções, distensões, fraturas e outras alterações ósteo-músculo-esqueléticas.

Cargas Fisiológicas

Derivam das diversas maneiras de realizar a atividade ocupacional e estão constituídas pelo esforço físico e mental, deslocamentos, posições e movimentos do corpo humano, exigidos para a execução do trabalho. Dependem do espaço de trabalho disponível, assim como dos turnos rotativos de trabalho.

Cargas Psíquicas

Constituem-se por elementos do processo de trabalho que são, acima de tudo, fonte de estresse. Relacionam-se com todos os elementos do processo de trabalho e interagem com as demais cargas de trabalho. Silva (1996) cita como exemplos desse tipo de carga: a fadiga, a tensão, a perda do controle sobre o trabalho, a necessidade de realizar horas extras, o trabalho subordinado, a desqualificação do trabalhador, o trabalho parcelado, o ritmo acelerado de trabalho, além do risco de perder o emprego.

Vale lembrar que, no cotidiano dos trabalhadores, em geral, há simultaneidade de exposição às variadas cargas, o que pode contribuir para aumentar o processo de desgaste sofrido pelos trabalhadores. A título de exemplo, Silva (1996) verificou que a exposição às cargas mecânicas ocorre simultaneamente à exposição às cargas psíquicas, tendo identificado, em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem que atuavam junto a um hospital universitário, que o ritmo acelerado de trabalho, a repetição das tarefas e a “pressa” para a realização do trabalho, potencializam a exposição às cargas mecânicas, podendo implicar na ocorrência de acidentes de trabalho.

3.2 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo, do tipo pesquisa-ação. A pesquisa ação, conforme aponta Thiollent (1986): "(...) é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada com estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo". Assim sendo, neste tipo de pesquisa, ocorre envolvimento tal do pesquisador, que é parte integrante da mesma.

Conforme anteriormente mencionado, este estudo busca aprofundar os achados de estudos anteriores, que ocorreram com Agentes Comunitários de Saúde da Região Centro-Oeste e formular propostas para intervenção em seu trabalho.

3.3 Local do estudo e sujeitos

A Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste foi selecionada para a realização do estudo, de forma a dar continuidade ao processo iniciado com o levantamento das cargas de trabalho dos ACS que a integravam, em 2003 Cheavegatti e Betolozzi, 2004). Nos estudos anteriores, esse território foi selecionado tendo em vista que a Região do Butantã que se configura-se como área na qual a Escola de Enfermagem, juntamente com outras unidades da Universidade de São Paulo (USP), como a Faculdade de Saúde Pública e a Faculdade de Medicina realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão. Esse relacionamento entre a USP e a Região do Butantã dá-se em decorrência de sua estruturação, em 2001, como Distrito de Saúde-Escola.

O estudo de Cheavegatti e Bertolozzi (2004) foi iniciado na extinta Coordenadoria de Saúde do Butantã. Já o estudo de Cheavegatti e Bertolozzi (2006) foi ampliado para a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, que integrou o Butantã.

Hoje, as 5 Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo abrigam estruturas que são denominadas como Supervisões Técnicas de

Saúde (STS), as quais, em sua maior parte, correspondem às extintas Coordenadorias de Saúde. Dessa forma, a Coordenadoria Centro-Oeste abriga as Supervisões Técnicas de Saúde Butantã, Sé e Lapa/Pinheiros.

Quando foi iniciado o levantamento das UBS que se encontravam na Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, a mesma contava com 31, sendo que nem todas abrigavam o PSF ou PACS. Trezes UBS pertenciam à Supervisão Técnica de Saúde (STS) Lapa/Pinheiros; 5 à STS Sé e 13 à STS Butantã.

Tendo em vista a consecução dos objetivos, optou-se pela obtenção dos dados a partir da estratégia de grupo focal. Assim, estimou-se, previamente, a participação de 12 ACS, uma vez que tal estratégia requer número restrito de sujeitos visando proporcionar maior conforto na interação entre os participantes.

Os ACS foram sorteados aleatoriamente entre os que haviam participado dos estudos anteriores. Em caso de ausência definitiva ou temporária do sorteado no quadro da UBS ou de recusa, foi sorteado novo ACS.

Das UBS previamente selecionadas: Centro de Saúde-Escola “Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE Butantã), UBS “Eng. Guilherme Henrique Pinto” (Vila Dalva), UBS Cambuci, UBS Humaitá, UBS Jardim Boa Vista, UBS Vila Piauí, UBS “Dr. Manoel Joaquim Pera” (Vila Madalena), UBS Jardim São Jorge, UBS Nossa Senhora do Brasil “Armando D’Arienzo” e UBS Vila Jaguara, foram excluídas as duas últimas, pois na UBS Nossa Senhora do Brasil não havia ACS que houvesse participado do estudo anterior, dado que haviam se desligado da Unidade de Saúde. Os ACS dessa UBS que se encontravam em atividade por ocasião da realização do presente estudo não demonstraram interesse em participar. Já na UBS Vila Jaguara, a ACS selecionada informou sobre sua impossibilidade de participar no primeiro encontro. Tendo em vista que o grupo focal requer um acordo a respeito da forma de operacionalização que é, sobretudo, estabelecida na primeira reunião, optou-se por excluir tal ACS.

Integraram, portanto, o estudo, 10 ACS provenientes de 8 UBS da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo lotação nas UBS. Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste-SP, 2007.

UBS	Na UBS	Participantes dos estudos anteriores	Sorteados	Participantes no presente estudo
CSE Butantã	12	11	1	1
V. Dalva	33	18	1	1
Cambuci	18	14	1	1
Jd. Boa Vista	32	22	1	2
Piauí	23	12	1	1
V. Madalena	18	10	1	1
São Jorge	33	32	1	2
Humaitá	11	11	1	1
N.Sra. Brasil	12	7	1	0
V. Jaguara	14	12	1	0

3.4 Procedimentos éticos

O projeto foi, inicialmente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo sido aprovado em ambas instâncias (Anexos I e II).

Foram realizados contatos (pessoalmente, via correio eletrônico e telefone) com a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, solicitando-se autorização para a realização da coleta de dados nas UBS. Após, foram realizados contatos telefônicos com os gerentes das UBS para programar a liberação dos ACS sorteados para participar das reuniões de grupo focal.

Os ACS foram convidados a participar do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

3.5 Operacionalização dos grupos focais

Os encontros dos grupos focais foram realizados nas dependências da Escola de Enfermagem da USP, nos meses de junho e julho de 2007. A escolha do local decorreu do fácil acesso aos participantes (utilização de um único meio de transporte público) e por proporcionar maior liberdade para que os sujeitos se expressassem, posto que não haveria possibilidade de serem observados por expectadores com os quais mantivessem relações de trabalho, o que poderia ocorrer no caso da UBS.

Ofereceu-se subsídio para o transporte e lanche aos ACS que participaram das reuniões, os quais foram subsidiados pela própria pesquisadora.

Os encontros dos grupos focais foram registrados em áudio e transcritos posteriormente na íntegra pela própria pesquisadora.

Para a realização dos encontros, utilizou-se da seguinte estrutura, proposta por Dall'Agnol e Trench (1999), com algumas alterações operacionais:

- Na primeira reunião:

Primeiro momento: abertura da sessão, apresentação dos pesquisadores, ratificação de informações fornecidas por ocasião do convite à participação do estudo, como explicitação da finalidade e objetivos do mesmo e da técnica de grupo focal.

Segundo momento: apresentação dos participantes.

Terceiro momento: esclarecimento sobre a dinâmica.

Quarto momento: estabelecimento do acordo de funcionamento do grupo e esclarecimento acerca dos aspectos éticos do estudo, incluindo preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do impresso contendo alguns dados pessoais dos ACS (Anexo IV).

Quinto momento: debate centrado no guia de temas (Anexo V - Questões Norteadoras das Discussões).

Sexto momento: síntese do debate.

Sétimo momento: encerramento da sessão com reafirmação dos próximos encontros.

- Na segunda e terceira reuniões:

Primeiro momento: abertura da sessão retomando a síntese da reunião anterior

Segundo momento: debate com base no guia de temas.

Terceiro momento: síntese do debate e reafirmação do próximo encontro (no caso da segunda reunião).

Os três encontros tiveram duração aproximada de 2 horas e foram coordenados pela pesquisadora. Esta contou, alternadamente, com o apoio da Orientadora do presente estudo e de uma enfermeira especialista em Saúde Coletiva, com alguma experiência na coordenação de grupos focais[1]. Contou, ainda, no último encontro, com a participação de aluna do último ano de graduação em enfermagem[2], que apoiou as atividades na qualidade de observadora.

Todos os ACS estiveram presentes ao primeiro e segundo encontros. Entretanto, no terceiro encontro houve duas faltas, sendo que um dos ACS informou sobre sua impossibilidade durante o segundo encontro.

Após transcrição das reuniões, o conteúdo foi submetido a várias leituras. Após a transcrição, os elementos referentes à caracterização pessoal dos ACS, às cargas de trabalho, aos potenciais de fortalecimento, aspectos relacionados ao processo saúde-doença, estratégias utilizadas para o

---

[1] Carla Andréa Trapé, Técnica Especialista em Laboratório junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.

[2] Elisangela Martins Queiroz, graduanda da EEUSP.

enfrentamento do desgaste, estratégias para aprimorar o fortalecimento, os nexos entre as cargas de trabalho/potenciais de desgaste no trabalho e na vida e as propostas para a melhoria do trabalho, foram todos destacados do conteúdo e agrupados.

A seguir, apresentam-se os resultados dessa etapa.

Resultados

4. Resultados

O conjunto de resultados apresentados compreende a caracterização dos ACS, as atividades por eles realizadas, os aspectos relativos ao processo saúde-doença, as cargas de trabalho a que estavam sujeitos, incluindo os potenciais de desgaste na vida, os potenciais de fortalecimento no trabalho e na vida, além dos nexos apontados pelos ACS entre a realização de seu trabalho cotidiano e o adoecimento.

Ao fim dos resultados e discussões, são apresentadas as propostas para a melhoria do trabalho, sob a ótica dos próprios trabalhadores.

4.1 Caracterização dos ACS

Tendo em vista o sigilo dos dados, os ACS são apresentados sob a forma de letras (não seqüenciais) que compõem o alfabeto. Na discussão dos dados, em alguns excertos os ACS são apresentados através de números, pois durante os grupos focais houve momentos em que se manifestaram de forma anônima (por escrito)

O Quadro 2 contém dados acerca da idade, sexo e escolaridade dos ACS.

Quadro 2 - Caracterização dos ACS por idade, sexo e escolaridade. Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. São Paulo, 2007

ACS	Idade (em anos)	Sexo	Escolaridade (grau)
A	37	F	3º incompleto
B	50	F	2º grau completo
D	32	F	2º grau completo
G	31	F	2º grau completo
L	49	F	2º grau completo
N	44	F	2º grau completo
O	29	M	3º cursando
P	61	F	3º cursando
Y	30	F	2º grau completo
Z	61	F	2º incompleto

Dois ACS possuíam curso técnico, um em contabilidade e um em química.

Três ACS haviam ingressado no nível superior, sendo que 2 estavam cursando a área de humanidades. O outro ACS havia desistido do curso, sem que se pudesse ter conhecimento sobre o motivo, dado que essa parte do formulário continha somente questões fechadas.

O Quadro 3 contém outros dados, os quais podem contribuir para revelar o perfil socioeconômico dos ACS, referentes à chefia da família, número de moradores no domicílio e renda familiar.

Quadro 3 - Alguns elementos sobre o perfil socioeconômico dos ACS: posição na família, número de moradores no domicílio e renda familiar. Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. São Paulo, 2007

ACS	Chefia de família	Número de moradores no domicílio	Renda (em salários mínimos)
A	não	2	≥5,1
B	sim	3	2,1 a 3
D	sim	4	4,1 a 5
G	sim	5	3,1 a 4
L	não	5	≥5,1
N	não	6	3,1 a 4
O	sim	4	2,1 a 3
P	não	3	≥5,1
Y	sim	1	≤2
Z	sim	1	4,1 a 5

Ademais, indagou-se aos ACS sobre atividades exercidas fora do horário de trabalho, tendo sido referidas: afazeres domésticos; jogar futebol; participação em grupos (religiosos, de mulheres, de terceira idade); participação em Sociedade Amigos de Bairro; aulas de dança de salão; ir ao cinema; voluntariado em grupo de escotismo; costurar; passear com netos; e realizar atividades junto aos filhos, como auxiliar nos deveres escolares e com o cônjuge.

Quatro dentre os 10 ACS não referiram nenhuma atividade além da realização dos afazeres domésticos.

Nenhum dos entrevistados possuía outra atividade remunerada, além do trabalho como ACS.

Quanto ao tempo de trabalho que atuavam especificamente como ACS, observou-se que variou entre 2 e 6 anos.

No que se refere ao número de famílias cadastradas na micro-área e sob sua responsabilidade, variou entre 146 e 257, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos ACS segundo período de tempo na profissão e número de famílias cadastradas. Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. São Paulo, 2007.

ACS	Tempo como ACS (anos e meses)	Número de famílias cadastradas sob sua responsabilidade
A	5a9m	257
B	4a4m	148
D	5a9m	180
G	4a4m	169
L	5a5m	189
N	4a4m	149
O	6anos	190
P	2anos	220
Y	4a4m	146
Z	6anos	168

Quando questionados em relação a empregos anteriores, os ACS referiram as seguintes ocupações: inspetora de qualidade, operadora de máquina, auxiliar de laboratório químico, líder de setor, secretária, auxiliar técnico-administrativo, doméstica, transportadora escolar, vendedora, recepcionista, caixa de banco, contínuo, auxiliar de escritório, professora de inglês, secretária em empresa, gerente de loja, coordenadora de eventos, recepcionista em clínica e consultório, comércio de roupa e água. água. Com exceção de um dos ACS que referiu nunca ter tido emprego anteriormente ao trabalho como ACS, todos os demais mencionaram ter tido mais de um emprego. O primeiro ACS mencionado referiu ter apenas prestado serviços voluntários, auxiliando pessoas carentes e idosas.

4.2. Atividades realizadas

Durante as três reuniões do grupo focal, os ACS discorreram sobre seu cotidiano. A partir dessas informações, foram elencadas as seguintes atividades, nas quais os ACS referiram participam individual ou coletivamente. São elas:

Na UBS:

- Grupos: hipertensos, diabéticos, reeducação alimentar, puericultura, planejamento familiar, terceira idade, qualidade de vida, gestantes, pais, criança, adolescentes, resultados de exames (papanicolaou, dosagens séricas), caminhada, ginástica, artesanato, cidadania, Tai Chi Chuan, Liang Gong;
- Preparo de lanche para participantes de alguns grupos;
- Participação das reuniões de supervisão: junto à equipe de saúde da clínica, pediatria, saúde mental, saúde do homem, além da equipe responsável por situações de violência e cidadania;
- Reuniões: diária, semanal ou mensal, entre ACS, com a equipe de PSF, com todos os trabalhadores da UBS;
- Preenchimento do SIAB, Fichas A e B, Cartão do Idoso; atualização de Cartão da Criança; cadastro do Cartão SUS;
- Cadastro, abertura e montagem de prontuário;
- Montagem de cesta básica no caso de usuários carentes;
- Atividades na Sala de Espera, como palestras;
- Organização de eventos sociais na UBS (Festa Junina, por exemplo);
- Recepção de usuários: em substituição a auxiliares técnico-administrativos;
- Acolhimento: encaixe na agenda de consultas;

- Dispensação de medicamentos: na ausência de funcionário;
- Acompanhamento de usuário ao Pronto-Socorro;
- Atividades com graduandos de enfermagem, medicina, fisioterapia e terapia ocupacional: debate sobre casos específicos de usuários;
- Realização de teste de glicemia capilar em grupos;
- Participação em cursos de capacitação.

No território:

- Visitas à população da micro-área para a realização de cadastro ou como parte da rotina de trabalho, realizando orientações sobre prevenção de enfermidades e qualidade de vida; e no caso de *prioridades*: pessoas com patologias crônicas, acamados, alta hospitalar;
- Levar encaminhamentos, prescrições, medicamentos e agendamento de consultas aos usuários;
- Distribuição de preservativos e soro caseiro;
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios, coleta de escarro e distribuição de recipiente para coleta de escarro, exame de câncer bucal em idosos;
- Atividades comunitárias, incluindo oficinas com a população e panfletagem, em caso de campanha, e informações sobre agendamento de consultas e atividades do PSF;
- Cobertura de microárea de ACS ausentes: no caso de férias, afastamento;
- Preenchimento do SIAB, Fichas A e B, Cartão do Idoso; atualização de Cartão da Criança; cadastro do Cartão SUS;
- Organização de eventos sociais (Festa Junina, por exemplo);

- Atividades com graduandos de enfermagem, medicina, fisioterapia e terapia ocupacional: visitas aos usuários;
- Acompanhamento de usuário ao Pronto-Socorro.

Em ambientes externos à UBS e ao território:

- Participação em cursos de capacitação.

4.3. Cargas de trabalho a que estavam expostos os ACS

De modo geral, as cargas de trabalho referidas pelos ACS durante a participação nos grupos focais contemplam aquelas referidas nos estudos anteriores (Cheavegatti e Bertolozzi, 2004; 2006). Nestes, as cargas psíquicas apresentaram-se preponderantemente e isto também ocorreu no presente estudo que, por outro lado, revelou maior diversidade desse tipo de cargas. As seguintes cargas foram expressas:

Químicas

- Exposição a odores desagradáveis (urina)

Mecânicas

- Ruas e calçadas cobertas por água e com irregularidades

Biológicas

- Contato com rato, cão, pulga, barata, cobra, escorpião, piolho, *Sarcoptes scabiei*
- Exposição a doenças infecto-contagiosas

Físicas

- Exposição a altas temperaturas, domicílios sem ventilação
- Exposição a raios ultravioleta
- Exposição a claridade solar (o que gera dificuldade de visão)
- Falta de iluminação
- Exposição a ruídos (automóveis, cães)

Fisiológicas

- Carregar peso: impressos, mochila, mala, prancheta e guarda-chuva
- Permanecer em posições incômodas: permanecer grande parte do tempo em posição supina, sentar em degrau, falta de local e espaço para escrever, realizar anotações em elevador, membro superior tenso e em única posição por longo período durante panfletagem
- Andar excessivamente
- Escrever excessivamente
- Mochila desconfortável

Psíquicas

- Manifestação de desconfiança do cadastrado com relação ao trabalho do ACS
- Pressão por produtividade
- Diferentes entendimentos em relação ao conceito de saúde-doença em UBS mista
- Dificuldade de relacionamento com a equipe
- Dificuldade de relacionamento com a gerência

- Dificuldade de relacionamento com o Coordenador de Saúde da Região
- Exposição à violência e drogas: em caso de visita para usuários de drogas, assaltantes, traficantes, confronto com a polícia
- Medo de contato com animais e doenças
- Trabalhar em UBS mista
- Impossibilidade de participar de decisões
- Desvalorização do trabalho comunitário ou grupal em relação aos atendimentos individuais, por parte da gerência da UBS e da Coordenadoria de Saúde
- Falta de valorização do trabalho pelos cadastrados e pelos funcionários da UBS
- Excesso de cobrança pelos usuários cadastrados
- Não ser recebido ou demorar a ser recebido pelos usuários
- Desinteresse da equipe pela saúde do ACS
- Competitividade entre os ACS provocada pela gerência
- Intermediar conflito entre usuário e UBS
- Falta de clareza sobre as atribuições dos ACS e realizar atividades que não competem ao ACS
- Falta de entendimento do PSF por parte dos usuários e funcionários da UBS
- Baixos salários
- Trabalhar por necessidade de sobrevivência
- Diferença salarial entre instituições parceiras
- Pouca capacitação para o trabalho

- Falta de recursos audiovisuais para o desenvolvimento de atividades educativas na UBS
- Realizar cobertura de área de outro ACS, em caso de afastamento ou férias
- Desconhecimento do sindicato da categoria
- Impossibilidade de intervir em processos que dizem respeito à organização do sistema de saúde (agendamento de exames e consultas com especialistas)
- Ser procurado fora do horário de trabalho

Ainda que não se configurem especificamente como cargas psíquicas advindas do processo de trabalho, mas admitindo que os modos de andar a vida estão intimamente relacionados à inserção no trabalho, aqui serão apresentados os potenciais de desgaste relacionados à vida, que foram referidos pelos ACS.

- Ser chefe de família
- Morar só
- Morar em casa alugada
- Possuir outros empregos
- Desemprego (próprio e de familiares)
- Dificuldade de obtenção de emprego qualificado
- Ter sido alvo de furto de veículo
- Ser visto pela população como instituição/ACS no cotidiano e sentir-se observada pelos usuários fora do horário de trabalho
- Dificuldade financeira
- Atuação da polícia na comunidade
- Dificuldade e demora no atendimento especializado pelo SUS e dificuldade em ser atendido por convênio médico

- Cobrança por parte de familiares, devida à atenção dispensada aos cadastrados

4.4 Potenciais de fortalecimento no trabalho e na vida

Na realização das atividades cotidianas, seja no trabalho ou no âmbito familiar foram apontados elementos fortalecedores representados no desenvolvimento da vida e do trabalho e que acabam por refletir-se no processo saúde-doença.

4.4.1 Relacionados ao trabalho

- Gostar do que faz e sentir honradez, satisfação, prazer, agradecimento, felicidade
- Atendimento psicológico na UBS
- Possuir cartão que proporciona “atendimento diferenciado” pelo SUS
- Ser filiado ao sindicato da categoria
- Salário
- Possibilidade de capacitação para o trabalho
- Preocupação da equipe com a saúde do ACS
- Bom relacionamento e vínculo com usuários: receber carinho e sentir-se bem recebido pelos usuários
- Possibilidade de conversar sobre dificuldades com membros da equipe: união no interior da equipe
- Gerência da UBS, médico e enfermeira posicionarem-se ao lado dos ACS
- União entre os ACS
- Caminhar

- Eventos sociais na UBS: festas e momentos para descontração entre a equipe ou ACS, no ambiente externo à UBS

4.4.2 Relacionados à vida

- Estabilidade financeira
- Possuir casa própria
- Possuir convênio médico
- Lazer na comunidade (festas, bailes)
- Ser admitido pela população como membro da comunidade
- Não ser procurado pela população fora do horário de trabalho

4.5. Manifestações do processo saúde-doença

No que diz respeito às manifestações do processo saúde-doença referidas pelos ACS, tendo em vista a dificuldade que, em geral, as pessoas apresentam para avaliar concretamente esse processo, optou-se por solicitar aos agentes que atribuíssem uma nota, num escore de zero a 5, durante a reunião de grupo focal.

Dado que tal atividade ocorreu no último encontro, os dados referem-se a 8 ACS presentes nessa ocasião. Estes, atribuíram as seguintes pontuações: 1 ACS atribuiu-se a nota máxima: 5; 5 ACS atribuíram-se nota 4; 1 ACS atribuiu-se nota 2 e um atribuiu-se a nota mínima: zero.

À exceção da ACS que se atribuiu escore máximo, todos os outros trabalhadores referiram problemas de saúde, que estão listados a seguir:[3]

Problemas ortopédicos (desvio de vértebra, fratura e entorse de membros superiores e inferiores)

Dor em membros inferiores, superiores e articulações

[3] Em itálico: quando são palavras do próprio ACS.

Artrite, artrose

Tendinite

Pólipo nas cordas vocais

Estresse, cansaço, depressão, tensão, angústia, frustração, desânimo, sofrimento, irritação, revolta, medo, tristeza, vontade de chorar, sentir-se *sem energia*, *sem vontade de trabalhar*, *incapaz, derrubada*, *arrasada*, *sufocada, quebrada*, *chateada*, *atrapalhada*, *com uma arma na cabeça* (sentindo ameaça cotidiana), *no limite*

Insônia

Tremores

Excesso de peso

Tensão pré-menstrual

Retenção de líquido, edema

Hipertensão

Diabetes

Baixa acuidade visual

Os ACS mencionaram, ainda, aspectos relacionados ao processo saúde-doença de seus colegas, como: depressão, medo, síndrome do pânico, *surto psiquiátrico*, escabiose, piolho.

4.6. Nexos atribuídos pelos ACS

Buscando responder a um dos objetivos do presente estudo, que diz respeito aos nexos atribuídos pelos ACS entre o trabalho e o processo saúde-doença, verificaram-se os que seguem, a partir dos debates ocorridos nas reuniões de grupo focal.

4.6.1 Nexos entre o trabalho e processos de desgaste na saúde-doença

- Cargas fisiológicas e mecânicas geram problemas ósteo-articulares, dor lombar, tendinite, fadiga e problema na fala

- Carga biológica gera medo

- Processo de trabalho gera algias, desânimo, fadiga, artrose e *problemas psiquiátricos*

- Processo de trabalho (incluindo volume excessivo), somado a certas situações familiares (ser mãe, relacionamentos com familiares), e situações sociais geram estresse, depressão e sensação de encontrar-se *acima do limite*

- O ambiente e a forma como se realiza o trabalho no interior da UBS geram estresse

- Excessiva autoridade exercida pela Coordenação da Região Centro-Oeste, concretizada pela falta de diálogo nas decisões implementadas, gera sofrimento

- Atitude da Gerência da UBS, ao cumprir as determinações da Coordenadoria, sem valorizar o diálogo com os trabalhadores da saúde, em relação ao projeto do PSF, gera sofrimento, estresse e *problemas psiquiátricos*, além de perda de paciência entre os pares

- A falta de diálogo com a equipe, acerca das dificuldades no cotidiano de trabalho, gera *problemas psiquiátricos* e desânimo

- Impossibilidade de participar de decisões, como no caso de redefinição de micro-área, gera frustração

- A falta de momentos específicos de discussão sobre o processo de trabalho, entre os ACS, gera sentimento de *enlouquecimento*

- A falta de socialização entre os ACS gera *doença* e depressão

- Aceitação das opiniões e atitudes de outros profissionais que compõem a equipe, sem questionamento gera sensação de sacrifício excessivo, não recompensado

- Presenciar situações sociais de precariedade, ademais da impossibilidade de superá-las, gera depressão

- Cobrança por parte da chefia para produção no trabalho e surpresa em relação à forma como o trabalho de fato se organiza, pois este evidencia mudanças em seu projeto originalmente divulgado por meio das propagandas oficiais, geram estresse, revolta e frustração

- Cargas fisiológicas e psíquicas geram estresse, algias e problemas articulares

- Pressão, decorrente da forma como os usuários interpretam o papel dos ACS, concretizada na necessidade de mostrar disponibilidade constante e destituição da privacidade geram sentimento negativo

- Os limites do trabalho do ACS e a sensação de cobrança por parte dos usuários geram angústia

4.6.2 Nexos entre a vida e processos de desgaste na saúde-doença

- Condições fisiológicas (avanço na idade) geram cansaço

- Problemas de ordem pessoal e familiar geram depressão

Por outro lado, verificou-se, também, nexo que não se restringe ao desgaste, mas situações do trabalho que acabam por fortalecer a pessoa no processo saúde-doença, como pode verificar-se-á a seguir.

4.6.3 Nexo entre o trabalho e processos de fortalecimento na saúde-doença

- Processo de trabalho ajuda a melhorar de problema *da coluna*, diabetes e hipertensão arterial

Discussão

5. Discussão

5.1 Caracterização dos trabalhadores

No que diz respeito ao perfil dos ACS que integraram o presente estudo, os dados constantes no Quadro 1 revelam que apenas um dos trabalhadores era do sexo masculino. A idade média dos sujeitos era de 42 anos, sendo que o mais novo possuía 29 e, o de maior idade, 61 anos.

A presença de trabalhadores do sexo feminino é marcante em todas as profissões da área da saúde, incluindo a dos ACS. Dados levantados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), em estudo realizado em seis capitais do País, em relação à diversas profissões da área da saúde, ainda que não especificamente tenham sido incorporados os ACS, evidenciam que a proporção feminina supera 70% em relação ao sexo masculino. O mesmo estudo mostra que a maior parte das tarefas referem-se a situações semelhantes àquelas realizadas no âmbito doméstico, qual seja, relacionadas ao cuidado de outras pessoas (DIEESE, 2006).

Silvia e Dalmaso (2002), em estudo sobre os ACS do Município de São Paulo, também verificaram ampla predominância de indivíduos pertencentes ao sexo feminino entre os 17 ACS que participaram da investigação.

Em estudo sobre qualidade de vida com 169 ACS do interior do Paraná, Kluthcovsky (2005) verificou que 89,3% eram do sexo feminino, dado que corrobora com o presente estudo. Entretanto, a idade dos ACS desse dado Município variou entre 19 e 60 anos, o que fazia com que a média fosse menor, em torno de 31 anos.

Outro estudo, sobre a formação dos agentes comunitários da Região Metropolitana de Natal (RN) mostrou que dentre os 644 ACS inscritos para o Curso Técnico de ACS, 84% eram mulheres e 80% tinham entre 20 e 40 anos (Teodósio *et al.*, 2007).

Voltando ao presente estudo, todos os ACS possuíam escolaridade superior à exigida para ingresso na profissão, que é o primeiro grau completo. Apenas um deles não havia completado o segundo grau, dois haviam concluído cursos técnicos (contabilidade e química) e três haviam ingressado em cursos universitários.

Tal grau de escolaridade confere aos ACS o tempo mínimo de estudo de 11 anos completos, à exceção do único ACS que não completou o 2º grau, que teria tempo mínimo de 8 anos. A escolaridade desses agentes encontra-se acima da escolaridade média da população entre 25 e 59 anos do Estado de São Paulo (8,2), bem como de sua Região Metropolitana (8,5), conforme dados do IBGE. Segundo o mesmo Instituto, ao considerar a população com idade superior a 59 anos, no Brasil, a média de anos estudados não ultrapassa 4,4 anos (2006).

Kluthcovsky (2005), no estudo anteriormente citado, encontrou dados que guardam alguma semelhança com o presente estudo, pois embora 4% dos 169 ACS entrevistados por ela não houvessem concluído o 1º grau, 61,5% haviam concluído o 2º grau e 8,9% haviam ingressado no nível superior, sendo que um deles o havia concluído.

Silva e Dalmaso (2002), em estudo com ACS do Município de São Paulo verificaram, entre 17 ACS entrevistados, o predomínio de trabalhadores com escolaridade superior à exigida para o trabalho (que no momento da realização da pesquisa era o equivalente a saber ler e escrever), não sendo rara a formação em curso técnico.

Teodósio *et al.* (2007), no estudo anteriormente descrito, verificaram que 44% dos trabalhadores inscritos no Curso Técnico de ACS já haviam realizado outro curso nesse nível, em sua maioria, auxiliar e técnico de enfermagem, entre outros que não pertenciam à área da saúde. Nesse mesmo estudo, verificou-se que 87% desses ACS haviam concluído o 2º grau (necessário para ingresso no Curso Técnico) e que 2% desses trabalhadores havia ingressado no ensino superior.

A escolaridade superior à exigida para o exercício da função e o ingresso em cursos técnicos pode sugerir a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho, fato que foi relatado no decorrer dos grupos focais.

De fato, dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD (2006) confirmam que "(...) sobras de mão de obra permitem uma seletividade que está excluindo os de menor escolaridade". Assim, progressivamente, há um contingente importante de pessoas com nível de escolaridade superior ao que requer a ocupação. O mercado de trabalho não tem incorporado apropriadamente as pessoas, de forma a fazer jus à escolaridade.

Há que ponderar, por um lado, que a qualificação é fundamental para o desenvolvimento da sociedade. Portanto, ACS qualificados poderiam atuar mais apropriadamente ao compor o trabalho da equipe de saúde no complexo cotidiano cujo objeto é lidar com questões de saúde. Entretanto, isto significaria salário e progressão na carreira, compatíveis com o nível de formação. Atenta-se para o fato de que, a impossibilidade de ascender a atividades que correspondam à qualificação obtida pode gerar sentimento de insatisfação, devido à remuneração inadequada, além do não reconhecimento em relação ao esforço na consecução da formação e em relação ao próprio trabalho desenvolvido.

Com relação ao número de moradores no domicílio, apenas um dos ACS referiu morar sozinho, enquanto os outros possuíam famílias formadas por dois a sete membros. A média de moradores por domicílio foi 4, dado um pouco superior ao encontrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, que foi de 3,3 tanto para o Estado, como para a Região Metropolitana de São Paulo (IBGE, 2006).

Quanto à posição que ocupavam na família, 6 ACS referiram ser chefes das suas, arcando com a maior parte dos gastos da moradia.

A renda familiar dos ACS variou de inferior a 2 (no caso de 1 ACS) até superior a 5 salários mínimos, sendo que o salário mínimo, no momento da entrevista, correspondia a R$380,00 (US$200)[4]

Ainda que a 3 ACS tenham referido renda familiar maior ou igual a 5,1 salários mínimos (s.m.), há que chamar a atenção para o fato de que integravam famílias com 2, 3 e 5 membros, o que revelaria renda per capita desde pouco superior a um sm até 2,5 s.m. Dois ACS que referiram renda de 3,1 a 4 s.m., pertenciam a famílias formadas por 5 a 6 pessoas, o que evidencia renda per capita média de 0,6 s.m. Atenta-se, ainda, para o dado de que a renda per capita do total de trabalhadores variou de 0,5 a 4 s.m., sendo que a média foi de 1,3.

Novamente recorrendo à PNAD, ao considerar o País como um todo, o rendimento médio cresceu no período de 2004 a 2006, de R$800,00 para, aproximadamente, R$900,00. Ora, o salário médio do ACS é de cerca de R$600,00, o que revela magnitude inferior a esses valores (PNAD, 2006).

A título de comparação, verificou-se, por meio de dados obtidos com 1.162 trabalhadores de equipes de PSF da Região Metropolitana de Natal (RN), que o salários bruto dos ACS variava entre R$300,00 e R$470,00, sendo que a média era de R$370,00, em 2006 (Castro *et al.* 2007). Observa-se que, embora o salário do grupo de ACS do presente estudo tenha sido referido como insatisfatório ou insuficiente para a manutenção do seu dia-a-dia, em outras Regiões Metropolitanas são encontradas situações ainda mais precárias. É bem verdade que há uma distinção entre o custo de vida nessas localidades, entretanto, é fato a defasagem entre o salário recebido e o trabalho desenvolvido por tais sujeitos. Nunes *et al.* (2002) infere que o sentimento de desvalorização pelo trabalho do ACS é compartilhado pela equipe de PSF e PACS, quando comparados os salários dos outros membros desta.

---

[4] Considerando-se a cotação do dólar em R$1,90. Ministério da Fazenda. Receita Federal [*online*] disponível em: http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/AtosExecutivos/2007/COSIT/ADCosit019.htm

Considerando-se o custo da cesta básica em julho de 2007, que era de R$187, é possível afirmar que representaria cerca de um terço do salário recebido pelos ACS. Segundo o DIEESE, são necessárias 108 horas de trabalho por mês para sua aquisição, em se considerando o trabalhador que recebe salário mínimo. Ademais, é importante tomar em conta o que o mesmo Departamento, pautado na Constituição Brasileira, capítulo II: Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV, considera como *salário mínimo necessário*, que é aquele "(...) fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo, vedada sua vinculação para qualquer fim". O DIEESE utiliza o conceito de família como aquela formada por dois adultos e duas crianças. Ao se considerar esses dados, o salário mínimo necessário, na época em que ocorreu a coleta de dados, era de R$1.688,35 (DIEESE, 2007).

Voltando ao presente estudo, no que diz respeito às atividades exercidas fora do horário de trabalho, verificou-se que eram de diferentes tipos:

- Realizadas no espaço doméstico, como: afazeres domésticos, costurar, e exercer os papéis sociais de mãe (auxiliar nos deveres escolares e dar atenção aos filhos) e cônjuge.

- Realizadas no espaço comunitário, como a participação em Sociedade Amigos de Bairro; grupos religiosos, de mulheres, de terceira idade; além de outros grupos de lazer e comunitários; e jogar futebol.

- Realizadas em espaço externo ao bairro, como aulas de dança de salão, ir ao cinema, voluntariado em grupo de escotismo e passear com netos.

Observa-se que, entre os 10 ACS, 4 não referiram atividade associativa ou de lazer, mencionando apenas os afazeres domésticos, o que configura inexistência de momentos que possibilitem a reposição da energia despendida no trabalho e no fortalecimento gerado pela realização de atividades.

Em estudo realizado com 241 ACS de São Bernardo do Campo, Santos (2005) verificou que maior participação em atividade associativa, haja visto que 42,7% dos ACS referiram participar de grupos religiosos e apenas 15,4% referiram não participar de nenhuma atividade associativa.

Por outro lado, 4 ACS referiram participação em grupos (religioso, de terceira idade, esportivo, de mulheres e comunitário, sendo que um mesmo ACS referiu participar de dois tipos de atividades). Acresce-se a esse dado, o fato de que um ACS mencionou participação em Sociedade Amigos de Bairro e outro, atividades como voluntário. Segundo Marmot (2004), a oportunidade de engajamento social é um indicador significativo relacionado à saúde e constitui parte da dignidade das pessoas, que está intrinsecamente ligada à autonomia e ao desenvolvimento da vida com qualidade. Pode-se inferir, portanto, que a participação nesse tipo de atividade pode conferir importante potencial de fortalecimento. Ao mesmo tempo, há que se considerar, em certa medida, que se esperaria um contingente maior de participação em atividades junto à comunidade, dada a inerência do próprio trabalho de ACS.

Com relação ao tempo de trabalho como ACS, apenas 1 referiu trabalhar há 2 anos, enquanto os outros 9 referiram tempo na profissão superior a 4 anos e quatro meses, sendo que a maior parte destes últimos referiu estar na profissão desde a implementação do PSF na unidade que trabalhavam, o que sugere a permanência destes trabalhadores na profissão. Por outro lado, há que se recordar que uma das UBS na qual se pretendia realizar esse estudo não contava com nenhum dos 7 ACS que haviam sido entrevistados no ano de 2006 em seu quadro atual de trabalhadores.

Nenhum dos entrevistados possuía outra atividade remunerada, além do trabalho como ACS. Dados do DIEESE (2006), em estudo com trabalhadores da área da saúde de seis capitais brasileiras mostram que a incidência desses sujeitos em atividades adicionais atingia mais do que 10%, o que evidencia quase o triplo da população geral. É importante destacar que integraram tal estudo, somente trabalhadores de nível superior, incluindo enfermeiras, os quais tinham média de jornada de trabalho de 40 horas semanais na atividade

principal. Na cidade de São Paulo, ao incorporar um segundo emprego, esses trabalhadores chegavam a apresentar 56 horas laborativas. A mesma pesquisa faz referência ao fato de que a procura pelo segundo emprego parte de trabalhadores que buscam rendimento adicional, em decorrência dos baixos salários na ocupação principal.

No presente estudo, verificou-se que, ainda que os ACS tenham apontado o trabalho de agente comunitário como gratificante, a busca e a permanência nesse tipo de atividade representava, acima de tudo, possibilidade de remuneração. Apesar de tal dado não estar constar no presente estudo, anteriormente (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006) os ACS referiram a realização de outras atividades para complementação da renda, como as de jardineiro, cabeleireira, entre outras. Em estudo realizado com ACS do PACS de São Bernardo do Campo, Santos (2005) verificou que 27% dos trabalhadores realizavam outras atividades para incremento da renda.

Ainda com relação aos dados coletados por ocasião da realização das reuniões de grupo focal, um dos ACS referiu que nunca tivera um emprego, apenas havia prestado serviços voluntários, auxiliando pessoas carentes e idosas, o que sugere uma aptidão pelo cuidar em saúde, anteriormente ao ingresso na profissão. Ademais, esse ACS referiu que, no momento da inscrição para atuar como agente comunitário, divulgou-se que as vagas destinavam-se às pessoas da terceira idade, fato que o motivou a buscar colocação no mercado de trabalho.

Quanto aos empregos anteriores, verificou-se que, à exceção deste último ACS, todos os demais haviam trabalhado nos setores secundário e terciário da economia, com ocupações na indústria e prestação de serviços. Das funções referidas, apenas uma integrava o setor secundário: operadora de máquina. As demais, que compunham atividades do setor terciário foram: auxiliar de laboratório químico, auxiliar técnico-administrativo, auxiliar de escritório, secretária, doméstica, motorista de transporte escolar, vendedora, recepcionista, recepcionista em clínica e consultório, caixa bancário, contínuo,

professora de inglês, gerente de estabelecimento comercial, coordenadora de eventos, e comercialização de roupa e água.

Como pode ser visto, a maior parte das atividades não dizia respeito ao setor saúde, à exceção da atividade indireta como recepcionista em consultório e clínica. Chama atenção a menção à atividade de professora de inglês, o que revela qualificação diferenciada para o trabalho.

Em estudo citado anteriormente, Santos (2005) verificou que 74,3% destes já haviam trabalhado anteriormente com registro em carteira de trabalho, sendo que a função anterior que mais se destacava era a de empregada doméstica.

Quanto ao número de cadastrados que tinham sob sua responsabilidade, verificou-se que variou entre 146 e 257 famílias, sendo a média aritmética de 181 famílias por ACS. Comparando-se com o estudo anterior (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006), verifica-se ampliação desse número, posto que, naquele momento, a maioria (66,2%) dos ACS tinha sob sua responsabilidade número de famílias inferior a 180, sendo que 48% possuíam número inferior a 150 famílias.

Há que se recordar que as médias podem mascarar aspectos relevantes pois, nesse mesmo estudo, alguns ACS, ainda que em número não expressivo, atendiam número de cadastrados superior a 240, o que foi ratificado pelo estudo atual.

Martines (2005), em estudo sobre o sofrimento no trabalho, realizado com 12 ACs do Município de São Paulo, verificou que o número excessivo de famílias foi apontado como uma das questões insalubres advindas do trabalho como agente comunitário.

Segundo documento do Ministério da Saúde (s.d) não está estabelecido o número exato de famílias por ACS. O que se define é um total de 4.500 pessoas por equipe de PSF, o que significa 750 pessoas por ACS, considerando-se uma equipe composta por 6 agentes. Ao tomar em conta que a média de moradores em domicílio, no Estado de São Paulo, é de 3,3, estimar-se-ia cerca de 227 famílias/ACS, o que está em consonância ao

resultado encontrado no presente estudo. Entretanto, os próprios ACS, quando do encontro no grupo focal, levantaram a dificuldade de alcançar tais indicadores, argumentando a existência de famílias compostas por número variável de moradores, além destes apresentarem problemas e necessidades de saúde diversificados, que exigiam maior dedicação, dada a complexidade dos problemas e necessidade de saúde, como no caso de idosos e pacientes acamados, entre outros.

5.2 As atividades realizadas

No que se refere às atividades realizadas pelos ACS, foram mencionadas durante as reuniões de grupo focal, que a maior parte integra o rol de atribuições básicas definidas pelo Ministério da Saúde, como pode ser verificado no Anexo VI. Tal documento estabelece, ainda, "(...) o desenvolvimento de outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais". Ora, isto possibilita a criação de outras atividades, de acordo com o que é julgado prioridade na UBS onde o agente desenvolve suas atividades.

No presente estudo, foi possível observar algumas atividades que não correspondiam ao elenco anteriormente mencionado, entre as quais, preparo de lanches, realização de teste de glicemia capilar, recepção de usuários na UBS, dispensação de medicamentos, acompanhamento de usuários a serviço de emergência, montagem de cesta básica, cadastro, abertura e montagem de prontuários, exame de câncer bucal, distribuição de preservativos, coleta de escarro e cobertura de microárea de ACS ausentes.

Ora, algumas dessas atividades podem ser concebidas como parte das prioridades definidas pelo âmbito local, entretanto, o mesmo não pode ser dito de atividades como: preparo de lanches, acompanhamento de usuários a serviço de emergência e montagem de cesta básica.

Outras atividades, como: realização de teste de glicemia capilar, recepção de usuários na UBS, dispensação de medicamentos, cadastro,

abertura e montagem de prontuários, exame de câncer bucal e coleta de escarro, embora possam ser realizadas por ACS, são de atribuição de outras categorias profissionais (auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, técnico em farmácia, médico, enfermeiro e auxiliar técnico-administrativo). Muito provavelmente isso decorre da ausência de trabalhadores nas UBS para o desenvolvimento de tais atividades, ou por outro lado, a incorporação dos ACS na equipe, a desenvolver outras funções.

Esta última ponderação pode encontrar respaldo ao se analisar o trabalho no âmbito da Saúde Coletiva, campo de práticas em que “borrar” as fronteiras de atuação pode permitir a participação dos trabalhadores de forma a compor processos de trabalho que não são estanques, mas dinâmicos, entremeados pela interdisciplinaridade, que permite a valorização do conhecimento dos vários profissionais envolvidos. Isto é bastante positivo ao se considerar que a saúde, como área complexa, requer tal tipo de práticas e abordagem.

Mas, há que se tomar cuidado no sentido de que, conforme mencionado por um dos ACS durante a reunião de grupo focal, há situações em que a iniciativa para o trabalho sobrepuja as fronteiras de sua divisão, o que pode fazer com que determinados sujeitos acabem por realizar, no dia-a-dia, muito mais trabalho, potencializando as situações de desgaste do trabalhador.

Sendo assim, questiona-se, até que ponto, as atividades que têm sido realizadas por tais ACS têm onerado, desnecessariamente o seu trabalho, pois a disponibilidade para fazer, não significa necessariamente, o seu reconhecimento perante a população e perante a própria equipe de saúde, pois pode evidenciar, apenas, tampão de déficit de recursos humanos, a título de exemplo.

Além disso, Moise (2007) ponderam que a versatilidade e polivalência apresentadas exigidas aos trabalhadores na atualidade não representam apenas uma questão positiva advinda das novas formas produtiva. Essas características podem representar o quanto os sujeitos encontram-se dispostos à adaptação acrítica no trabalho, devido à precarização que este vem sofrendo.

Outro ponto que merece menção é o fato de que se verificou, no presente estudo, que os ACS referiram a participação em atividades junto a alunos de nível superior e técnico, como o acompanhamento destes à sua rotina, visitas domiciliárias e discussões com os mesmos a respeito de situações que envolvem o atendimento e a saúde dos usuários do serviço.

A esse respeito, Lunardelo (2004), em estudo realizado com ACS que atuavam no Município de Ribeirão Preto, apontou que tal atividade se constitui como uma das potencialidades do trabalho do ACS, principalmente no tocante à visita domiciliária, defendendo que o ACS atuaria como mediador na aproximação entre os docentes e alunos e as famílias cadastradas. A autora aponta que tal atividade apóia a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde, na medida em que contribui para a formação e capacitação de recursos humanos.

Ainda sobre as atividades desenvolvidas pelos ACS, mencionaram a entrega, no território, de encaminhamentos, prescrições, medicamentos e agendamento de consultas aos usuários. A esse respeito, Silva e Dalmaso (2002) verificaram que estas ocupam parte expressiva do trabalho dos ACS, caracterizando-os como ”mensageiros” da equipe de PSF. Quanto a isso, deve-se ponderar que, embora essas atividades possam ser realizadas pelos ACS, o fato de ocuparem parte expressiva de seu cotidiano reduz a possibilidade de atuação desse trabalhador em outras atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde, que integram suas ações atribuições específicas. Pondera-se, ainda, que a redução do papel do ACS ao de “mensageiro da equipe” pode suscitar sentimento de desprestígio na realização de suas atividades e no interior da equipe multiprofissional.

5.3 Cargas de trabalho

Conforme visto na apresentação dos resultados, foram referidas as de origem química, mecânica, biológicas, físicas, fisiológicas e psíquicas.

A quantidade de vezes que as cargas foram citadas, assim como a forma como se revelaram no cotidiano mostram a sua importância no universo de representações e no desgaste que exercem sobre a saúde dos ACS. Ressalta-se que, além das cargas que se revelam como mais “naturalmente” presentes no processo de trabalho, como andar demasiadamente, estar submetido à exposição solar direta, por exemplo, foram apontadas outras, ainda que em menor expressão, como “dificuldade de relacionamento com o Coordenador de Saúde” que podem evidenciar situações intensas de desgaste, as quais, de modo geral, não são discutidas na área da saúde.

A grande maioria das cargas citadas pelos ACS corroboram os resultados descritos anteriormente por Cheavegatti e Bertolozzi (2004, 2006), sendo que, no atual estudo, embora com número de sujeitos bastante reduzido, observa-se o incremento, principalmente no que se refere às cargas fisiológicas e psíquicas.

No que diz respeito às cargas psíquicas que se revelaram no presente estudo, também reiteraram os resultados dos estudos anteriores (Cheavegatti e Bertolozzi, 2004; 2006), sendo que, no último apontado, realizado com 149 ACS, esse tipo de carga foi citada pela totalidade dos trabalhadores. Mas, é necessário apontar que outras também se fizeram evidentes, como: desconfiança do cadastrado em relação ao trabalho do ACS; pressão por produtividade; divergências no entendimento em relação à necessidade de prevenção e promoção à saúde em UBS mista; dificuldade de relacionamento com o Coordenador de Saúde da Região; exposição à violência e drogas: em caso de visita para usuários de drogas, assaltantes, traficantes e confronto com a polícia e; medo de contato com animais e enfermidades.

Além destas, colocaram-se como potenciais de no trabalho, o que acaba por configurar-se em cargas psíquicas, as seguintes: impossibilidade de participar de decisões; desvalorização do trabalho comunitário ou grupal em relação aos atendimentos individuais, por parte da gerência da UBS e da Coordenadoria de Saúde; falta de valorização do trabalho pelos cadastrados e pelos funcionários da UBS; excesso de cobrança pelos usuários cadastrados;

ser procurado fora do horário de trabalho pelos mesmos; não ser recebido ou demorar a ser recebido pelos usuários; desinteresse da equipe pela saúde do ACS; competitividade entre os ACS provocada pela gerência; intermediar conflito entre usuário e funcionários da UBS, em relação às rotinas da mesma; e falta de clareza a respeito das atribuições dos ACS, assim como realizar atividades que não competem ao agente. Apontaram ainda, falta de entendimento do PSF por parte dos usuários e funcionários da UBS, baixos salários; trabalhar por necessidade de sobrevivência; diferença salarial entre os ACS, na medida em que contratados por distintas instituições parceiras; pouca capacitação para o trabalho; falta de recursos audiovisuais para o desenvolvimento de atividades educativas na UBS; realizar cobertura de área de outro ACS, em caso de afastamento, férias ou demissão; desconhecimento do sindicato da categoria; impossibilidade de intervir no agendamento de exames e consultas com especialistas (junto ao sistema de referência e contra-referência).

As cargas psíquicas, segundo Facchini (1994): "(...) são constituídas por aqueles elementos do processo de trabalho que são acima de tudo, fonte de estresse" e, por se relacionarem com todos os elementos do processo de trabalho, acabam sendo influenciadas pelas outras cargas, daí a sua importância. (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006),

A análise da ocorrência dessas cargas pode ser feita sob vários ângulos. Um deles é que pode observar-se que a maioria destas cargas envolve relação interpessoal, que se efetiva tanto na UBS como no território. Embora não tenham aparecido com a relevância que se evidenciaram em estudo anterior (Cheavegatti e Bertolozzi (2006), no qual se constituíram como queixa de cerca de 48% dos ACS, as denominadas "dificuldades de comunicação" também foram apontados como questões importantes que interferiam no cotidiano, representando cargas psíquicas.

Ora, há que transcender a questão que se refere à dificuldade de comunicação que parece se colocar linearmente, como uma fragilidade ou do emissor, ou do receptor, ou de ambos. De fato, é no cotidiano (na UBS, no

território) que se coloca em pauta o encontro entre pessoas, que não se reduz a uma eventualidade, a uma possibilidade, mas refere-se a um processo de ordem comunicacional, de diálogo, de vínculo e de acolhimento de necessidades (Teixeira, 2003). Pondera-se, portanto, até que ponto, o ACS estaria preparado para acolher às necessidades da população e de sua interação com os demais membros da equipe de saúde. Isto porque, o ACS é aquele que vivencia a raiz onde se concretizam os determinantes e os condicionantes de saúde-doença em sua dimensão singular, no território.

Mas, ainda podem ser acrescentadas outras considerações a respeito das cargas psíquicas. Pode-se levar em conta a questão da "novidade" da inserção desse trabalhador na rotina de trabalho da unidade de saúde e, portanto, da dificuldade de reconhecimento de seu trabalho. De fato, historicamente, os profissionais médicos detêm a hegemonia na saúde, que é reconhecida pela sociedade, pautada na distinção entre trabalho intelectual e manual. Mesmo as enfermeiras, ainda que muitos anos tenham decorrido da profissionalização dessa categoria, devido à preponderância do trabalho manual, não são admitidas como centrais na assistência, pela população em geral, e isso ocorre mesmo com a instauração do SUS e da Atenção Básica, que abrem possibilidades de práticas de enfermagem mais simétricas em relação ao trabalho médico. Ou seja, conforme Peduzzi (2001), o trabalho do médico e dos outros profissionais da saúde não se diferencia apenas nas técnicas que este executa, mas também à sua valorização social. Dessa forma, as diferenças técnicas pertinentes às profissões transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes que as realizam.

Crevelim (2004) em estudo com trabalhadores de uma equipe de PSF na zona leste de São Paulo, verificou que os próprios ACS revelam tensão entre pertencer à comunidade e à UBS. Para a pesquisadora, esses trabalhadores nem sempre se reconhecem como um igual, seja dentro do serviço de saúde, na qual os profissionais são, tradicionalmente, técnicos, seja na comunidade, posto que se modificam ao conhecer a organização do serviço de saúde.

O reconhecimento do agente comunitário como profissional necessário no processo de produção da saúde requer o entendimento do significado de sua atuação junto ao território, por parte da população e dos próprios trabalhadores da saúde. Ademais, é necessário apontar que a definição de suas atribuições deve ser alvo de ampla divulgação para a consecução dos objetivos do PSF e da Atenção Básica, no sentido de informar sobre o que faz, porquê faz e como realiza o seu trabalho.

Numa outra perspectiva, é necessário ponderar, que o fato dos ACS pertencerem à própria comunidade, o que por um lado favorece o conhecimento das necessidades e problemas de saúde, pode deixar de favorecer seu reconhecimento como sujeito institucional, em favor da saúde, o que, evidentemente, pode criar outras situações de conflito no cotidiano com os usuários do serviço, conforme será verificado posteriormente, por exemplo, quando os ACS se queixam da falta de privacidade em seu cotidiano.

Um outro fato a se considerar é o que os ACS referiram dificuldade de relacionamento com o Coordenador de Saúde da Região, concretizada na impossibilidade de se sentir ouvido e valorizado, além de não ser convidado a integrar grupos de trabalho que debatem o planejamento e a definição de metas pelo PSF do Município de São Paulo. Destaca-se, ainda, que os ACS mencionaram que tal Coordenação defende um determinado projeto de saúde que dialoga de forma bastante limitada com os princípios e diretrizes que sustentam o SUS, o que entra em conflito com o projeto de trabalho acordado no momento de admissão desses ACS naquela Coordenadoria.

Outra das situações que diz respeito à forma de organização do trabalho foi a falta de entendimento do PSF por parte dos funcionários da UBS, quando em unidade mista. Tais unidades foram primeiramente criadas como UBS tradicionais e, com o advento do PSF, passaram a abrigar equipes de Saúde da Família. Os usuários queixavam-se da dificuldade de relacionamento com os funcionários contratados pela Prefeitura do Município. Estes, segundo os ACS, “não gostavam do PSF” e tentavam diminuir a credibilidade do mesmo junto aos usuários da UBS. Dessa forma, segundo os agentes comunitários,

tais funcionários recusavam-se a recepcionar os cadastrados, forneciam informações desencontradas e agiam com “má vontade” ou expressando “favor” ao atender as famílias cadastradas no PSF. Quanto ao não entendimento do PSF, um ACS disse que se sentia desrespeitado quando os trabalhadores da UBS, ao vê-lo sair para as atividades junto ao território, por diversas vezes indagavam com sentido jocoso: *“-Já vai passear?”*, o que gerava situações de constrangimento aos ACS.

Tal queixa, ao lado do sentimento de falta de valorização do trabalho pelos funcionários da UBS, não era apenas relacionada aos funcionários das UBS mistas, mas também aos funcionários do PSF, incluindo os membros da equipe. Uma das participantes do grupo focal chegou a referir que a médica e enfermeira da equipe, por diversas vezes pediam para que os ACS retirassem-se da sala, pois realizariam a “reunião das universitárias”, desqualificando a formação do agente comunitário.

Ainda no âmbito da UBS, foram referidas questões de desgaste relacionadas, sobretudo, à forma como se configura a estratégia do PSF, incluindo sua implantação pelos gestores. A esse respeito, os ACS apontaram a impossibilidade de participar de decisões, a competitividade instigada pela gerência e a desvalorização do trabalho comunitário ou grupal em prol de atendimentos individuais. A desvalorização da atividade grupal, repercute, inclusive, na falta de recursos audiovisuais necessário pra o desenvolvimento de atividades educativas na UBS. Para alguns ACS, a televisão e o vídeo possibilitariam o aprimoramento de tais atividades a ponto de despertar a interesse dos usuários.

Quanto à impossibilidade de participação nas decisões, os ACS mencionaram aquelas tomadas na UBS, pela equipe ou gerência, assim como as tomadas na esfera da Coordenação do PSF, da Coordenadoria de Saúde e porque não dizer, do Ministério da Saúde. Como conseqüência direta da não participação nesses espaços, os trabalhadores referiram os novos rumos e as metas que vêm sendo traçadas para serem desenvolvidas pelo PSF e, dessa forma, pelos ACS. É com relação a essas metas que os agentes queixaram-se

da competitividade instigada pela gerência da UBS. Segundo os participantes do grupo focal, em algumas unidades havia reuniões mensais com todos os trabalhadores da UBS para a apresentação dos “números” alcançados por cada equipe e seus ACS. Nesses momentos, os dados eram expostos de forma a criar um clima competitivo entre estes, pois os que atingiam os maiores números eram parabenizados, enquanto aos que obtinham números aquém das expectativas era solicitado que “se esforçassem mais no próximo mês”.

Dentre os números apresentados estavam principalmente o de visitas domiciliárias e o de procura por pronto atendimento. Os ACS apontaram que à gerência da UBS não importava a qualidade do serviço, mas apenas os números a serem incluídos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Para estes, o SIAB é falho por não demonstrar efetivamente o trabalho realizado pelos ACS, visto que o mesmo contempla apenas volume e não expressa dados qualitativos a respeito do labor.

Em relação à procura por pronto atendimento na UBS, os ACS mencionaram que as equipes mais bem “cotadas” pela gerência eram aquelas que obtinham menores montantes, o que significaria trabalho com maior esmero, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Entretanto, de acordo com o que os ACS mencionaram durante as discussões nos grupos focais, tal avaliação de qualidade da assistência não pode restringir-se à quantidade, posto que as características das famílias moradoras em áreas diferentes eram bastante distintas, o que fazia com que essas guardassem diferenças em suas necessidades de saúde.

Outra questão que advinha da forma como estão postas as políticas de saúde, e que emergiu dos grupos focais, foi a desvalorização do trabalho comunitário em prol do atendimento individual. A queixa dos ACS a esse respeito relacionava-se com o atendimento destinado aos cadastrados, realizado não só pelos agentes, mas também pelos demais membros da equipe. Segundo os participantes do grupo focal, as UBS ofertavam pequena gama de grupos nos quais eles precisavam revezar-se para participar, não por escolha própria, mas devido ao fato de que só era possível contabilizar esse

tipo de participação no SIAB para *um* trabalhador. Em algumas UBS, os ACS referiram ser coordenadores de grupos, sem outros membros da equipe, enquanto em outras, os ACS tinham sua participação restrita a atividades burocráticas, ao realizar anotações, além levantar e transportar prontuários. É interessante ressaltar que um dos ACS apontou ser alvo de cobrança em relação à baixa produtividade em termos de visitas, referiu que sempre, por ocasião da implantação de novas atividades grupais, era convidado, pela gerência, a participar. Referiu ainda, gostar desse tipo de atividade, o que permite inferir que tal ACS deveria possuir um bom desempenho na condução dos grupos, entretanto, como a mesma não é valorizada como as VD, tal ACS era sempre referido como um trabalhador de "baixa produtividade", o que fazia com que se sentisse menosprezado perante os colegas.

Outro elemento de desgaste no trabalho dos ACS, que contribuía ainda mais para que não alcançassem as metas de produtividades estabelecidas, era a necessidade de realizar cobertura de área de outro agentes, no caso de sua ausência por longos períodos devido a férias, licença, afastamento ou mesmo demissão. A maior dificuldade referida pelos ACS foi a realização de VD para pessoas com as quais não mantinham vínculo e não conheciam a dinâmica familiar. Segundo os participantes dos grupos focais, essas visitas não eram contabilizadas para os mesmos no SIAB. Os trabalhadores referiram que, em algumas unidades chegaram a entrar em conflito com o médico, a enfermeira e o gerente, pois quando iniciavam a cobertura de área de ACS que não mais fazia parte do quadro, a UBS não demonstrava urgência em contratar outro profissional.

No que diz respeito à pressão por produtividade, esta carga deve ser compreendida a partir da lógica com que se organiza o processo de produção da saúde, principalmente na atualidade, quando mesmo o setor saúde ganha um novo contorno, instaurado em uma sociedade cuja ideologia que legitima o modo de produção privilegia a quantidade em detrimento da qualidade das ações de saúde. Há que ter em mente que a definição de metas de visitas a serem realizadas, por exemplo, sem verificar-se, de fato, se o resultado em termos de encaminhamento ou solução às necessidades de saúde da

população, constitui-se como um dos mecanismos utilizados para valorizar uma certa forma de produzir saúde, que se coloca como valor em determinadas plataformas de escolha de gestores.

Ainda no que diz respeito ao âmbito da UBS, os trabalhadores referiram que havia falta de clareza na definição do seu papel e que realizavam atividades que fugiam à sua competência, o que gerava desgaste no corpo biopsíquico. Essa questão foi discutida anteriormente, no item que trata das Atividades Realizadas pelos ACS.

Ainda em relação às cargas psíquicas, as situações de violência no cotidiano colocam-se como desgaste no trabalho dos ACS. Há, por exemplo, relatos de trabalhadores da saúde que mostram situações em que a saúde subordina-se a um contra-poder que evidencia realidade de uma cidade com profundas desigualdades sociais, para as quais o agente comunitário se vê obrigado a enfrentar. Pode ocorrer a falta de respaldo ao ACS, por parte da UBS, no enfrentamento de situações relacionadas ao tráfico de drogas e outras atividades ilícitas que o agente vivencia no cotidiano, tem conhecimento a respeito da ilegalidade de algumas destas, assim como de suas conseqüências, mas se vê impossibilitado na ação. Trata-se de um dilema ético, no qual se coloca a tensão entre sua representação institucional, simultaneamente a de membro da comunidade.

Ademais dessas situações, os ACS referiram outras, as quais configuravam potenciais de desgaste no trabalho e eram vivenciadas no contato com os cadastrados. Dentre estas, foram citadas a falta de valorização do seu trabalho, o não entendimento do PSF e do papel do ACS, o excesso de cobrança, a procura fora de horário de trabalho e a recusa na realização de cadastro ou visitas domiciliares, bem como a demora para atendê-los.

No estudo anteriormente desenvolvido (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006) outras situações que evidenciam cargas psíquicas foram apontadas, as quais também se revelaram no presente estudo, como tensão e estresse, advindas do fato de que a população os procura “fora de hora”, ou age de forma desrespeitosa, “descontando” nos ACS as dificuldades vivenciadas no dia-a-

dia. Ademais, apontou-se que o trabalho administrativo e a cobrança rotineira, por ambos os lados: equipe/gerência e população também configuravam fonte de estresse.

Dentre as questões mencionadas no presente estudo, três também foram verificadas em estudo sobre os fatores que acarretam sobrecarga de trabalho aos ACS, realizado por Wai (2007), dentre os quais: o não recebimento dos agentes de saúde no domicílio, o não entendimento acerca do PSF, assim como o horário em que eram procurados pelos cadastrados. Para a autora, este último pareceu ser o estressor mais relevante no cotidiano dos ACS, chegando a causar sentimento de incômodo no trabalhador, o julgamento de que os cadastrados esperavam sua total disponibilidade. No presente estudo, o fato de a população esperar disponibilidade integral por parte dos ACS, inclusive no período noturno e finais de semana, pareceu ser um importante elemento de desgaste para os mesmos.

Durante as reuniões de grupo focal, os ACS referiram situações como: serem procurados no meio da noite devido a problemas como transbordamento de córrego, solicitação de preservativo e questões que diziam respeito à manutenção da casa, como troca de chuveiro, desentupimento de vaso sanitário e outros reparos. Pode-se verificar, de acordo com o exposto, que, devido ao fato de o ACS ser o único trabalhador de saúde que permanece no local de trabalho após o expediente, é a ele que a população recorre em caso de necessidade. A questão que se coloca é que alguns trabalhadores, após anos lidando com essas situações, manifestaram dificuldades na imposição de limites. Um dos ACS referiu que em sua UBS, um colega havia pedido demissão do trabalho devido à freqüência com que essas situações interferiam em seus momentos de descanso.

Durante as reuniões, os ACS apontaram, por diversas vezes, que a população estava acostumada ao modelo de saúde anterior ao PSF, que privilegiava as consultas individuais e a medicalização. Segundo estes trabalhadores, alguns cadastrados não gostavam de participar de atividades grupais de promoção à saúde e tampouco de receber visitas em domicílio,

continuando a entender a unidade de saúde apenas como pronto-atendimento a agravos. Os ACS mencionaram ainda, que não era raro que tais pessoas cobrassem excessivamente dos agentes, para que as consultas fossem marcadas com o prazo de poucos dias, sob pena de desistência. Tal cobrança também ocorria no agendamento de exames, na falta de medicamentos que integram a Cesta Básica do SUS e na solicitação de VD mais freqüentes do que o necessário.

Wai (2007), no estudo mencionado anteriormente, verificou que os ACS referiram a não resolutividade dos problemas dos usuários, o que foi pela pesquisadora classificado como carga emocional. De fato, a impossibilidade de intervir em processos que dizem respeito à organização do sistema de saúde, como agendamento de exames e consultas com especialistas é tida pela população, segundo os ACS, como ineficiência dos mesmos. No presente estudo, tal situação, inclusive, foi revelada como algo que os desapontava, pois diminuía a credibilidade do seu trabalho perante os cadastrados, que, chegavam a utilizar-se de expressões limite como: *"-Com essa demora, só vou conseguir ser atendida quando morrer!"*

As dificuldades apresentadas pelos ACS revelam sua posição de intermediários de conflitos entre os usuários e a UBS, as quais categorizaram como elemento de desgaste. Neste caso, parece revelar-se que o ACS coloca-se como depositário das frustrações dos usuários, advindas das necessidades não atendidas, ao mesmo tempo em que compreende que tais necessidades podem não ser atendidas em função de questões que transcendem a volição dos trabalhadores que integram a equipe de saúde. Oliveira *et al.* (2003), verificaram entre 180 famílias cadastradas no PSF do Município de Anastácio (2003), que o ACS tinha seu trabalho reconhecido como facilitador das relações entre indivíduo, família e comunidade com a unidade de saúde.

Ademais dos anteriormente citados, foram referidos outros três elementos de desgaste no trabalho dos ACS, dentre os quais: os baixos salários, a diferença salarial entre instituições parceiras e o fato de trabalhar

por necessidade de sobrevivência. A discussão a respeito foi apresentada no item Caracterização dos ACS.

Quando os ACS apontaram a diferença no salário pago pelas diversas instituições parceiras, não fizeram menção apenas ao valor bruto, mas a tudo aquilo que consistia como incremento deste, como os auxílios (creche, insalubridade ou periculosidade), vales ou *tickets* (alimentação e refeição) e à qualidade da cesta básica. Durante a reunião de grupo focal, alguns ACS mostraram-se informados sobre a média dos vencimentos pagos por outras instituições, o que causou reação de espanto. Para esses trabalhadores, a diferença salarial causava desunião entre os membros da categoria profissional. O questionamento dos ACS partia do princípio que, se todos realizavam o mesmo tipo de trabalho, não haveria motivo para remuneração distinta. Essa questão, entretanto, não foi aprofundada, pois não dizia respeito direto ao tema proposto.

Deixando um pouco de lado essa discussão, que posteriormente será recolocada, ou outra carga bastante relevante foi a mecânica, referente a irregularidades e condições adversas do calçamento, foi relatada como responsável por fraturas e afastamento do trabalho. Segundo Silva (1996), a exposição às cargas mecânicas ocorre simultaneamente à exposição às cargas psíquicas, pois, em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem que atuavam junto a um hospital universitário, identificou que o ritmo acelerado de trabalho, a repetição das tarefas e a “pressa” para a realização das atividades, potencializavam a exposição às cargas mecânicas, implicando na ocorrência de acidentes de trabalho. Essas cargas são geradoras de escoriações, torções, distensões, fraturas e outras alterações ósteo-músculo-esqueléticas.

Ainda quanto a esse tipo de carga, em estudo sobre a exposição de trabalhadores da equipe de enfermagem em sala de vacina, Horibe (2002), verificou menção de exposição em cerca de 85,7%, o que revela sua expressividade no cotidiano desses profissionais.

Quanto às cargas fisiológicas, apresentaram relevo, a permanência em posições incômodas, devido à realização de cadastramento em locais

inapropriados, como em elevador, além da posição inadequada por ocasião da realização de panfletagem, por ocasião de mutirões ou atividades de campanha.

Num dos trabalhos anteriormente citados (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006), o mesmo foi encontrado, inclusive com menção ao fato de andar demasiadamente. Ainda que com sujeitos de categoria diversa da do presente estudo, Horibe (2002), ao realizar investigação a respeito de cargas de trabalho referidas pela equipe de enfermagem em sala de vacina, relata que 88,5% queixaram-se da permanência por longos períodos na posição supina, associando essa carga a lombalgia e dor nos membros inferiores.

No que tange às cargas físicas, houve menção, no presente estudo, à exposição a altas temperaturas, a raios ultravioleta, à claridade solar, a ruídos provenientes de automóveis e animais domésticos, assim como, ventilação deficiente nos domicílios. Os ACS relataram ainda falta de iluminação que, da mesma forma que a intensidade da claridade solar, gerava dificuldade de visão. Tais cargas reiteram os achados em estudo realizado anteriormente (Cheavegatti, Bertolozzi, 2006)

Quanto às cargas biológicas, os ACS manifestaram contato com animais (rato, cão, pulga, barata, cobra, escorpião, piolho, *Sarcoptes scabiei*) e exposição a doenças infecto-contagiosas, principalmente à tuberculose. Dentre todas, essa última coloca-se como a mais importante, dada a sua magnitude epidemiológica. O Brasil apresenta cerca de 90 mil casos novos a cada ano e, junto com outros países, concentra 80% dos casos do mundo. De fato, estima-se a ocorrência de cerca de 129 mil casos, pois parcela expressiva da população com sintomatologia acaba por não ter o diagnóstico e tratamento corretos (Brasil, 2002).

É necessário apontar que, por ocasião da reunião de grupo focal, alguns ACS relataram ter medo a ponto de recusarem-se a realizar visitas domiciliárias a pacientes em tratamento supervisionado para a tuberculose. Tal recusa somente foi revertida após debate no interior da equipe de saúde. Essa atitude, constituindo-se em fato não isolado aos ACS, mas corrente entre os

vários membros da equipe de saúde e requer ser trabalhada, fundamentalmente, no que toca à mudança na compreensão do processo saúde-doença. Isto porque a tuberculose é uma das enfermidades que melhor evidencia a determinação social. Não bastam, portanto, ações que se reduzem ao tratamento, mas incorporar a compreensão sobre a forma como se revela nos grupos sociais (Bertolozzi, 2005).

Iseman *et al*. (1993), no início da década de 90, ainda que em realidade distinta, já apontavam o benefício da participação de Agentes Comunitários de Saúde no controle da tuberculose, advogando que estes teriam maior proximidade com os pacientes, dado que integram o mesmo território de vida dos doentes.

Bertolozzi (2005), ao estudar a adesão ao tratamento supervisionado em tuberculose, na Região Central do Município de São Paulo, em 2004, verificou a inexistência de Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento da estratégia de tratamento diretamente supervisionado. A autora refere que uma das profissionais entrevistadas em seu estudo mencionou resistência por parte desses trabalhadores, pois admitiam que essa atividade não estaria prevista em seus processos de trabalho.

Voltando ao presente estudo, alguns ACS mencionaram como parte de sua rotina de trabalho a coleta de material para exame baciloscópico em usuários sintomáticos respiratórios. Entretanto, não mencionaram realizar busca ativa de casos no território, o que se constitui como uma lacuna em seu trabalho, dada a importância epidemiológica da doença e por integrar, entre outras, o elenco de prioridades de ação do Ministério da Saúde.

Por fim, em relação à carga de trabalho menos citada, que se refere à exposição a odores desagradáveis, particularmente urina, configura-se como carga química.

5.3.1 Potenciais de desgaste na vida

Além dos potenciais de desgaste advindos do trabalho, os ACS referiram outros, relacionados com a forma como se processavam suas vidas. Quanto a esses potenciais de desgaste, foram mencionadas questões que diziam respeito a família, moradia, saúde, segurança, relacionamento com a comunidade, além de questões financeiras.

Com relação à família, os ACS referiram como potenciais de desgaste a cobrança advinda dos familiares, com relação à atenção dispensada com os cadastrados e o fato de morarem sozinhos. A cobrança por parte dos familiares advinha de filhos e cônjuges que comparavam a atenção que lhes era dispensada àquela que o ACS dispensava aos cadastrados, quando estes apresentavam problemas. Alguns ACS referiram que chegava a ser motivo de discussão entre os familiares o fato de os cadastrados telefonarem em horários inadequados e o fato dos agentes os atenderem como se estivessem sempre disponíveis à população. Alguns ACS referiram ainda não fornecer o telefone de seus domicílios aos cadastrados, ainda que, para certos usuários, dado tinham relações anteriores de amizade, tal atitude não resolvia.

Por outro lado, também o fato de morar sozinho foi referido como situação potencializadora de desgaste. Segundo os ACS, era perceptível que os colegas em tal situação adoeciam devido à impossibilidade de compartilha de problemas advindos da vida e do trabalho. Já, os ACS nessa situação não se pronunciaram a esse respeito durante a reunião do grupo focal.

Com relação à moradia, a necessidade de pagar aluguel foi apontada como geradora de desgaste entre os trabalhadores, o que será alvo de discussão no item referente ao Fortalecimento da Vida.

Ainda no que diz respeito aos potenciais de desgaste, os ACS apontaram a dificuldade e a demora para conseguir atendimento especializado pelo SUS, bem como pelo convênio médico. Observa-se aqui que, embora a posse de convênio tenha sido referida como elemento fortalecedor na vida, para alguns trabalhadores, tal acesso não garante a assistência requerida. Durante as reuniões de grupo focal, os ACS chegaram a referir que, ao

necessitar de atendimento especializado ou mesmo de exames para fins de diagnóstico, solicitavam ao médico da equipe a requisição, uma vez que conseguiam realizar exames ou serem atendidos por especialistas da rede particular com custo inferior. Esses ACS referiram agir de tal forma, pois esta seria a maneira encontrada para prevenir complicações e manterem-se aptos ao trabalho, o que, de certa forma, evidencia descrença quanto a integralidade da assistência, um dos pilares do SUS.

No tocante à segurança, foram referidos como elementos potencializadores de desgaste, o fato de ser alvo de furto de automóvel, assim como a forma como se dava a atuação da polícia na comunidade. O ACS que relatou a situação do furto do veículo demonstrou, durante a reunião, ter se sentido invadido, ao mesmo tempo em que lamentou a sensação de "normalidade" frente a tal situação.

A própria polícia, instituição que deveria ser tida como aquela que garante segurança à população, teve sua forma de ação contestada por um ACS, como um dos elementos de desgaste da vida cotidiana. Tal ACS referiu sentir medo quando observava viaturas de polícia na comunidade, pois para este, a atuação da polícia na favela era uma só "bater nas pessoas". Este ACS explicitou que essa forma de pensar advinha de suas experiências anteriores, posto que já havia sofrido "revista" por policiais durante seu horário de trabalho e temia que algum dia sofresse outras atitudes de violência por parte destes.

Com relação à posição na comunidade, alguns ACS referiram como potencial de desgaste o fato de serem vistos pela população como instituição/ACS em todos os momentos e também o fato de sentirem-se observados pelos usuários fora do horário de trabalho. Essa também é uma questão que foi referida por parte dos trabalhadores e não pela totalidade dos integrantes do grupo, posto que o fato de ser reconhecido como membro da comunidade foi citado por alguns, como elemento fortalecedor da vida. Alguns ACS referiram que não conseguiam sentir-se à vontade nos eventos realizados na comunidade, pois se sentiam observados, chegando a ser abordados pelos cadastrados quando demonstravam atitude não condizente às orientações que

realizavam por ocasião das visitas aos domicílios, como por exemplo, fumar e ingerir bebida alcoólica. Alguns ACS referiram que isso havia deixado de ser problema quando passaram a enfrentar a situação explicando à população que, “fora do trabalho, eram pessoas normais, que faziam coisas corretas e erradas, mas que aquilo que incentivavam à população era o correto e que cada um poderia escolher como agir”. Outros referiram simplesmente ter deixado de freqüentar tais locais, na tentativa de evitar tal situação.

A vigilância por parte da população também se dava quando os ACS saíam do território para realizar alguma atividade externa, como por exemplo, a participação em cursos e palestras. Durante as reuniões do grupo focal, um dos ACS referiu ter ouvido referências ao seu trabalho, entre os passageiros do transporte coletivo em que se encontrava, quando se dirigia a uma atividade externa. Tal ACS referiu sentir-se infeliz com essa atitude dos usuários e não saber lidar com a situação.

A última questão que configura potencial de desgaste na vida dos ACS é que se refere a questões financeiras e à inserção no mercado de trabalho. No que toca às primeiras, a discussão já foi realizada anteriormente. Durante as reuniões de grupo focal, foram referidos como elementos de desgaste: a posição de chefia na família, a necessidade de buscar outros empregos, a situação de desemprego e o medo dessa possibilidade (para si e seus familiares), além da dificuldade de conseguir um emprego qualificado.

A posição de chefia na família foi referida por um ACS que era responsável, sem nenhum auxílio, pelo sustento de 2 filhos. Esse ACS demonstrou intenso desgaste ao referir-se às dificuldades pelas quais passava ao ter que dar conta dessa situação sozinho. Alguns ACS referiram a necessidade de buscar outros empregos para complementar a renda, entretanto, no momento da realização dos grupos focais, nenhum ACS desenvolvia atividades do tipo, mas conheciam colegas que lançavam mão do segundo emprego com essa finalidade.

As dificuldades financeiras foram referidas por alguns ACS como existentes anteriormente ao desenvolvimento da função de ACS. Estas, seriam

devidas a situações como o ingresso de filhos no nível superior, a perda do emprego pelo cônjuge e outras. Observou-se que, a essas dificuldades financeiras, somava-se o medo que o próprio ACS expressava com relação a si mesmo ou a algum membro da família encontrar-se em situação de desemprego. Vale destacar que, apesar da discussão acerca da estabilidade que o contrato pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) conferiria a esses agentes, alguns ACS referiram ter presenciado a demissão de colegas devido a problemas de saúde.

Finalizando os potenciais de desgaste advindos da vida, foi referida a dificuldade de conseguir um emprego qualificado por conta de alguns ACS que haviam investido em sua formação através de cursos técnicos e por aqueles que possuíam experiência anterior no desenvolvimento de outras funções. Um dos ACS chegou a referir já ter seu currículo enviado a diversas instituições e empresas, não recebendo resposta, o que creditava ao fato de possuir mais de 35 anos, idade, para tal ACS, não compatível com as exigências do mercado de trabalho.

5.4 Potenciais de fortalecimento no trabalho e na vida

5.4.1 Fortalecimento no trabalho

Ainda que as cargas de trabalho integraram a maior parte dos depoimentos durante a realização das reuniões do grupo focal, os ACS apontaram elementos que parecem atuar como facilitadores e/ou fortalecedores em seu cotidiano de trabalho e de vida:

Quanto ao fortalecimento no âmbito do trabalho, em primeiro lugar, é necessário mencionar que, de modo geral, os ACS manifestaram sentimentos positivos em relação ao seu desenvolvimento, representados como: honra, satisfação, prazer, agradecimento e felicidade por serem agentes comunitários.

Lunardelo (2004), autora já citada anteriormente, aponta que a satisfação no trabalho, como agente comunitário, ocorre pois este torna

possível o crescimento humano. Aponta que esse sentimento de satisfação deve-se à possibilidade de valorização da condição feminina, na medida em que trabalhar significa renda, inserção social e, perspectiva de autonomia.

Há que se recordar que, conforme Moise (2007), o trabalho constitui-se de uma atividade social que possibilita ao indivíduo a participação em coletividade como elemento produtivo, de tal forma que recebe reconhecimento e valorização social por este fato. Além disso, em nossa sociedade, o trabalho é visto como condição necessária para alcançar êxito na vida.

Em estudo com 241 ACS do Município de São Bernardo do Campo (SP), Santos (2005) verificou que 95,4% destes referiram gostar do que faziam e que a motivação para ser ACS deveu-se principalmente à oportunidade de emprego (para 38,6%), desejo de trabalhar com pessoas (para 20,3%), entre outros.

Por outro lado, Silva e Dalmaso (2002) encontraram, em estudo com 17 ACS do Município de São Paulo, que a possibilidade de reingresso no mercado de trabalho foi apontada como motivação para atuar como agente comunitário pela grande maioria entre os entrevistados.

Segundo Vieira, Rosa e Bezerra (2004), A inserção no mercado de trabalho tem um significado particular na sociedade capitalista, em que a legitimidade social e a dignidade pessoal, firmam-se através da ética do trabalho. De acordo com Heller (1991) o trabalho é necessário para a reprodução social e é o elemento dominante da vida cotidiana, já que em torno dele encontram-se organizadas suas atividades. Ademais, há que se apontar que o trabalho é fundamental para a criação da identidade do homem, na medida em que pode reconhecer-se através de seu produto, desde que conheça a finalidade de suas ações e que, de forma desalienada, possa participar do projeto que visa a transformação de determinado objeto

Outro elemento apontado como potencialmente de fortalecedor foi o fato de ser assistido por psicólogo na UBS, mencionado por alguns ACS. Isto porque, segundo esses agentes, o desgaste na vida e no trabalho requereria suporte à saúde mental. Observa-se que a relevância com que emergem as cargas psíquicas no presente estudo justificaria a importância da assistência à

saúde mental, desde que a mesma possibilite espaço para o diálogo e a escuta.

Ainda a esse respeito, alguns ACS apontaram a possibilidade de conversar sobre as dificuldades do cotidiano da vida e do trabalho com membros da equipe, bem como a manifestação de preocupação por parte desta a respeito da saúde dos agentes, como outros elementos de fortalecimento, o que parece evidenciar uma necessidade de constituir-se parte do grupo de trabalho e nele identificar-se.

A solidariedade no desenvolvimento do trabalho, entre os membros da equipe também foi defendida como elemento fortalecedor, embora alguns ACS tenham referido que isto só ocorria no âmbito da própria categoria, o que foi mencionado como “união entre os ACS”. Entretanto, há que se apontar a referência de que, em algumas unidades, o fato do médico e da enfermeira integrantes da equipe, assim como a gerência, posicionarem-se ao lado dos ACS, principalmente no que se referia à dificuldade de se atingir as metas estabelecidas pela Coordenação do PSF e Coordenadoria de Saúde, colocou-se como importante fortalecedor do processo de trabalho.

Em estudo realizado com ACS de Ribeirão Preto, Wai (2007), também verificou que a compartilha dos problemas cotidianos com outros ACS foi apontada como um dos mecanismos de enfrentamento para a sobrecarga advinda do trabalho.

Ainda no que se refere aos potenciais de fortalecimento no trabalho, os ACS do presente estudo apontaram a necessidade de manter bom relacionamento e a formação de vínculo entre os ACS e os cadastrados, concretizados ao sentirem-se bem recebidos nas residências dos usuários e ao perceberem demonstrações afeto por parte destes.

Um outro aspecto apontado como fortalecimento por um dos participantes às reuniões de grupo focal foi o fato de que todos os trabalhadores lotados na UBS em que atuava possuíam, o “Cartão do Servidor”, que possibilitava “atendimento preferencial” em Hospital Universitário da região. Tal menção suscitou indignação por parte dos demais ACS, na

medida em que alguns eram contratados pela mesma instituição parceira mantenedora do PSF e não usufruíam tal direito. É digno de nota que a totalidade dos ACS defendia o “atendimento prioritário” em decorrência de serem trabalhadores da saúde, o que, em certa medida, vai na contramão de um dos princípios do SUS, que se refere à Universalidade do acesso, sem distinções particulares.

Outro elemento que se relaciona ao fortalecimento, e que foi apontado por alguns ACS, foi a filiação ao sindicato da categoria e participação nas discussões de defesa dos direitos dos agentes comunitários. Na reunião com os ACS, a existência do sindicato foi admitida como uma conquista dos ACS. Entretanto, é importante mencionar que nem todos os agentes reconheciam esse espaço como uma possibilidade de fortalecimento da categoria, destacando-se que alguns tampouco conheciam a sua existência.

Dando continuidade à discussão sobre os potenciais de fortalecimento no trabalho, é evidente que o salário tenha sido mencionado como tal, ainda que a maior parte dos ACS tenha apontado que o mesmo não era condizente com a quantidade de trabalho realizado e, tampouco, cobriria o desgaste sofrido no cotidiano. Tal questão já foi discutida anteriormente, no item referente à “Caracterização dos ACS”, no que se refere à renda *per capita* dos mesmos.

Outro potencial de fortalecimento mencionado foi a possibilidade de capacitação para o trabalho, através de cursos, palestras, treinamentos e discussões desenvolvidas no âmbito da equipe ou fora da UBS. Dentre os cursos realizados pelos ACS, podem-se citar, a título de exemplo, aqueles que tratam do meio ambiente, assim como técnicas orientais, como *Liang Gong* e *Tai Chi Chuan*, entre diversos outros. Entretanto, nem todos referiram que tal capacitação integrava a rotina de trabalho. Segundo os trabalhadores, a realização nesses cursos possibilitava seu crescimento profissional, de forma a incrementar a sua atuação junto à população.

Segundo Chiesa e Batista (2004), a oferta do curso de Liang Gong para as equipes de PSF buscavam instrumentalizar os trabalhadores para o trabalho tanto no interor das equipe, como para o trabalho com a população.

Em estudo realizado com 644 ACS inscritos para o Curso Técnico de ACS da Região Metropolitana de Natal (RN), Teodósio *et al.* (2007) indicaram que tal curso foi referido pelos agentes como possibilidade de melhor compreender o seu papel social e melhorar a atuação nas unidades de saúde e na comunidade. Tais autores também observaram grande interesse desses ACS na aquisição de novos conhecimentos e indicaram a necessidade de ampliação de processos de educação permanente.

No presente estudo, alguns ACS mostraram-se ansiosos pelo início das turmas do Curso Técnico de Agentes Comunitários, formação que ainda não havia sido ofertada para tais trabalhadores.

Entretanto, com relação à capacitação dos ACS, Barboza e Chiesa (2004) verificaram em uma das UBS que integra o presente estudo, que os ACS referiram em reuniões de grupo focal que havia falta de capacitação, bem como a capacitação existente era reduzida, ou não condizente com a realidade do trabalho a ser desenvolvido pelos ACS.

Um aspecto muito interessante, apontado como benéfico no trabalho, por um dos agentes, foi a necessidade de caminhar, dado que contribuía para a sua saúde.

Outra questão que se configurou como fortalecedora aos ACS foi o desenvolvimento e participação em eventos sociais na UBS. Particularmente, talvez pela correspondência à época em que ocorreram as reuniões de grupo focal, foram mencionadas as festas juninas, das quais os ACS participavam na preparação. Alguns trabalhadores referiram outro tipo de encontros, sendo alguns no território e que, durante sua realização, concretizava-se a interação entre os trabalhadores da unidade de saúde e os usuários, possibilitando momentos de descontração.

Tais momentos, reservados aos ACS, ou em conjunto com outros trabalhadores da equipe, foram admitidos como possibilidade de recuperação

do desgaste sofrido no cotidiano. Alguns trabalhadores referiram que esses espaços estavam previstos no desenvolvimento da grade de trabalho mensal, figurando como um dia, ou período que teriam disponível para realizar atividades entre si. Outros ACS referiram que mesmo não havendo esse espaço previamente definido, conseguiam a liberação da gerência para que ocorresse, algumas horas antes do final do expediente. É de se destacar que os trabalhadores apontaram que esse momento livre deveria ocorrer em ambiente externo à UBS, dado que não conseguiam desligar-se do trabalho quando nela permaneciam.

Tais momentos de descontração desenvolviam-se de forma diversa entre os ACS e suas equipes. Alguns referiram organizar almoço ou jantar, cujas despesas eram compartilhadas entre todos. Afirmaram, inclusive, o efeito benéfico de preparo refeições em conjunto. Nesse caso, os encontros realizavam-se em alternância entre suas residências. Outros trabalhadores referiram realizar passeios em parques ou em locais da cidade que possibilitam entretenimento.

Por outro lado, alguns trabalhadores apontaram dificuldade para promover tais encontros no caso de desentendimento entre os membros da equipe. Nesta situação, os encontros ocorriam na ausência das pessoas que eram motivo de desentendimento.

5.4.2 Fortalecimento na vida

Outros potenciais fortalecedores referidos pelos ACS, foram aqueles advindos da forma como se processavam suas vidas. Esses potenciais relacionam-se com situações que dizem respeito à família, ao lazer, ao papel social, a questões financeiras e à saúde.

Há que se observar que parte desses elementos fortalecedores relacionavam-se a necessidades satisfeitas pela posse de bens materiais. Estes serão mencionados primeiramente.

Um desses elementos fortalecedores, e que diz respeito à saúde, foi a posse de convênio de empresas prestadoras de serviços de saúde. A esse respeito, referiram as dificuldades vividas quando da necessidade de atendimento médico especializado, conforme anteriormente ressaltado. Embora esses mesmos trabalhadores tenham referido que a primeira opção para atendimento à saúde buscada por eles fosse a UBS ou outros serviços financiados pelo SUS, não se sentiam dispostos em abrir mão do seguro saúde, admitindo maior segurança em caso de necessidade de atendimento. Se bem é verdade a possibilidade mais imediata em termos de atendimento, não se pode dizer o mesmo da qualidade e da resolubilidade desse tipo de serviços. Entretanto, há que se ponderar que há um fetiche com que se coloca a posse de tais seguros de saúde, dada a propaganda com que são veiculados, paralelamente ao desprestígio do serviço público.

Outro desses elementos fortalecedores foi a posse de casa própria, pois além de se constituir, talvez, como o bem mais valorizado por todas as famílias, proporcionava segurança na distribuição do orçamento familiar, que poderia ser focalizado para outras necessidades.

A terceira questão, estabilidade financeira, emergiu, fundamentalmente, com a representação da possibilidade de acesso ao consumo de bens. Foi referida por alguns ACS, mais especificamente por aqueles que possuíam outros rendimentos (provenientes de pensões ou aposentadorias) e pelos que não eram os únicos mantenedores das despesas domésticas, os quais, em algumas ocasiões, podiam contar com outros familiares.

Há que se mencionar que o tipo de vínculo desses trabalhadores, no regime da CLT, embora não signifique estabilidade permanente, proporciona certa segurança para eles e suas famílias, em caso de afastamento ou demissão, já que se pode contar com o Seguro Desemprego. A esse respeito, um dado importante para comparação foi obtido por Castro *et al.* (2007), em estudo sobre a inserção dos trabalhadores no PSF da Região Metropolitana de Natal (RN), o qual foi realizado com 1.162 trabalhadores das equipes. Em tal estudo, os autores verificaram que, na categoria dos ACS, além da inexistência

de vínculo formal com a instituição para a qual trabalhavam, as modalidades de contratação eram diversas, como o contrato temporário, a prestação de serviços, a contratação comissionada, a bolsa de trabalho, e, até mesmo o contrato oral. Precarização de vínculos semelhante também era encontrada no Estado da Bahia (Bahia, 2007). No caso desses ACS, a contratação precária que possuíam não lhes permitiria desfrutar de estabilidade financeira, diferentemente do que referiram os ACS do presente estudo.

Entretanto, não só os bens materiais foram referidos pelos ACS. Foram, também, mencionadas questões que refletiam a forma como relacionavam-se com seu local de moradia, a exemplo do fato de freqüentarem espaços de lazer na comunidade, em eventos sociais, ou o fato de serem admitidos pela população como membros da mesma comunidade e por não serem por ela procurados em horário que não correspondesse ao do exercício profissional..

Observa-se que as primeiras duas questões parecem relacionar-se, visto que a existência de espaços no território onde moravam, nos quais ocorriam eventos sociais, figurou como importante fortalecedor. Segundo os ACS, era nesses espaços que eles “deixavam de ser agentes” e sentiam-se como “qualquer outra pessoa” e isto reflete-se no fato de serem admitidos pela população como membros da comunidade e não como “trabalhadores da UBS”. Alguns trabalhadores referiram dificuldade em realizar essa cisão de papéis, resolvida após diálogo com os usuários.

Lunardelo (2004) discorre sobre essa questão em seu estudo com ACS do Município de Ribeirão Preto, no qual a autora verificou que, embora o reconhecimento do papel social do ACS revele-se no cotidiano, diferenciando-o da comunidade, a construção da identidade deste trabalhador, como ser humano, não permite que o mesmo abandone os valores e a cultura comuns à sua comunidade, permanecendo como membro da mesma. Verifica-se assim que, quando tolhido de sua identidade, como membro da comunidade, o agente comunitário pode abster-se da participação em situações que fazem parte de sua história de vida, o que poderia lhe causar estranhamento em relação a seu papel como membro da sociedade.

5.5 Processo saúde-doença

Para iniciar a discussão a respeito da saúde-doença dos ACS, partir-se-á do escore que os agentes atribuíram a seu estado de saúde, por ocasião da última reunião de grupo focal.

Efetuando-se a média aritmética entre a soma das pontuações (27), e o número de ACS presentes no último encontro de grupo focal (8), obtém-se o valor de, aproximadamente, 3,4, o que caracteriza uma pontuação mais positiva em relação ao que se considera saúde. É bem verdade que a média aritmética mascara qualidades ou questões importantes que se revelam no âmbito individual dos sujeitos estudados, mas mesmo assim é possível depreender que se mostravam mais fortalecidos do que doentes por ocasião do momento de realização dos grupos focais. Ainda é necessário apontar que o fato de estar em grupo pode proporcionar um certo viés nesses valores, uma vez que um sujeito sempre se coloca em referência ao outro e comparativamente ao outro, o que, de igual forma pode deixar de revelar outros aspectos importantes para esta análise. Há também que se considerar que as médias mascaram o fato de que um ACS atribuiu nota zero para sua saúde, o que caracterizaria o pior estado de saúde, ou ausência total da mesma, bem como um ACS que atribuiu-se nota 5, a qual caracteriza excelente estado de saúde.

Em estudo sobre qualidade de vida de ACS de um Município do interior do Paraná, Kluthcovsky (2005), através da aplicação do questionário WHOQOL-bref, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), verificou a satisfação que os ACS referiam sobre sua saúde, em escore entre 1 e 5. Como média para tal satisfação, obteve o valor de 3,8, correspondente ao que seria *satisfeito* (escore=4) no questionário. Entretanto, obteve que 16,6% dos trabalhadores referiram-se *nem satisfeitos nem insatisfeitos* e 5,3% *referiram* estar *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos*.

Como observado, os problemas de saúde citados pelos ACS apresentam-se como sensações e sentimentos vivenciados, sinais e sintomas,

até doenças estabelecidas e diagnosticadas, crônicas ou agudas, atuais ou anteriores ao momento da entrevista.

Conforme já registrado na apresentação dos resultados, foram mencionados problemas ósteo-articulares, como:desvio de vértebra, fratura e entorse de membros superiores e inferiores, artrite, artrose, tendinite e algia nos membros inferiores, superiores e nas articulações. A menção a tais problemas parece estar intrinsecamente relacionada à realização do trabalho dos ACS, devido ao fato de terem que caminhar, em geral, longas distâncias diariamente, além de ser necessário anotar grande quantidade de informações sem local para apoio.

Foram também referidos: excesso de peso, tensão pré-menstrual, retenção de líquido, hipertensão, diabetes, diminuição da acuidade visual e pólipo nas cordas vocais. Apontaram inda, problemas de saúde apresentados por seus colegas, como: depressão profunda, medo, síndrome do pânico, surto psiquiátrico, escabiose, piolho.

Além destes, os ACS mencionaram insônia, tremores, estresse, cansaço, depressão, tensão, angústia, frustração, desânimo, sofrimento, irritação, revolta, medo, tristeza, vontade de chorar, sentir-se *sem energia*, *sem vontade de trabalhar*. Estes últimos, que se referem a sintomas difusos, grande parte deles também foram encontrados em estudos anteriores (Cheavegatti e Bertolozzi, 2004 e 2006) constituem importantes problemas a serem enfrentados no cotidiano dos trabalhadores em geral e, especificamente, de trabalhadores de saúde. Esses problemas emergem, em sua maior parte, como decorrência da forma como se organiza o trabalho e estão relacionados à possibilidade do sistema de saúde resolver as necessidades de saúde da população.

Silva e Vilela (2006), em estudo sobre ergonomia realizado com 5 ACS de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Piracicaba (SP), verificaram que todas utilizavam-se de medicação para tratamento dos seguintes problemas de saúde: hipertensão, ansiedade, depressão e cefaléia.

No presente estudo, pode-se verificar a expressividade dos sinais e sintomas difusos, que parecem se orientar para a concretização de cargas psíquicas. Para Lunardelo (2004), as sensações de sofrimento e incapacidade decorrem, sobretudo, das pressões sofridas no cotidiano com a população. O fato de levar demandas dos usuários à equipe e da equipe aos usuários, torna o ACS depositário de diversas expectativas que nem sempre são supridas, o que pode repercutir em seu processo saúde-doença.

Balon (2006), em interessante artigo de revisão, examina a relação entre humor, ansiedade e doença física. O autor aponta a evidência crescente entre formas de sentimento e a somatização de enfermidades. Prossegue argumentando que a depressão é uma das principais causas de incapacidade no mundo, com profundos efeitos sobre a saúde física das pessoas. O autor afirma que também a ansiedade pode contribuir significativamente para a incapacidade, morbidade e mortalidade. Apesar de argumentar fortemente sobre a relação entre vivências negativas que geram sofrimento e a manifestação de certas enfermidades, menciona que tal relação entre as causas prevalentes de incapacidade, não somente a depressão e doença cárdio-vascular, mas também outras doenças físicas, ainda não está totalmente clara.

Há cada vez mais estudos que estabelecem a relação entre o sentimento e a manifestação de doenças física, o que fala a favor do entendimento que o corpo biopsíquico reage na integralidade. Neste sentido, a forma como as pessoas vivenciam o dia-a-dia se traduz nas reações apresentadas pelo corpo humano.

5.6. Nexos atribuídos pelos ACS

O terceiro objetivo do presente estudo visou analisar os nexos existentes entre o trabalho, mais especificamente as cargas dele advindas e o processo saúde-doença dos agentes comunitários de saúde. Buscava-se identificar se os agentes comunitários estabelecem algum tipo de conexão entre o trabalho e o processo saúde- doença.

Durante as três reuniões de grupo focal, e não apenas na última delas, que se referia especificamente a esse tema, os ACS apresentaram esse tipo de associações, que se manifestaram nos problemas agudos ou crônicos, tanto física como psiquicamente.

As formas como tais ACS apresentaram essas associações, foram também distintas, revelando-se em lógica linear, direta, mas também revelando-se no decorrer dos depoimentos quando tratavam de questões do cotidiano. Assim, é digno de nota que não necessariamente havia apropriação da correlação entre trabalho e saúde.

Entre os ACS que referiram nexo linear entre o desgaste advindo do processo de trabalho e a determinação da saúde-doença, observou-se que tal associação foi citada, quando apontaram o trabalho como gerador de sintomas difusos, como algias, desânimo e fadiga, assim quando como o imputavam como o responsável pelo estabelecimento de problemas crônicos, a exemplo da artrose:

"(...) *muitas vezes você não quer achar que nem o trabalho causa isso. Você quer achar que é você mesma que tá com problema, é o dia-a-dia. Nunca você quer aceitar que é o trabalho que tá te causando essas dores.*" **(A)**

"(...) *quando eu chego em casa, eu não tenho mais aquele 'pique' de cuidar da casa* (...) *fico 'meia' desanimada... Eu acho que o meu trabalho influencia nisso* (...) *Sem energia. Aí, eu não sei se é psicológico..."***(D)**

"Eu tava com problema no joelho (...) *eu sei que é* (devido ao trabalho)." **(A)**

Nestes excertos, observa-se a interpretação da associação entre o trabalho e o processo saúde-doença. Ao mesmo tempo, verifica-se que nos dois primeiros, os trabalhadores tendem a negar a existência dessa determinação, admitindo seu estado de ânimo a questões *psicológicas*. Já no último excerto, a ACS não titubeia ao relacionar o trabalho cotidiano com o adoecimento.

Nota-se algo bastante interessante no primeiro excerto, no qual a ACS refere-se a si na terceira pessoa, como se na tentativa de generalização da afirmação que faz. Para tal ACS, apesar do trabalho ser o causador de algias, parece estar presente a idéia de que não se restringe a ele, identificando-se certa culpabilização, proveniente de si próprio.

Entretanto, para alguns ACS, os nexos, que se apresentam linearmente, estão postos sobretudo, na vida, e não no trabalho, como geradora de cansaço físico e depressão, como pode ser observado:

*"(...) a idade chega e o peso chega mesmo (...) pode tá até com uma aparência bonitinha, mas o corpo vai cansando".***(Z)**

"Acho que estou depressiva. Não é por causa do serviço e sim por problemas pessoais" **(3)**

Observa-se assim, que os ACS não relacionavam o desenvolvimento de todos os problemas de saúde ao tipo de atividade que desempenhavam no trabalho, mas tampouco o excluíam totalmente dessa associação.

A explicitação dos nexos entre o trabalho e o adoecimento também se verifica na análise das próprias cargas de trabalho, conforme um pouco já se verificou anteriormente.

Isto ocorreu no caso da carga biológica, revelada quando o ACS diz sentir medo de contrair enfermidades, em função do desenvolvimento do seu trabalho.

"(...) *eu só peço pra Deus, juro mesmo, que quando eu tô entrando naquele corredor estreitinho, que tem um monte de* (...) *e que não me saia um* (rato) *(...) eu não sei qual vai ser a minha reação. Se eu caio, se eu desmaio, se eu tenho um troço, eu não sei. Isso é medo!"* **(B)**

Nesse excerto, a ACS refere-se às visitas domiciliárias realizadas em moradias coletivas, correntemente denominadas como cortiços ou pensões, que apresentam condições precárias de conservação. Pode-se observar que, embora a possibilidade de expor-se a uma situação (contato com roedores) esteja relacionada à realização de visita domiciliária em um dado local, o que

faria com que a mesma ocorresse em determinados dias do mês, a ACS parece vivenciar cotidiana e constantemente, o sofrimento gerado pela sensação de medo ao recordar dessa possibilidade.

Por outro lado, durante as reuniões de grupo focal, os ACS relataram queixas ósteo-articulares, dor lombar, tendinite, fadiga e problema na fala. Tais problemas concretizam-se na interface entre o trabalhador e as cargas de trabalho fisiológicas e mecânicas. Isto porque, |embora configurem dois grupos distintos de cargas de trabalho, parece ser difícil dissociá-las no processo de trabalho dos ACS, visto que ocorrem concomitantemente.

Cabe ressaltar que, segundo Facchini (1994), para cada ramo de atividade e respectivo processo de trabalho, identifica-se um perfil de cargas de trabalho. Ocorre que, no trabalho dos ACS, o perfil das cargas fisiológicas e mecânicas parece encontrar-se entrelaçado. Afirma-se tal fato, posto que as cargas mecânicas são decorrentes da manutenção dos meios de produção (calçamento irregular, no caso dos ACS) e as cargas fisiológicas decorrem das maneiras como se realiza a atividade ocupacional, constituídas pelo esforço físico e mental. Dessa forma, ao realizar seu trabalho no ambiente externo à UBS, o ACS vê-se submetido à situação de esforço físico (andar demasiadamente, em aclive, carregar peso), que se soma à condição do calçamento sobre o qual realiza essas atividades (piso molhado e calçadas irregulares, por exemplo). Os seguintes excertos apóiam tal afirmação:

"Eu caí um tombo numa rua lá (em dia de chuva) (...) *então eu torci o joelho, daí eu falei* (...) *que era horário de trabalho. Então, eu consegui fazer como acidente de trabalho".* **(P)**

"Ele (médico) *falou que* (a artrose) *era conseqüência do meu trabalho* (...) *Só que isso eu adquiri no trabalho e a tendinite também* (...) *devido ao esforço repetitivo de carregar prancheta e também o preenchimento de muitos papéis no trabalho administrativo. Eu já tinha* (tendinite)*, devido ao trabalho que eu fazia, que era digitação. Mas aí, no trabalho, por o agente escrever muito e carregar muito peso, a gente montava cesta básica* (...) *aí ficou, desde que eu tinha do punho, até aqui* (o ombro)*".***(A)**

"Eu não acho (que a mochila é confortável)*. Sabe por quê? Por ela ter muito espaço, a gente começa a acumular coisa. Quando você vai percebendo, quando você percebe* (...) *'-Ai que dor nas costas'".***(A)**

"(...) *eu saio quebrada. QUEBRADA! Porque num lugar você fica pra cá, no outro você fica pra cá* (demonstrando posições não ergonômicas)*, no outro você senta no degrau, no outro você encosta no tanque, no outro... sabe, você desvia da roupa que tá pingando, então assim... chega no fim, você fez ali um malabarismo, mesmo, pra fazer as visitas."* **(N)**

"(...) *falo alto, acabei perdendo, até, essa minha voz, por causa disso. Mas por ser repetitivo, porque 'eles são difícil' de entender."* **(L)**

"(...) *o nervo da minha coluna, ele tá preso na vértebra, essa era a causa de dar choque, de doer muito, tal* (...) *e eu tô fazendo tratamento com ela* (reumatologista)*, e ela me recomendou que usasse tênis, por ter amortecedor, pela questão de andar muito".***(B)**

Embora os ACS refiram as cargas mecânicas e fisiológicas, na maioria dos excertos, separadamente, observa-se que na maioria das vezes, ao exporem-se à uma elas, expõem-se, conseqüentemente, à outra, como é verificado no último dos trechos.

Cabe ressaltar que os ACS mencionaram que algumas estratégias para a melhora de seu cotidiano de trabalho já vinham sendo tomadas, como o fornecimento de mochila para a melhor distribuição do material a ser transportado (ainda que esta tenha sido mencionada como elemento que contribuía para a piora da dor lombar) e o fornecimento de calçado supostamente mais "anatômico" (tipo tênis) para o desenvolvimento do trabalho.

A esse respeito, aponta-se a necessidade de que todas as mudanças a serem estabelecidas no processo de trabalho dos ACS, bem como as melhorias a serem implementadas, devem contar com sua participação ativa, posto que somente quem vivencia o cotidiano pode indicar quais as questões primordiais a serem modificadas em tal espaço. Medidas tomadas sem a anuência do trabalhador, e isso não diz respeito somente à categoria de agente

comunitário de saúde, têm grande possibilidade de serem interpretadas como imposições aplicadas de forma vertical, as quais podem não ser incorporadas no dia-a-dia de trabalho que dificilmente será incorporada em seu modo de trabalhar.

Além dos nexos evidenciados nas cargas de trabalho fisiológicas e mecânicas, verificou-se a menção de nexos decorrentes da relação do trabalhador com estes dois tipos de carga, adicionadas a uma terceira, a carga psíquica:

"(...) *tá todo mundo estressado. Hoje em dia todo mundo tem dor de noite, todo mundo. É problema de joelho, é problema de coluna, é problema de ombro, que eu acredito que seja até da função da gente, de andar, carregar aquela mala pesada* (...) *mas é muito de emocional. Sabe, a gente tá sempre sob essa pressão."* **(B)**

Nesse excerto, verifica-se o que é defendido por Facchini (1994) e Silva (1996), quando referem a conjugação entre tais cargas como causadoras de desgaste ao trabalhador.

Em relação ao tipo de carga fisiológica mais referida pelos ACS por ocasião das reuniões de grupo focal, a posição incômoda, Oddone *et al.* (1986) inferem que essa situação tem repercussões tanto físicas como psíquicas. Os autores explicitam que a manutenção de articulações sem mobilidade, simultaneamente à contração muscular por longos períodos, pode levar à fadiga e, em longo prazo, à doenças crônicas, como artrose. Em relação às repercussões psíquicas, os autores inferem que tais posições agem como outros efeitos estressantes, que, isoladamente ou somados entre si, também geram fadiga, que acabam por diminuir o rendimento do trabalho a ponto de o descanso noturno ser insuficiente para compensar a fadiga diária. Tais autores inferem ainda que é impossível mensurar o período máximo de exposição de um trabalhador a essas situações, diferentemente de outras que podem ser aferidas matematicamente. Assim, advogam a inexistência de limite de tolerabilidade que possa ser estabelecido sem a participação ativa dos trabalhadores.

A carga psíquica, aqui demonstrada pela primeira vez nos excertos das reuniões de grupo focal, foi a que mais se evidenciou como relacionada ao processo saúde-doença dos ACS. Ressalta-se que, na apresentação dos resultados deste estudo, foram essas mesmas cargas que se fizeram mais prevalentes em seu cotidiano de trabalho desses agentes. A influência que estas parecem exercer no processo saúde-doença desses trabalhadores não deve causar estranhamento, uma vez que é a partir do trabalho, e no desenvolvimento dos processos de reprodução social, que decorrem as manifestações de saúde-doença. Evidentemente que esta não é uma relação linear, mas dinâmica, na qual há momentos em que a forma como se organiza a vida pode evidenciar mais importante expressão na causalidade da doença. Dessa forma, embora a maioria dos depoimentos exponha com mais força a relação entre o trabalho e o adoecimento, alguns deles vão além, relacionando outras questões que tangem à vida desses trabalhadores.

Iniciando-se por trechos de depoimentos que expõem essa última vertente apontada, verifica-se que os ACS mencionaram nexos entre o confronto com situações de exclusão social e de violência, pelos cadastrados, bem como a cobrança por produtividade, aliadas à impossibilidade de compartilha e de vocalização do sofrimento e ao acúmulo de papéis sociais que iam além das atribuições dos ACS, que se configuram como cargas psíquicas, geradoras de depressão, estresse e sensação de encontrar-se acima do limite, conforme verifica-se nos trechos seguintes:

"(outra ACS) *entrou em depressão por duas coisas: pelo trabalho, que ela presenciava muita* (...) *miséria* (...) *violência da mulher, doméstica... falta de emprego... drogas* (...) *e outra, ela era sozinha, ela não tinha com quem desabafar, ela não tinha família, não tinha uma união."* **(A)**

"(...) *estão todos estressados, estão todos acima do seu limite. Todos... eu não vou falar que é só o serviço de agente comunitário, porque todos são mães, têm família, têm um problema* (...) *mas aquilo lá, tá assim, meio que somando, sabe."* ***(L)***

Nesses dois trechos verificam-se indícios da concepção de determinação social do processo saúde-doença, conjugando o trabalho e o modo como são processadas suas vidas, em que parece revelar-se mais plenamente o vínculo entre o processo de reprodução social e o processo saúde-doença.

Com relação ao primeiro excerto, em que a ACS fala sobre a vivência de situações de exclusão social e violência, Wai (2007) classificou situação semelhante como geradora de 'carga emocional'. De fato, a dificuldade de separação entre trabalho e relações sociais que se estabelecem no território de atuação e de vida parece ser inevitável no trabalho desenvolvido pelos ACS, à medida em que estes integram a comunidade. Isto pode levar à sobrecarga psíquica do trabalhador que se dispõe a auxiliar as famílias em momentos de dificuldade. Entre as atividades descritas pelos ACS do presente estudo, relacionadas a essa situação em particular, exemplifica-se a montagem de cestas básicas para auxiliar famílias com carências financeiras, utilizando-se de recursos próprios dos trabalhadores das UBS, sejam eles financeiros ou provenientes de suas cestas básicas, além daqueles arrecadados junto a outros moradores da região. Ora, essa atitude coloca-se além da atribuição dos ACS, demonstrando, simultaneamente, sentimento de solidariedade.

A necessidade de discussão do suporte social que os ACS ofertam aos cadastrados ou quando a população os procura em busca desse tipo de auxílio, foi apontada por Lunardelo (2004). A autora menciona que, ao perceber as necessidades das famílias, o ACS pode oferecer suporte social que é benéfico ao processo saúde-doença destas, conduzindo-o à partilha do sofrimento de outrem. Essa partilha no sofrimento é a própria sobrecarga emocional. A autora identificou, ainda, que a contradição oriunda da forma como o ACS pensava, anteriormente ao desenvolvimento da profissão e a forma como as situações estão postas no cotidiano, em seus relacionamentos com familiares, cadastrados, equipe, que incluem tanto aspectos benéficos, quanto dificuldades, geravam contradição de sentimentos no trabalhador, algo que também foi verificado entre os ACS do presente estudo e em estudos anteriores (Cheavegatti e Bertolozzi; 2004, 2006).

Há que se ter cuidado na interpretação dessas situações, que envolvem atitudes, conforme bem adverte Caponi (2000), as quais podem caracterizar-se como aquelas que "(...) pessoas caridosas exercem sobre os infortunados (...) e que insiste em aparecer sobre a forma de um desapaixonado e necessário humanismo". A autora afirma que a solidariedade integra a ética, e não compaixão e a piedade, mas a impossibilidade de aceitar, ou de tolerar situações que diminuem e violentam o ser humano. A compaixão, segundo Caponi (2000), restringe-se a estimular a tolerância ao intolerável, o que significa conformar-se com a situação vigente. De acordo com a mesma autora, banaliza-se o ser humano quando este recebe ou promove assistência compassiva ou caridosa compensatória: "(...) A solidariedade precisa, para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar, ou negar assistência".

A respeito do segundo excerto, há que se ponderar que a dupla jornada de trabalho contribui para o processo de desgaste do trabalhador e os afazeres domésticos constituem demandas às quais as ACS não podem se furtar. Na sociedade brasileira, na grande maioria das famílias, cabe à mulher a realização do trabalho doméstico e grande parte da educação dos filhos.

Wai (2007), em entrevistas com ACS de Ribeirão Preto, identificou algo que categorizou como interface família-trabalho, vista pela autora como a sobrecarga de papéis sociais, decorrente da realização das múltiplas tarefas que correspondem a eles. Ou seja, durante as 8 horas em que atua como ACS, o trabalhador exerce tal função e, após seu expediente, passa a desenvolver os papéis sociais determinados pela sua vida, como o de mãe, cônjuge, filha, estudante, entre outros mais. Além do que parece ser próprio do "papel feminino" na sociedade, observou-se que os 'problemas' referidos pelos ACS também eram decorrentes de outras situações da vida cotidiana, como questões financeiras e de relacionamento, entre outras.

Outro tipo de carga psíquica, que durante os grupos focais foi relatada como potencializadora de nexos entre trabalho e adoecimento dos ACS, foi a que faz referência às dificuldades de relacionamento, tanto no interior da UBS,

como no território de atuação. Há que se especificar que tais dificuldades se evidenciaram como nexos em relação ao sofrimento, principalmente no que diz respeito ao relacionamento com a Coordenadoria de Saúde da Região, conforme se verifica no excerto abaixo:

"É uma pessoa extremamente autoritária (Coordenador de Saúde) (...) *não é aberto pra diálogo nenhum* (...) *é a gente que tá sofrendo, porque isso causa um sofrimento no agente comunitário"* **(O)**

Nesse excerto, o ACS refere-se às reuniões realizadas com o Coordenador de Saúde, quando da exposição da exigência de maior número de visitas domiciliárias. A esse respeito, Oliveira *et al.* (2003) recordam que o sucesso do PSF depende de um conjunto de atividades e ações planejadas com base nas prioridades levantadas pelas equipes, o que requer dos gestores comprometimento com a população e entrosamento com os profissionais de saúde. De fato, o que evidencia na realidade, é que as visitas domiciliárias é que proporcionam visibilidade ao PSF que, entretanto, acabam sendo reduzidas ao volume e não, necessariamente à qualidade, e à forma como se constitui o vínculo e o trabalhador e a população.

Interessante referir que Souza (2003), verificou que ainda no ínici da implantação do PACS, a forma como os ACS sentiam-se tratados pelos poderes hierárquicos superiores, fazia com que tais trabalhadores referissem medo de perder seus empregos e sofrer com possibilidade de represálias por parte da chefia, o que demonstra que essa não é uma questão recente na profissão.

Ademais da forma como se processa o relacionamento com a Coordenadoria de Saúde da Região, durante as reuniões de grupo focal, os ACS apontaram que a forma como a gerência da UBS cumpre as determinações da Coordenadoria de Saúde e da Coordenação do PSF também era considerada como geradora de estresse e *problemas psiquiátricos*, além da perda de paciência entre os pares:

"(...) *ele* (gerente) *é muito sério. Ele ouve, ele fica parado, assim, ouvindo, quando a gente acaba de falar, ele olha e fala assim: '-Tem que fazer*

100% das visitas'. Ele não muda o discurso e isso tá fazendo a gente, lá (na UBS) tá todo mundo estressado. Às vezes, tem até colega perdendo a paciência com outra colega. Tá todo mundo muito estressado, agente indo em consulta com psiquiatra..." **(B)**

Ora, assim como discutido anteriormente, a queixa de tal ACS, quanto ao cumprimento de determinações advindas de setores externos às UBS, parece estar relacionada ao fato de que o gerente não procurava levar em consideração as reais possibilidades dos ACS executarem as atividades.

Dejours (1992), ao tratar do trabalho no ambiente industrial, discorreu sobre as relações de trabalho que se submetem às posições hierárquicas. Para o autor, as relações hierárquicas são fonte de ansiedade e esta se superpõe à ansiedade preexistente, relacionada ao ritmo de trabalho, à produtividade e outros tipos de cobrança por metas. Dejours refere que no ambiente industrial, a supervisão tem por objetivo a manutenção do trabalhador com sentimento de ansiedade. Cabe lembrar que, os ACS, que trabalham em ambiente diferente do industrial, referiram as questões acima expostas como decorrentes da necessidade de alcançar os objetivos, cada vez maiores, no que se refere à quantidade de visitas domiciliárias a serem realizadas.

Embora no excerto acima a ACS refira-se ao adoecimento por estresse, com conseqüentes consultas ao psiquiatra, mas pode-se falar aqui do sofrimento, de uma forma geral, que os processos de produção podem gerar ao trabalhador. Dejours (1992) aponta que quando o trabalhador vê-se impossibilitado de manter o ritmo de trabalho requerido, ou manter seu próprio equilíbrio mental, verifica que sua única possibilidade é a apresentação de atestado médico, pois no ambiente fabril, o sofrimento e a fadiga não são admissíveis, apenas a *doença*. O autor infere que a medicalização visa desqualificar o sofrimento, pois este não é reconhecido como adoecimento. Há que se ponderar que, embora se tratando de ambientes distintos, a lógica do processo de produção, visando quantidade, e não qualidade, guarda semelhanças entre ambos.

Mas, há que se levar em conta outro aspecto que gera desgaste ao trabalhador, o qual já foi anteriormente apontado, e que se refere ao sentimento de não participação nas decisões que são implementadas na unidade de saúde. Em decorrência, não é raro o desenvolvimento de processos de trabalho alienados, nos quais o trabalhador não compreende sua finalidade e não tem controle sobre o mesmo. A esse respeito, veja-se, por exemplo, o trecho do depoimento a seguir:

"Eles (Coordenação do PSF) *queriam tirar, fazer uma divisão de área. Aquilo me frustrou! São 5 anos e meio que eu trabalho, sabe* (...) *eu tenho 187 famílias cadastradas. Então, eu sei o número de famílias decor, quem é, quem não é. Cinco anos... a gente se entregou, realmente, àquelas pessoas."* **(L)**

A aparente frustração referida pelo ACS, além da impossibilidade de ser ouvida pela Direção da unidade de saúde está diretamente relacionada, à existência de vínculo com os cadastrados, que vai além da relação meramente funcional entre o trabalhador de saúde e o usuário.

Ademais, os limites do trabalho dos ACS, frente a situações postas pela organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, como no trecho a seguir, em que o agente se refere à morosidade do sistema de referência e contra-referência, são referidos como geradores de angústia aos trabalhadores, que é potencializada pelas dificuldades de relacionamento entre cadastrados e agentes comunitários, uma vez que estes podem não entender a lógica de organização de tal sistema:

*"Eu fico angustiada, porque eu não posso fazer nada e ele*s (cadastrados) *olham de um jeito, que a gente pode."* **(N)**

A angústia referida pela ACS parece ser gerada pela sensação de falta de governabilidade sobre o próprio trabalho, gerada pelos limites impostos ao mesmo e pela impossibilidade de exercer algum tipo de ação no processo de produção no se insere.

Martines (2005), em estudo sobre sofrimento no trabalho dos ACS, realizado com 12 trabalhadores do Município de São Paulo, observou que os ACS referiam culpa, ao que a autora levanta a hipótese de ser frustração

devido ao fato destes crerem receber mais dos usuários do que poderiam oferecer a eles. A essa questão, a autora verifica a coexistência de falta de resolutividade das ações.

Apesar desse tipo de dificuldades apontadas no que diz respeito com os usuários, estudo sobre a percepção da população frente ao trabalho do ACS, realizado no Município de Anastácio (MS), revelou que 93% dos 180 entrevistados consideraram que os ACS realizavam seu trabalho de forma satisfatória (Oliveira *et al.*, 2003). Em relação ao Município de São Paulo, na revisão da literatura, não foram encontrados dados a esse respeito.

Ainda a respeito dos limites encontrados pelos ACS no desenvolvimento de seu trabalho, Silva e Vilela (2006), em estudo anteriormente citado, realizado junto ao Município de Piracicaba (SP), identificaram sofrimento, impotência e frustração. Os autores apontam que tais sentimentos decorrem também da responsabilidade depositada sobre eles, pela população, na resolução de seus problemas.

Por outro lado, quando, frente às determinações da Coordenadoria de Saúde e da Coordenação do PSF, quanto à necessidade de alcançar as metas propostas para o trabalho, a gerência posiciona-se a favor dos ACS, ou após ouvir o que pensam os mesmos, observa-se que tal atitude é considerada como elemento protetor em relação ao sofrimento dos trabalhadores:

"A gente também tá na corda bamba (...) *pelo menos, a gente banca e a equipe banca também. A UBS banca! Eu imagino* (...) *onde o diretor não banca, o agente comunitário fica ali sofrendo. Aquele sofrimento que* (...). *Isso é uma tortura, psicológica!"* **(O)**

A respeito da forma como se processa a cobrança por resultados crescentes por parte da chefia, durante as reuniões de grupo focal, os ACS creditaram-na como resultado do modo como o projeto original do PSF vem sofrendo modificações, em função de um novo modelo que faz preponderar a produtividade em detrimento da qualidade do trabalho. Tal cobrança, aliada à dificuldade dos ACS entenderem e aceitarem essa 'modificação do projeto do

PSF' é referida como geradora de estresse, revolta e frustração nos trabalhadores:

"(a causa do estresse é) *A cobrança! Não adianta. E a revolta que eu tenho* (...) *quando nós entramos no serviço e soubemos que era... é só o bonito!* (...) *O negócio deles são números e isso me revolta!"* **(L)**

"(...) *acaba frustrando a gente, porque... a maioria das pessoas que entraram nesse serviço, que conseguiram, eles têm um perfil* (...) *Então, você vê que aquilo lá não é aquilo. E outra, você tá colocando a sua cara à tapa, porque como é que você vai passar pra uma pessoa, se não é aquilo que eles tão te cobrando?"* **(D)**

Observa-se, de acordo com esses excertos que, segundo os ACS, a cobrança por resultados e metas interfere na qualidade da assistência prestada à população. Quando a ACS usa da expressão: "(...) *O negócio deles são números*", parece traduzir a opção, por parte de uma esfera hierarquicamente superior à dos ACS, representada pela Coordenação do PSF e pela Coordenadoria de Saúde, pelo volume de ações, e não necessariamente, de seu impacto em relação à mudança da situação de saúde-doença da população.

Durante a reunião de grupo focal, um dos ACS recordou que, por ocasião do processo de seleção que participou, houve certa explicitação de '*um perfil*' que, contraditoriamente, não é compatível com aquele cobrado no trabalho atualmente, pois, segundo os próprios ACS, procurava-se um '*perfil humano*', de pessoas que demonstrassem preocupação com a comunidade e com os cadastrados e não restrito à produtividade.

Silva e Vilela (2006), em estudo sobre ergonomia do trabalho dos ACS em Piracicaba (SP) também verificaram menção sobre a necessidade de um perfil, que era definido por gostar do que faz e não trabalhar apenas pela necessidade financeira. Os autores ainda observam que havia uma retórica, por parte do órgão contratante dos ACS, sobre a defesa de um perfil que mostrasse sensibilidade para lidar com os problemas apresentados pela população, além da capacidade de vivenciá-los sem repercussões sobre a

própria saúde-doença de forma tal que revelassem higidez manifesta no corpo biopsíquico e na forma como desenvolviam suas atividades.

Há que ponderar que tal defesa não deixa de ser idealizada e parece considerar o ACS como trabalhador externo ao território onde se radicam as determinações da saúde-doença.

Lunardelo (2004), em estudo anteriormente citado, verificou a existência de sentimento de frustração nos ACS, decorrente da percepção de que *"(...) o PSF, na prática, não funciona como na teoria*". Segundo a autora, isto ocorre quando se apresenta uma proposta aos cadastrados, a qual os agentes não conseguirão responder subseqüentemente, como é o caso da promessa de visitas domiciliárias com a presença de médico e enfermeira que, na realidade, só ocorrem em casos de usuários impossibilitados de dirigirem-se à UBS. Parece ser a mesma questão levantada pela ACS do último excerto.

Ainda a esse respeito, os ACS referiram relação entre as cobranças de várias ordens, que estão postas no cotidiano de trabalho e o estresse, além da ocorrência de *problemas psiquiátricos* e desânimo:

"(...) *pra qualquer agente de saúde, de qualquer Unidade, qualquer lugar* (...) *os problemas são os mesmos, os sintomas são os mesmos, as cobranças são as mesmas* (...) *essa profissão só vale 2 anos. A partir de 2 anos, se ele não quiser ter problemas sérios de psiquiatria..."* **(A)**

Essas situações são de tal relevo que essa ACS chega a estabelecer tempo para o desenvolvimento desse trabalho, que se restringiria a 2 anos, o que aparentemente, é um período muito restrito para que um trabalhador coloque como limite de atuação na profissão. Vale apontar que esse período é superior ao tempo de trabalho de todos os ACS participantes do presente estudo, à exceção de uma que trabalhava há exatamente 2 anos.

Em consonância ao que refere tal ACS, Wai (2007), em estudo anteriormente citado, discorre que a sobrecarga devida à cobrança no cumprimento de visitas domiciliárias nunca diminui. A exigência de 100% de visitas, desconsiderando o paralelo aumento das demais tarefas (reuniões,

curso técnico de ACS, educação continuada, preenchimento de cartão SUS, grupos, discussões, entre outras) torna evidente que se exige do ACS o cumprimento de atividades sem priorizar a sua qualidade.

Ainda com relação à questão da produtividade, Lunardelo (2004) encontrou queixas dos ACS, principalmente devido ao fato do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não reconhecer certas atividades realizadas por esses trabalhadores, como no caso da visita domiciliária realizada com alunos, bem como o preenchimento de relatórios. Estas situações também foram apontadas no presente estudo, como por ocasião da realização de grupos de promoção à saúde por mais de um ACS, como descrito anteriormente nos resultados. Neste caso, o fato de somente um dos ACS ser contabilizado, gera frustração pelo não reconhecimento do trabalho grupal, assim como pela limitação da compartilha de experiências entre os sujeitos.

Retornando à relação entre cargas psíquicas e o processo saúde-doença dos ACS, no que tange à questão do relacionamento interpessoal, durante as reuniões de grupo focal, os ACS referiram que, além das dificuldades de relacionamento junto à Coordenadoria de Saúde, à Coordenação do PSF e à gerência da UBS, havia desentendimento com outros profissionais da unidade de saúde, dentre os quais o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem, outros agentes comunitários e com os auxiliares técnico-administrativos. Tais desentendimentos também foram associados a manifestações do processo saúde-doença.

Em diferentes momentos foram citadas dificuldades de relacionamento com os membros da equipe, como por exemplo, a tentativa de manter postura/atitude julgada como ‘profissional’ frente a esses trabalhadores, gerando sensação de sacrifício excessivo, como se verifica a seguir:

“Eu percebi que eu tava começando a acumular coisa que eu tinha meio assim, meio-termo, boazinha, não ser grossa... eu vi que não tava valendo à pena, porque eu tava me sacrificando.” **(A)**

Os ACS também apontaram a falta de respaldo para enfrentar essas dificuldades de relacionamento, tanto por parte dos membros da equipe como por parte da Gerência da UBS e da Coordenação do PSF.

Entretanto, quando da existência de diálogo entre os trabalhadores da equipe, o mesmo foi interpretado como um mecanismo protetor para o adoecimento:

"Se não fosse eles, a médica, a enfermeira, a gente tava, todo mundo. Mesmo assim tem muitas agentes de saúde que tão afastadas, tá de licença médica, tá com problema psiquiátrico..." **(A)**

De acordo com a afirmativa dessa ACS e levando-se em consideração o que foi exposto pela mesma nas reuniões de grupo focal, pode-se inferir que ela não se refere apenas à escuta realizada pelas profissionais que se encontravam em posição hierarquicamente superior a ela (médica e enfermeira), mas também ao modo como se posicionava a equipe de trabalho, ao lado dos ACS.

Tal situação revela não somente a necessária solidariedade entre os membros da equipe, no caso de demandas individuais dos trabalhadores, mas também o entendimento de necessidades que dizem respeito ao processo de trabalho na unidade de saúde.

Barboza e Chiesa (2004), em estudo com ACS de uma das UBS que integra o presente estudo, através da técnica de grupos focais, também verificaram sentimentos positivos e negativos em relação ao trabalho em equipe. O aspecto positivo encontrado foi referente ao bom relacionamento entre os membros da equipe. Já, com relação ao aspecto negativo, revelou-se dificuldade de integração e comunicação entre os membros da equipe.

Peduzzi (2001), a respeito do trabalho em equipe, aponta que a elaboração de um projeto assistencial comum pode ser sinalizador de integração na equipe. Na reelaboração do projeto assistencial a ser seguido não se nega o modelo hegemônico, mas se cria, com base neste e através do posicionamento dos membros da equipe, um projeto com maior pertinência a determinadas necessidades de saúde. A autora ainda afirma que o consenso

que legitima o modelo dominante impede que os trabalhadores partilhem a construção conjunta de diferentes projetos assistenciais.

Além disso, a possibilidade de vocalização, proporciona sensação de segurança e de pertencimento à equipe de saúde. Veja-se que a existência de espaços promotores de escuta no cotidiano das equipes de PSF, bem como a insuficiência na oferta de suporte e apoio aos ACS, foram observadas em estudo com agentes comunitários, realizado por Lunardelo (2004), e já citado anteriormente. A autora aponta que a falta de escuta desses trabalhadores por parte da equipe pode estar relacionada à sua autonomia reduzida no interior da mesma e ao não reconhecimento da importância do seu papel no serviço de saúde.

Por outro lado, Silva e Vilela (2006) afirmam que os problemas de saúde mental dos ACS não são de natureza psíquica individual e, tampouco devidos à ausência de "perfil" para o trabalho, ou à sobrecarga (em termos de quantidade de trabalho) decorrente do mesmo. Creditam tais adoecimentos à impossibilidade de solucionar problemas encontrados no desenvolvimento de suas atividades.

Na perspectiva de superação de tais situações que envolvem problemas do cotidiano, Silva e Dalmaso (2002b) fazem menção à necessidade de capacitação e investimento em supervisão, bem como de sistematização dos resultados desses processos, como forma para acumular experiências e produzir conhecimento, assim como identificar limites e possibilidades do PSF.

As mesmas autoras (2002) apontam a reunião diária entre os membros da equipe de PSF como um espaço para a apresentação de situações-problema, para a troca de informações sobre problemas de usuários e para manifestação de opiniões sobre como proceder e planejar ações. Apontam, a partir do relato desse tipo de experiência que, em que muitos casos, contava-se com a soma de opiniões da equipe para lidar com um problema. Concluem, entretanto, mencionando que a reunião de equipe, em geral, privilegia o caso individual e a doença e não as situações vivenciadas pelo ACS, as quais se evidenciam como de difícil enfrentamento para ele. Tal fato também foi

observado durante as reuniões de grupo focal, dado que a maioria dos ACS referiu que os momentos de "supervisão" existentes em suas unidades restringiam-se à discussão de casos clínicos. Apenas dois ACS, sendo um deles trabalhador de uma unidade de saúde-escola, referiram que, além dos momentos de supervisão clínica, havia outros que se relacionavam à supervisão do processo de trabalho dos ACS, o que incluía debates acerca do cotidiano e sobre as dificuldades enfrentadas.

Ainda quanto às dificuldades de relacionamento, mais especificamente entre os ACS, foi referida a falta de socialização entre os pares, que gerava *doença* e depressão, enquanto que da falta de momentos específicos de discussão sobre o processo de trabalho destes decorria sensação de *enlouquecimento*:

"(...) *as pessoas têm vários problemas de desabafar, não aceitam as festas de aniversário, é até ignorante com a equipe, 'é as pessoas' que não participam desse dia-a-dia, que não desabafam 'com nós'. 'As pessoas que tá' mais doente, as pessoas 'que tava bem', caíram em depressão denovo, que foi o caso do Fulano, a gente percebeu* (...) *ele não conversa* (...) *não participam com nós, que não desabafam, são as pessoas que estão mais doentes."* **(A)**

"(...) *um espaço do agente comunitário, só do agente comunitário, pra ele discutir as questões, é fundamental. Se não tiver esse espaço... 'lavar roupa suja', sei lá* (...) *a gente pira* (...) *a gente fica louquinho, louquinho..."* **(O)**

Os momentos de socialização entre os ACS possibilitariam vocalizar e externalizar sensações e sentimentos acerca da vida e do trabalho, o que poderia auxiliar os ACS no enfrentamento de situações cotidianas tidas por eles como de difícil solução individual.

Veja-se que o trabalho, no âmbito da saúde, e particularmente na equipe de saúde, pode ser definido "como uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar os processos grupais. A equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente des-estruturação/re-

estruturação" (Fortuna *et al.*, 2005). O trabalho em equipe pressupõe construção que deveria ser facilitada e considerada como mérito pelas estruturas que realizam a supervisão das equipes de PSF.

Nessa linha de interpretação, momentos em que o ACS pode verbalizar problemas de convivência entre os pares foram apontados como protetores contra o que o ACS denomina como '*enlouquecimento*'.

Ora, tal sensação a que o ACS refere-se parece ser fruto da lógica de relações que se instauram no processo de trabalho. Para Codo (1988), "Do ponto de vista do trabalhador, deve fazer bem o reconhecimento de que sua 'loucura' não é tão sua como parecia, é produto das suas condições objetivas de vida, ameaça de sua classe profissional, portanto, pelo menos não haveria mais razões para escondê-la do mundo. Abre-se a possibilidade para reivindicações por um ambiente de trabalho psicologicamente sadio, arquitetam-se modos de aferição dos mesmos, enfim, reduz-se a impotência perante o estresse e a tensão no trabalho."

O último tipo de dificuldade de relacionamento a ser discutido é o que se dá na interação entre o agente comunitário e a população. Durante as reuniões de grupo focal, os ACS referiram que o entendimento equivocado e a falta de compreensão, por parte da população, da forma como se processa o trabalho dos ACS, principalmente no que diz respeito ao seu local de atuação, seu papel na comunidade, sua disponibilidade e sua privacidade geram sentimentos negativos aos trabalhadores:

"Outro dia, nós távamos todos dentro do ônibus, pra vir num curso... a gente ouviu o comentário: '-Nossa! Esse é o trabalho que eu queria pra mim, os agentes de saúde todos passeando dentro do nosso horário de serviço' (...) A gente se sente mal, mas você vai brigar com um ônibus? Uma população inteira? (...) Eu também sou, antes de mais nada, ser humano!" ***(A)***

Observa-se, no excerto, um ponto que foi alvo de discussão anteriormente, que é a demonstração, pela população, de que o ACS é um profissional que deve apresentar disponibilidade integral, bem como a falta de informação de como se processa o seu trabalho, visto que demonstra

desconhecimento de que o trabalhador necessita ir para além do território no cumprimento de suas atribuições. Verifica-se aqui, que pelo fato de terem o local de trabalho como o local de moradia, os ACS podem sofrer diariamente com a falta de liberdade e privacidade, fato que foi classificado como gerador de sobrecarga de trabalho aos ACS estudados por Wai (2007) e como gerador de estresse nos ACS participantes do estudo anterior (Cheavegatti e Bertolozzi, 2006).

Ademais, observa-se no excerto que o cadastrado teria se utilizado de tom jocoso ao fazer referência ao trabalho dos ACS. Nunes *et al.* (2002) recordam que o agente comunitário ocupa posição de poder na comunidade, o que pode ser positiva, ou negativamente, interpretado, a depender do tipo de aliança e relação entre este e o cadastrado.

Em estudo sobre as cargas de trabalho a que estavam expostos trabalhadores de enfermagem que atuavam em UBS do Município de Juiz de Fora, Greco (2001) verificou que estavam presentes: a insatisfação por parte dos usuários e a falta de privacidade, entre outras. Observa-se que, embora em realidades e profissões distintas, o perfil de cargas psíquicas conferido aos trabalhadores de UBS, guarda semelhança.

Os ACS participantes do estudo de Lunardelo (2004) apontaram a dificuldade de imposição de limites à população, bem como a ausência dessa atitude, por parte de alguns ACS, como relacionada à sensação de angústia.

Entretanto, apesar das dificuldades enfrentadas na convivência com a população, verificou-se, por ocasião das reuniões de grupo focal, que a realização de trabalho no território era apreendida pelos ACS como geradora de sensações positivas, enquanto o ambiente da UBS e a forma como se processava o trabalho em seu interior, eram interpretados como geradores de estresse:

"(...) *na rua, sabe, é 10! Eu só não estou suportando, ultimamente, estar dentro da Unidade! Lá, me estressa muito, as coisas injustas que assim, a gente tá vivendo..."* ***(B)***

A queixa de desestímulo para o desenvolvimento do trabalho na UBS, chegando ao ponto de '*não suportar'* trabalhar em seu interior, pode comprometer a qualidade da assistência prestada à população, visto que a visita domiciliária guarda fim em si mesma, mas repercute em atividades desenvolvidas no interior da UBS, conjuntamente à equipe de saúde. Além disso, cabe ao ACS o desenvolvimento de outras tantas atividades além daquelas desenvolvidas no território. Entretanto, durante a realização das reuniões de grupo focal, foi tema corrente a realização de diversas atividades burocráticas, as quais os ACS acreditavam não ser de sua competência, a exemplo da montagem de prontuário. Tais atividades, tidas como "extras" pelos ACS, são, em geral, subvalorizadas pelo conjunto da equipe e podem contribuir para desestimular o trabalhador em seu cotidiano.

Após a análise das dos nexos entre os processos de desgaste e o adoecimento, apresentar-se-ão os nexos apreendidos como fortalecedores no processo saúde-doença. Nestes, os trabalhadores apontaram o que se verifica a seguir:

"*Coluna com problema anterior à função, melhorou com a necessidade de caminhar."* **(5)**

"Diabética, hipertensa controlada, graças aos grupos que acompanho". **(7)**

Verifica-se nas falas dessas ACS, a menção de que processos que diziam respeito a problemas de coluna, diabetes e hipertensão haviam apresentado melhora após o início da atividade como agente comunitário. Pode-se observar que estes são caracterizados por problemas crônicos de saúde, para os quais, parte do tratamento e controle deve partir do desenvolvimento de atividades físicas e da mudança de hábitos de vida. Aparentemente, ao iniciar a atividade como ACS, ocorreu a mudança de hábitos necessária, sendo que no primeiro caso, ela é inerente à profissão (caminhar) e no segundo caso, o conhecimento adquirido através da participação em grupos de promoção à saúde e prevenção de agravos foi

determinante para a mudança de atitudes frente aos problemas que poderiam ser gerados pela hipertensão e diabetes.

5.7 Propostas apresentadas pelos ACS para aprimorar o cotidiano de trabalho

No decorrer das reuniões de grupo focal, conforme eram discutidos os temas das mesmas, os agentes comunitários de saúde teceram expuseram formas de enfrentamento, algumas delas já praticadas pelos próprios ACS ou implementadas nas unidades de saúde onde trabalhavam, como estratégias que poderiam facilitar e melhorar o trabalho cotidiano em suas diversas facetas.

Ademais destas, outras, que ainda não haviam sido implantadas nos serviços emergiram do plano das idéias. Para melhor entendimento, essas propostas foram divididas em dois grupos: o primeiro, das propostas relativas à esfera singular e, o segundo, das propostas relativas às esferas particular e estrutural.

Observa-se que as propostas referentes à esfera singular dizem respeito à forma de realização e às condições para a efetivação do trabalho cotidiano, como o que seria dever do ACS, na sua busca pela cidadania e por melhores condições de trabalho, expressas em ações, que dizem respeito à sua postura frente às situações do cotidiano e ao protagonismo na defesa da categoria profissional.

Em relação às propostas no âmbito das esferas particular e estrutural, estas referem-se à implementação e ao gerenciamento de políticas públicas de saúde e de trabalho. Dessa forma, os ACS reiteraram ações em desenvolvimento, que crêem não ocorrerem de forma a melhorar as condições de sua categoria profissional.

Essas propostas, sinteticamente, partiram da necessidade de reorganização da assistência, reavaliação do PSF, supervisão do trabalho, capacitação dos profissionais da saúde para o trabalho em equipe, criação de

rede de apoio, questões salariais, seleção, capacitação e valorização do trabalho do ACS, conforme verificam-se a seguir:

Referentes à esfera singular: o que cabe aos ACS

- Participar ativamente da construção e replanejamento do PSF. **(B, O)**
- Lutar pela categoria e por melhores salários **(B, O)**
- No cotidiano, quando não em horário de trabalho, o ACS deve se ater a responder questões genéricas aos cadastrados, de forma a não confundir o espaço público e institucional com o espaço privado **(O)**
- Buscar separar os momentos em que atua como ACS e como membro da comunidade **(Z)**
- Procurar não realizar tarefas além da função própria, para não gerar atrito entre ACS e cadastrado, e para não diminuir a autonomia dos usuários **(L, N)**
- Promover a autonomia dos cadastrados, incentivando-os a preservar a saúde, optar e buscar seus direitos junto às instâncias competentes (Gerência da UBS, Ouvidoria do SUS) **(D, N)**

Referentes às esferas particular e estrutural: equipe do PSF, gerência da UBS, implementação e gerenciamento de políticas públicas de saúde

- Estabelecer metas segundo o número real de usuários do PSF e não o de cadastrados **(Y)**
- Apoio psicológico ao ACS para que possa aprender a lidar com as dificuldades que surgem no cotidiano **(A, D)**
- Possibilitar diferentes formas de fortalecimento do ACS (incluindo atividades físicas), segundo o perfil de cada profissional **(L)**
- Promover união entre equipes e respaldo por parte da gerência **(O)**

- Promover espaços de supervisão privilegiando-se o diálogo **(O)**

- Possibilitar espaço e momentos para que os ACS (ou toda a equipe) reúnam-se para a discussão de questões relativas ao trabalho e ao relacionamento entre os próprios ACS. Isto permitiria a verbalização de sentimentos e insatisfação junto aos outros membros da equipe **(A, O, P, Z)**

- Promover e permitir a participação em eventos sociais envolvendo os trabalhadores da UBS **(O, P)**

- Graduandos que apóiem (e não obstaculizem) a realização do trabalho dos ACS **(L)**

- Tornar o salário do ACS compatível com as atividades que executa, suas responsabilidades e riscos aos quais está exposto **(P)**

- Maior rigor na seleção dos ACS, com análise de perfil psicológico para adequação à função que realizará (entrevistas pelos profissionais da equipe) e capacitação mais aprimorada dos selecionados **(D, N, Z)**

- Valorização do trabalho do ACS **(N, Z, Y) e r**espeito no relacionamento com os ACS **(B, N)**

- Piso salarial para a categoria **(O, Z)**

- Promover melhor relacionamento entre funcionários de UBS mistas **(B)**

- Profissionalizar a relação do ACS com a UBS, de forma a compreendê-la como local de trabalho e não como espaço doméstico **(D, N)**

- Estudo sobre a viabilidade do PSF no Município de São Paulo, pois pode ser alternativa para regiões com outros tipos de perfil de necessidades de saúde **(P)**

Considerações Finais

6. Considerações finais

O presente estudo buscou, a partir da ótica dos agentes comunitários de saúde, identificar processos no âmbito do trabalho e da vida que se constituíam como cargas de trabalho, além de identificar potenciais de fortalecimento e desgaste. Visava-se verificar se tais sujeitos estabeleciam nexos entre esses processos e o processo saúde-doença.

As cargas de trabalho são inerentes ao processo de trabalho, de tal maneira, que é impossível eliminá-las. Dessa forma, são necessárias ações para apoiar a diminuição do desgaste dos trabalhadores e fortalecê-los para o enfrentamento de situações. Tem-se como horizonte maior que os agentes comunitários de saúde compreendam a forma como se produzem os processos de desgaste e que possam fortalecer-se para desenvolver o trabalho minimizando, tanto quanto possível, danos a seu corpo biopsíquico.

Geralmente, os trabalhadores da saúde estão expostos a variados tipos de cargas de trabalho, mostrando-se predominantes as de ordem biológica e psíquica, dada a natureza do trabalho desenvolvido. Mesmo assim, no presente estudo, as primeiras cargas mencionadas foram menos prevalentes que as psíquicas. Estas se evidenciaram, sobretudo, nas interações entre os agentes comunitários e a equipe de saúde, assim como devido em decorrência de pressões de várias ordens, advindas do cotidiano de trabalho, em relação às quais os ACS mostraram-se impotentes para o enfrentamento da grande maioria desse tipo de situações. Isto porque, conforme se verificou na apresentação dos achados do estudo, mesmo que em algumas Unidades de Saúde valorize-se a atuação dos ACS, seu espaço para vocalização e viabilização de propostas é aparentemente restrito.

Os agentes comunitários demonstraram crer na relação entre o adoecimento e o desgaste conseqüentes à forma de viver e à forma como transcorria seu trabalho. Na singularidade da vida de cada um dos sujeitos tais processos mostram-se particulares, entretanto, quando se considera a categoria dos agentes comunitários, verifica-se um determinado perfil de adoecimento e desgaste. É necessário destacar que o presente estudo

trabalhou com um grupo de agentes comunitários de saúde, sendo assim, seus resultados não devem ser generalizados, sem apropriar-se de modos específicos de vida e de trabalho que se relacionam ao território estudado, assim como à instância institucional que se refere à Unidade de Saúde cenário de estudo.

De modo geral, a indefinição quanto às atribuições dos agentes comunitários e o fato de suas ações muitas vezes encontrarem-se na fronteira da divisão do trabalho com outros profissionais que compõem a equipe de saúde, faz com que se sintam desvalorizados e com a auto-estima diminuída em relação ao seu trabalho, o que dá origem a sentimentos negativos, que se somam ao desgaste decorrente da vivência de outras situações devidas tanto ao trabalho, como à vida.

Assim, mostrou-se patente a necessidade de intervir nesse processo de trabalho, buscando apoiar esses trabalhadores que tem se mostrado importantes no desenvolvimento da estratégia Saúde da Família e na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Tais intervenções devem necessariamente incluir a participação dos agentes comunitários, pois, caso isso não seja levado em consideração, corre-se o risco destes não as reconhecerem como alternativas para melhora de seu trabalho, ou implementar intervenções alheias a suas necessidades. Essa ponderação não se restringe aos agentes comunitários de saúde, mas a qualquer trabalhador, que, ao não se sentir ouvido, pode vir a não acatar propostas, admitindo-as como impositivas e verticalizadas.

Observou-se que os agentes comunitários apresentaram-se bastante interessados em dar visibilidade ao seu trabalho, assim como em divulgar sua importância, junto à comunidade e aos demais trabalhadores da saúde, bem como mostraram-se dispostos e muito estimulados em participar de espaços que possibilitem tematizar sobre tal profissão.

No sentido de contribuir para a modificação dos processos de desgaste aos quais estão expostos os ACS, mostra-se necessário, como bem foi explicitado nas propostas aventadas pelos trabalhadores, que a seleção, a

capacitação e o salário-base sejam eqüitativos, pois isso possibilitaria seu fortalecimento como categoria profissional.

Além disso, considerando-se a implementação do PSF, que se coloca como estratégia de reorientação do modelo assistencial defendido pelo SUS, mostrou-se evidente a necessidade de intervenções junto a outros trabalhadores de saúde, com o intuito que percebam o agente comunitário como profissional dotado de saber específico, cuja profissão, embora recente, é de suma importância, mesmo considerando-se o Município de São Paulo. Isto porque a cidade de São Paulo integra um mosaico heterogêneo de situações de ocupação territorial, assim como de relações técnicas e sociais que acabam por comportar esse profissional em espaços cujas famílias dependem de ações específicas de saúde para as quais os agentes comunitários têm contribuído.

Os achados do presente estudo revelaram que os ACS merecem respeito e reconhecimento por seu trabalho, na medida em que apresentaram particularidades de compreensão a respeito das necessidades de saúde das famílias, assim como de formas para lidar com as mesmas que, muito provavelmente os demais profissionais da saúde não teriam meios e instrumentos suficientes e apropriados, e tampouco, lógica de pensar as necessidades, pois não convivem intimamente com a realidade onde estão radicadas as determinações da saúde-doença.

Outro fato que cabe ser apontado é a necessidade, sempre presente, de que os gestores defendam e concretizem os princípios que regem o Sistema Único de Saúde. Isto significa ampliar a cobertura de assistência, mas ao mesmo tempo, dotar as ações de saúde da qualidade necessária para que as intervenções não se reduzam a estatísticas que pouco contribuem para modificar os perfis epidemiológicos.

Nesse sentido, cabe aos gestores, também, zelar para que os processos de trabalho se concretizem da forma mais saudável possível, pois é no processo de produção da saúde, que se define a arquitetura dos projetos de intervenção em saúde. E, não se pode esquecer, que tal processo integra o

ambiente físico, assim como processos interativos que envolvem sujeitos dotados de desejos, de afetos, de potencialidades, de projetos, assim como de dificuldades no exercício da vida.

Advoga-se, portanto, que a atuação do agente comunitário não se limite ao quantitativo de visitas domiciliárias que devem ser cumpridas em função de metas estabelecidas sem sua participação, posto que esta se colocou como uma das mais presentes questões no desenvolvimento da investigação. Os achados do estudo mostram que a produtividade que se restringe à lógica anteriormente mencionada não contribui para modificar as desigualdades e as necessidades apresentadas pela maior parcela da população.

Há que se valer do potencial dos agentes comunitários na construção de um projeto para a transformação das necessidades de saúde da coletividade. A contribuição de tais sujeitos, que operam como mediadores entre a população e a Unidade Básica de Saúde, é fundamental, desde que os processos de trabalho sejam compartilhados e horizontalizados.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

Antunes R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.

Bahia. Secretaria de Saúde. Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Cartilha. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2007.

Balon R. Mood, anxiety, and physical illness: Body and mind, or mind and body? Depression and Anxiety. 2006; v.23: 377-87.

Barboza TAV, Chiesa AM. Trabalho em equipe no PSF: uma intervenção grupal com os trabalhadores. [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo: EEUSP; 2004.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado ("DOTS") no município de São Paulo-SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

Brasil. Lei nº 10.570 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jul. 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Breilh J. Nuevos conceptos e técnicas de investigación. Guia pedagógico para um taller de metodología (Epidemiología del trabajo). 2.ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría em salud (CEAS); 1995.

Breilh J, Granda E. Saúde na sociedade. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO; 1986.

Camelo SHH. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 200.

Castro JL *et al*. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. In: Castro JL (org). Gestão do Trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

Cheavegatti D, Bertolozzi MR. Identificação de Cargas de Trabalho no Cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde [relatório de Iniciação Científica]. São Paulo: PIBIC/CNPq/Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Cheavegatti D, Bertolozzi MR. Cargas de trabalho em agentes comunitários de saúde: estudo comparativo entre duas Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. O Mundo da Saúde. 2004. 28(1):43-48.

Codo W. que é alienação? São Paulo: Brasiliense; 1988

Coordenação Nacional de DST e AIDS. Legislação sobre DST e AIDS no Brasil. [online] Disponível em: http://www.aids.gov.br (10 mar 2003).

Crevelim MA. A Participação da Comunidade no Programa Saúde da Família na Perspectiva do Trabalho em Equipe [dissertação]. Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo sobre a psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez; 1992.

Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Rev Gaúcha de Enferm. 1999; 20(1).

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Nota Técnica. N.33, Setembro de 2006. [online] Disponível em: http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf (07 fev 2008)

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Salário Mínimo Necessário [online] Disponível em: http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminjan08.xml (07 fev 2008)

Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p.177-86

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(2)

Greco RM. O trabalho de enfermagem na rede básica de saúde de Juiz de Fora: condições favoráveis e desfavoráveis [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Heller A. Sociologia De La Vida Cotidiana. 3.ed. Barcelona: Peninsula; 1991

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n.19. Rio de Janeiro; 2006

Kluthcovsky ACGC. Qualidade de Vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005

Luciano AR. PSF/QUALIS: Programa de Saúde da Família/ Qualidade Integral em Saúde. São Paulo: CEDEC; 2002 (Série didática).

Lukács G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. São Paulo: Ciências Humanas, n.4; 1978.

Lunardelo, SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Marmot M. Dignity and Inequality. Lancet. 2004, 364 (9439):1019-21.

Marx C. O capital. São Paulo: Abril Cultural, v.1, livro 1; 1983.

Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Atenção Básica e a saúde da Família [online] disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php (07 fev 2008).

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: princípios básicos. [online] Brasília (DF); [s.d.] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15922 (07 fev 2008)

Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família; 2006. Disponível em: http://64.233.169.104/search?q=cache:q-pOHXlfDvEJ:dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php+cobertura+PSF&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br (07 fev 2008)

Moise C. Trabajo, desempleo e impacto subjetivo. In: Cortazzo I, Moise C (orgs). Estado, salud y desocupación: de la vulnerabilidad a la exclusión. Buenos Aires: Paidós; 2007.p.121-47.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2002; 18(6):1639-46.

Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G,Chiattella M, Re A. Ambiente de Trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. Acta Scientiarium, Health Sciences. 2003; 25(1):95-101.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.

PNAD. PNAD 2006 – Primeiras análises. Demografia, educação, trabalho, previdência, desigualdade de renda e pobreza. Brasília/Rio de Janeiro: Ipea; 2006.

Rigotto RM. Investigando a relação entre saúde e trabalho. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p.162-76.

Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidade e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: Agente institucional ou agente da comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Silva, JA; Dalmaso, ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

Silva, JA; Dalmaso, ASW. O debate continua... Inteface – Comunic, Saúde, Educ. 2002(b); 6(10):75-94

Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. [periódico online] 2002; 2 (1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> (10 mar. 2005).

Silva RC, Vilela RAG. A saúde da família na mão das “mulheres maravilhas”: trabalho e sofrimento das Agentes Comunitárias de Saúde sob a ótica da ergonomia [monografia]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba; 2006.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Souza MF. Agentes comunitários de Saúde: choque de povo. 2.ed.rev. São Paulo: Hucitec; 2003

Teixeira R. Estudo sobre a técnica e a saúde [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

Teodósio SSCS *et al*. A Formação dos Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência em construção. In: Castro JL (org). Gestão do Trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal Observatório RH NESC/UFRN; 2007

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez/Editores Associados; 1986. p.14

Trapé CA. A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Vieira MAC, Bezerra EMR, Rosa CMM. População de rua: quem é, como vive, como é vista. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2004

Wai, MFP. O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Anexos

ANEXO I

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

São Paulo, 18 de maio de 2007.
PARECER Nº 120 /07 – CEP/SMS
CAAE: 0003.0.196.000-07

PARA
DENISE CHEAVEGATTI
Sr(a) Pesquisador(a)

PARECER CONSUBSTANCIADO

I - Identificação
Título do projeto: "Cargas de trabalho e adoecimento de agentes comunitários de saúde"
Pesquisador responsável: Denise Cheavegatti

II – Objetivos.
- Analisar os nexos entre as cargas de trabalho e o processo saúde-doença manifestados pelos ACS;
- Propor estratégias de fortalecimento dos ACS para o enfrentamento dos potenciais de desgaste do trabalho e para aprimorar os potenciais de fortalecimento em relação ao desgaste.
. Identificar como o serviço de saúde busca satisfazer as necessidades de saúde mental.

III - Sumário do Projeto:
Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestrado na escola de Enfermagem da USP, já aprovado por aquele comitê. Em estudos anteriores (Chiavenattti e Bertolozzi, 2004; 2006) foram analisados 149 ACS da coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. Neste estudo contar-se-á com a participação de 12 ACS de cada uma das 10 UBS da região, para realização de grupos focais. Para tanto, serão sorteados 2 grupos de 12 ACS para o caso de necessidade de substituição.
Os encontros dos grupos focais ocorrerão em local e data de acordo com a disponibilidade dos participantes, serão registrados por meio de gravador de áudio, para posterior transcrição. Foi apresentada estrutura do grupo focal e instrumento norteador da discussão.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:
A estrutura do protocolo está adequada. O trabalho não trará riscos e a autora comprometeu-se ao sigilo das informações e resultados, bem como ao retorno dos resultados aos participantes da pesquisa.
1. Retorno de benefícios: o trabalho será importante para a Secretaria Municipal de Saúde e a discussão possibilitará a elaboração de propostas de intervenção.
2. O termo de consentimento e forma de obtê-lo estão adequados. A linguagem está adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, foi feita descrição suficiente dos procedimentos, e o sigilo foi garantido.

Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3218-4043
e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

PARECER Nº 120 /07 – CEP/SMS
CAAE: 0003.0.196.000-07

3. Informação adequada quanto ao orçamento. A pesquisa não trará nenhum gasto para a Secretaria. A pesquisadora recebe bolsa da CAPES e todas as despesas serão absorvidas por este recurso.

V – Parecer do CEP: APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente

Profa. Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

ANEXO II

Parecer do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 14 de janeiro de 2005.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Maria Rita Bertolozzi

Ref.: Processo nº 409/2004/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "CARGAS DE TRABALHO NO COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DUAS COORDENADORIAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Denise Cheavegatti, sou enfermeira e estudante de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na área de Enfermagem em Saúde Coletiva e estou sob orientação da Profª. Dra. Maria Rita Bertolozzi. Estamos realizando um estudo que pretende abordar alguns aspectos do trabalho e da saúde dos agentes comunitários de saúde, com a finalidade de, com o auxílio de vocês, analisar as relações entre o trabalho e a saúde e propor medidas para melhorar o seu trabalho no dia-a-dia.

Esse projeto recebeu parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

Para realizar esse trabalho precisamos de sua colaboração e lhe convidamos a participar de 3 encontros que serão realizados em grupos e contarão com a presença de agentes comunitários de outras unidades de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. Os encontros em grupo serão gravados, para que eu possa analisar os dados posteriormente. O local para esses encontros será de fácil acesso, definido após sugestões dadas pelos agentes comunitários e pelos gerentes das Unidades Básicas. As datas dos encontros serão definidas da mesma forma, devendo ocorrer um encontro por semana, em três semanas consecutivas. Não haverá nenhum gasto financeiro devido à sua participação.

Esclarecemos que a participação é voluntária e as informações fornecidas serão mantidas sob sigilo. Seus dados pessoais, bem como a gravação dos encontros, não serão utilizados para outra finalidade, além deste estudo e não implicarão em quaisquer prejuízos no seu trabalho. Esclarecemos, também, que o(a) senhor(a) poderá desistir de participar em qualquer momento, mesmo após o início dos encontros em grupo e, caso isso ocorra, não haverá nenhum problema para o(a) senhor(a).

O trabalho final será divulgado entre os agentes comunitários de saúde das UBS participantes da pesquisa e pretendemos apresentá-lo posteriormente em eventos e periódicos da área de saúde, na perspectiva de aumentar o conhecimento com relação ao trabalho realizado por sua categoria.

Você gostaria de participar?

Para qualquer informação a respeito de aspectos éticos desse projeto e esclarecimentos você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: (11) 9468-9243 e 2157-7115; com minha orientadora pelo: (11) 3061-7652; com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, pelo 3218-4043.

São Paulo, ___ de _____ de 2007 _____

Nome do entrevistado

_____ _____

Maria Rita Bertolozzi Denise Cheavegatti

ANEXO IV

Projeto: "Cargas de Trabalho e Adoecimento de Agentes Comunitários de Saúde"

1. Idade: .....(anos)

2. Sexo: 2.1. Feminino ( ) 2.2. Masculino ( )

3. Período de tempo que exerce a função de Agente Comunitário de Saúde: .....(anos/meses)

4. Qual o número de famílias que você tem sob sua responsabilidade?.....

5. É chefe de família? 5.1. Sim ( ) 5.2. Não ( )

6. Qual é o número de pessoas que vivem na mesma casa que você?.....(incluindo você)

7. Quanto é a renda total de sua família? (Soma dos salários de todos os moradores da casa)
   7.1. Até 2 SM (até R$760,00) ( )
   7.2. Mais de 2 até 3 SM (mais de R$760,00 até R$1.140,00 ( )
   7.3. Mais de 3 até 4 SM (mais de R$1.140,00 até R$1.520,00 ( )
   7.4. Mais de 4 até 5 SM (mais de R$1.520,00 até R$1.900 ( )
   7.5. Mais de 5 SM (mais de R$1.900,00) ( )

8. Escolaridade:
   8.1. 1° grau completo
   8.2. 2° grau incompleto ( ) cursando ( )
   8.3. 2° grau completo ( ) curso técnico?.....(nome do curso)
   8.4. 3° grau incompleto ( ) cursando ( ).....(nome do curso)
   8.5. 3° grau completo ( ).....(nome do curso)

9. A casa onde você mora é de:
   9.1. alvenaria ( )
   9.2. madeira ( )
   9.3. outros ( ).....(tipo de material)

10. A qual serviço de saúde recorre com maior freqüência?
    10.1. Unidade Básica de Saúde/ SUS ( )
    10.2. Hospital público ( )
    10.3. Plano de saúde ( )
    10.4. Outro ( ) Qual?.....

11. Você teve outros empregos antes de ser ACS? O que você fazia? .....
    .....
    .....

12. Que outras atividades você realiza, além de ser ACS? (relacionadas a afazeres domésticos, outro tipo de trabalho, lazer, participação em grupos ou associações, etc.)
    .....
    .....
    .....
    .....
    .....

ANEXO V

QUESTÕES NORTEADORAS

1º dia

Para você, o que é trabalhar como ACS? O que significa ter um emprego?

Descrever como ocorre uma semana "típica" de trabalho. (Para facilitar o seu pensamento, imagine que você está recebendo um novo ACS em sua equipe. Como você contaria para ele a sua rotina de trabalho?)

Como são as relações entre vocês e os demais trabalhadores da UBS? E com a comunidade?

(O foco da discussão deve incidir sobre mercado de trabalho, processo de trabalho e cargas de trabalho)

2º dia

A que cargas de trabalho consideram-se expostos?

Essas situações exercem (ou não) alguma influência sobre vocês? Como?

(Questões realizadas após recapitulação do ocorrido no primeiro encontro e apresentação das cargas de trabalho que foram obtidas em estudos anteriores. O foco da discussão deverá incidir sobre cargas de trabalho e o processo saúde-doença).

3º dia

O que vocês entendem por ter saúde? Dêem notas para a própria saúde, de 0 a 5.

O que vocês consideram que dificulta a vida e o trabalho de vocês? O que vocês fazem para enfrentar as dificuldades no dia-a-dia do trabalho?

O que vocês consideram que facilita a vida e o trabalho de vocês? O que vocês acreditam que poderia melhorar a saúde e o trabalho de vocês?

(O foco da discussão deverá incidir sobre os potenciais de fortalecimento e desgaste na vida e no trabalho. Além disso, deve permitir a elaboração e sistematização de propostas de enfrentamento do cotidiano)

ANEXO VI

Atribuições básicas dos agentes comunitários de saúde (Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2003):

- o cadastramento das famílias e sua atualização constante;

- a participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil socioeconômico da comunidade, na identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, no levantamento das condições de saneamento básico e no mapeamento da sua área de abrangência;

- o acompanhamento das microáreas de risco;

- a programação das visitas domiciliárias, e atenção especial à famílias que apresentem situação de risco;

- a vigilância de crianças menores de 1 ano, consideradas em situação de risco e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;

- a promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas que facilitem o seu acesso;

- a promoção do aleitamento materno exclusivo;

- o monitoramento das crianças que apresentem diarréia e a promoção da reidratação oral;

- o monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e o encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;

- o monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;

- a orientação de adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;

- a identificação e o encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;

- a realização de visitas domiciliárias periódicas para o monitoramento das gestantes, priorizando a atenção no desenvolvimento da gestação;

- o seguimento do pré-natal, detectando sinais e sintomas de risco na gestação, além do incentivo e preparo para o aleitamento materno e parto;

- o monitoramento dos recém-nascidos e das puérperas;

- a realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para a realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência;

- a realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar e climatério;

- a realização de atividades de educação nutricional para as famílias e a comunidade;

- a realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;

- a realização de ações educativas para a preservação do meio ambiente;

- a busca ativa de doenças infecto-contagiosas;

- a orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;

- a estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;

- o apoio a inquéritos epidemiológicos ou à investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;

- a supervisão de pessoas em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;

- a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;

- a identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;

- o incentivo à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;

- a realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para a abordagem dos direitos humanos;

- e o desenvolvimento de outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.