

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**O trabalho do Agente Comunitário de
Saúde na Estratégia Saúde da Família:
fatores de sobrecarga e mecanismos de
enfrentamento**

Mey Fan Porfírio Wai

Ribeirão Preto
2007

Mey Fan Porfírio Wai

**O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na
Estratégia Saúde da Família: fatores de
sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Wai, Mey Fan Porfrio

O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. Ribeirão Preto, 2007.

137 f.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica – Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde Mental.

Orientadora: Carvalho, Ana Maria Pimenta.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Estresse. 3. Saúde Mental. 4. Saúde da Família

Mey Fan Porfírio Wai

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo como requisito para a
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem Psiquiátrica

Área de Concentração:
Enfermagem Psiquiátrica

Aprovada em ____/____/2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Dedico meu trabalho Aos meus pais, **Wai Man Bun** e **Antonia** pelo amor, exemplo de vida e por acreditarem nos meus sonhos.*

Aos meus irmãos **Mey Ling** e **Carlos** por compartilhar de todos os momentos de minha vida.

Obrigada, eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, Pai glorioso e Ao Senhor **Jesus**

Pela vida e bênçãos concedidas até hoje para que eu pudesse chegar até este momento.

A minha **família**

Agradecimento especiais aos meus pais amados **Wai Man Bun** e **Antonia**, a minha querida irmã **Mey Ling**, companheira de vida, ao **Carlos Augusto**, meu irmão, que veio para completar a nossa família. As minhas tias **Bete** e **Edna**. Saibam que me sinto muito amada, incentivada e apoiada por vocês, sempre recompondo minhas forças em momentos difíceis. Obrigada pelo amor de vocês, pelas alegrias, aprendizados e compreensão por muitas vezes estar distante de vocês para poder finalizar este trabalho.

A **Ana Maria Pimenta Carvalho**

Pela confiança, amizade e orientação. Obrigada por me acompanhar desde da graduação, acreditando, incentivando e me acalmando nos momentos de dúvidas e angústias. Tenho prazer em ter aprendido tanto com você.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde**

Dos municípios de Jardinópolis e de São José Rio Preto, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A **Psiquiatria do HC – FMRP**

Meu local de trabalho, em especial a diretora de serviços **Josefina** e a enfermeira chefe **Ana Maria Durão** por me incentivarem e disponibilizarem horários para que este trabalho fosse realizado. Agradeço também meus colegas de trabalho pelo apoio e paciência: **Andréia, Sandra Tofoli, Juliana, Evaldo, Camila, Welhton, Rubia** e **Ronildo**.

As minhas amigas **Mary** e **Janaína**

Por compartilhar vários momentos da minha vida, sejam eles tristes, felizes e importantes como este. A amizade de vocês é muito importante para mim.

Ao **Paulo Eduardo, Iraci, Vinícius e Fabiana,**

Obrigada pelo incentivo, apoio e por serem meu suporte em Ribeirão Preto nos momentos em que estive longe de minha família. Tenho um carinho muito grande por vocês.

A **Edilaine**

Pelo apoio e pela ajuda nas traduções do resumo.

Ao professor Dr. **Pedro Fredemir Palha**

Pelas valiosas contribuições na qualificação.

As professoras Dr^a. **Renata Curi Labate** e Dr^a. **Silvia Henrique Camelo**

Pela disponibilidade em atender nossa solicitação e pelas contribuições que vieram enriquecer este trabalho.

As **coordenadorias do Programa de Saúde da Família** dos municípios de Jardinópolis e São José Rio Preto.

A **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**, incluídos aqui agradecimentos ao pessoal do **DEPCH (Edilene e Adriana)**, do **CEP**, e da **sala de leitura Glête de Alcantra (Lourdes e Bernadete)**.

“ Todos os dias Deus nos dá, junto com o sol, um momento em que é possível mudar tudo o que nos deixa infelizes. Todos os dias procuramos fingir que não percebemos este momento, que esta oportunidade não existe, que hoje é igual a ontem e será igual a amanhã. Mas quem presta atenção ao seu dia, descobre o instante mágico. Este momento existe: um momento em que toda a força das estrelas passa por nós e nos permite fazer milagres. Esse instante mágico de cada dia nos ajuda a mudar, nos incentiva a ir em busca de nossos sonhos.”

Paulo Coelho

RESUMO

WAI, M. F. P. – **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento.** Ribeirão Preto; 2007. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem sua inserção recente nas práticas de saúde, com a profissão sendo reconhecida legalmente em 2002. Sua atuação se dá no contexto do Sistema Único de Saúde, constituindo-se em novas oportunidades no mercado de trabalho. Como pré-requisitos para o exercício da profissão, a lei estabelece: "I – residir na área da comunidade que atuar; II – haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para formação de ACS; III – haver concluído o ensino fundamental". O ACS deve trabalhar com a adscrição de famílias, tendo sob sua responsabilidade no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, em base geográfica definida. O ACS, deve ainda desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor. A complexidade da atuação do ACS sugere que, como profissional da saúde, esteja exposto a situações que o colocam sob estresse. Este estudo propôs identificar através das percepções que os ACS têm sobre seu trabalho, eventos que provocam sobrecarga e como lidam com eles. Utilizou-se o modelo de Lazarus e Folkman de estresse e enfrentamento. Para operacionalizá-los recorreu-se à produção de conhecimento na área quanto aos dois aspectos abordados. Este é um estudo descritivo, qualitativo. Participaram do estudo 16 ACS de equipes de Saúde da Família de São José Rio Preto- SP, e os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas. A análise centrou-se na identificação das situações consideradas pelos ACS como estressoras e dos mecanismos que utilizam para lidar com eles. As situações estressoras foram agrupadas em categorias: condições de trabalho; questões salariais; gênero; interface família-trabalho e carga emocional. Os mecanismos de enfrentamento

foram agrupados em categorias focalizados na emoção e no problema. Considerando as diversas atividades desenvolvidas pelos ACS e a dinâmica da realidade sanitária, acredita-se que os relatos dos sujeitos participantes desta pesquisa, discutidos à luz de outros estudos, contribuam para o planejamento de suas atividades, preparo e capacitação dos futuros profissionais de forma a fortalecê-los para o exercício de seu trabalho.

Descritores: Agente Comunitário de Saúde; Estresse; Saúde Mental; Saúde da Família.

ABSTRACT

WAI, M. F. P. - **The Health Community Agent's work: stressful factors and coping mechanisms**, Ribeirão Preto, 2007. (Dissertation to obtain Master Degree – Nursing's College of Ribeirão Preto – USP)

The community health agent (ACS) is a health worker recently included in health workers staff. This profession was legally created in 2002 and it is part of the Brazilian Unique Health System. This health professional is expected to live in the same community he will work; have completed a training course and the elementary school. Their activities include the register of families and having under responsibility 150 families or about 750 persons, in a limited geographic area. They also achieve activities that aim disease prevention and health promotion by means of home visits and educative actions directed to individuals and community, under supervision of a nurse. The complexity of the agents' activities suggests that they are exposed to stressing situations. So the aim of this work is to identify by ACS' s perceptions of stressors at work and coping mechanisms. The theoretical model was that of Lazarus and Folkman that focuses stress and coping. To operationalize the model other works relating to this one were accessed. This is a descriptive and qualitative research. Sixteen community health agents from ESF teams in a inner city of São Paulo state were interviewed. The interviews were recorded and transcribed. The analysis focused the work events the agents perceived as stressors and also the coping mechanisms they used to face them. The stressful events were grouped into categories: work conditions; salary; gender; relationship family and work e emotional burden. The coping mechanisms were grouped into emotional oriented and problem oriented. Considering the wide range of activities the health community workers achieve, the dynamic of sanitary situation and how they understand them, it is possible that these results in comparison to others may contribute to health agents educative programs including some emotional support as well.

Descriptors: Health Community Agent; Stress; Health Mental; Family Health.

RESUMEN

Wai, M. F. P. - **El trabajo del Agente Comunitario de Salud en la estrategia de la Salud de la Familia: factores de sobrecarga y mecanismos de enfrentamiento.** Ribeirão Preto; 2007. (Tesis de Mestrado - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – USP).

El Agente Comunitario de Salud (ACS) tiene su inserción reciente en las prácticas de salud, con la profesión siendo reconocida legalmente en 2002. Su actuación ocurre en el contexto del Sistema Único de Salud, constituyéndose en nuevas oportunidades en el mercado de trabajo. Como requisitos para el ejercicio de la profesión, la ley establece: "I – residir en la área de la comunidad que actuar; II – haber concluido con éxito curso de calificación básica para formación de ACS; III – haber concluido o enseñanza fundamental". El ACS debe trabajar con la un número determinado de familias, siendo responsable por el máximo de 150 familias o 750 personas, en región geográfica definida. El ACS, debe aún desarrollar actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, por medio de visitas domiciliarias y de acciones educativas individuales y colectivas, en los domicilios y en la comunidad, bajo a supervisión y acompañamiento de enfermero instructor-supervisor. La complejidad de la actuación del ACS sugiere, como profesional de la salud, exponerse a situaciones que el colocan bajo estrese. Los objetivos son identificar las percepciones que los Agentes Comunitarios de Salud tienen sobre su trabajo en termos de eventos que provocan sobrecarga y como lidian con esto. Se Utilizó el modelo de Lazarus y Folkman de estrese y enfrentamiento. Para tal se recorrió a la producción de conocimiento en la área cuanto a los dos aspectos abordados. Este es un estudio descriptivo, cualitativo. Participaron de ese estudio 16 ACS de equipos de Salud de la Familia de São José do Rio Preto y los datos fueron colectados por medio de entrevistas gravadas y transcritas. Las análisis se centraran en la identificación de las situaciones consideradas por los agentes como estresoras y de los mecanismos que utilizan para lidiar con ellas. As situaciones estresoras fueron agrupadas en categorías: condiciones de trabajo; cuestiones de sueldo; cuestiones de género; interface familia-trabajo y carga emocional. Los

mecanismos de enfrentamiento fueron agrupados en orientados para la emoción y orientados para el problema. Se juzga que sus relatos, discutidos a la luz de otros estudios, contribuyan para el planeamiento de actividades y preparo de los profesionales de forma a fortalecerlos para el ejercicio de su trabajo.

Descriptores: Agente Comunitario de Salud; Estrese; Salud Mental; Salud de la Familia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo faixa etária (anos), São José Rio Preto/ SP, 200533

Tabela 2 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o estado civil, São José Rio Preto/ SP, 200534

Tabela 3 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo a escolaridade, São José Rio Preto/ SP, 200535

Tabela 4 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo tempo de moradia na comunidade (anos), São José Rio Preto/ SP, 200535

LISTA DE SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde
- IPRS** – Índice Paulista de Responsabilidade Social
- ISSL** – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos
- MS** – Ministério da Saúde
- NSF** – Núcleo de Saúde da Família
- NOB** – Norma Operacional Básica
- ONGs** – Organizações Não Governamentais
- PACS** – Programa Agentes Comunitários de Saúde
- PAS** – Programa Agente de Saúde
- PNAS** – Programa Nacional de Agentes de Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- REFORSUS** – Projeto Reforço à Reorganização do SUS
- SF** – Saúde da Família
- SIAB** – Sistema de Informação de Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 – A Estratégia Saúde da Família.....	2
1.2 – A origem do Agente Comunitário de Saúde.....	12
1.3 – ACS: o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família.....	19
2 OBJETIVO	24
3 METODOLOGIA	26
3.1 – Características do estudo.....	27
3.2 – Local.....	28
3.3 – Participantes.....	32
3.4 – Procedimento.....	36
3.5 – Aspectos éticos.....	37
4 REFERENCIAL TEÓRICO	38
4.1 – Estresse Ocupacional.....	40
4.2 – Mecanismos de Enfrentamento.....	45
4.2.1 Enfrentamento focalizado na emoção.....	46
4.2.2 Enfrentamento focalizado no problema.....	47
4.2.3 Recursos de Enfrentamento.....	48
5 RESULTADOS	50
5.1 – Fatores de Sobrecarga.....	51
5.2 – Mecanismos de Enfrentamento.....	60
6 DISCUSSÃO	65
6.1 – Condições de Trabalho.....	67
6.2 – Questões Salariais.....	75
6.3 – Interface Família-Trabalho.....	77
6.4 – Gênero.....	78
6.5 – Relacionamento Interpessoal.....	78
6.6 – Carga Emocional.....	86

6.7	– Mecanismos de Enfrentamento.....	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
9	APÊNDICES	
	Roteiro para entrevista	
	Termo de consentimento livre e esclarecido	
10	ANEXO	
	A. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	

APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com os ACS ocorreu durante o estágio curricular no 3º ano de graduação (2002), no qual visitei o Núcleo de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto.

Acompanhando as atividades dos ACS em reuniões de equipe e visitas domiciliares, deparei-me com inúmeras situações difíceis que me sensibilizaram num primeiro momento. Neste contexto, pude observar que não era apenas insegurança, medo ou angústia de uma aluna diante de uma situação nova de aprendizado, pois, os próprios ACS reportaram-me como vivências difíceis também para eles.

Ao me formar, inicialmente tive dificuldade em arranjar o primeiro emprego, o que me fez pensar sobre a possibilidade de ingressar no Programa de Pós Graduação da EERP-USP. Ao propor um projeto, lembrei-me daquela situação que mexeu tanto comigo e casei com uma paixão que é a Saúde Mental e Psiquiatria, área em que atualmente trabalho.

Na realização deste trabalho houve muito aprendizado e o despertar de uma nova área que está cada vez mais me interessando que a Saúde Mental do Trabalhador

Assim, busco com esta dissertação, além do aprendizado científico que me proporcionou com observações do trabalho do ACS, poder trazer reflexões acerca de sua prática, na tentativa de colaborar com o ensino e formação destes profissionais, conseqüentemente colaborando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

1 . INTRODUÇÃO

1.1 – A Estratégia Saúde da Família

Segundo a lei 8.080-90, o Sistema Único de Saúde (SUS), é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado, que é contratado e conveniado, de caráter complementar, para suprir as necessidades de assistência, quando não existem serviços públicos para tal. Apresenta a mesma doutrina e as mesmas filosofias de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma sistemática. Como sistema, é um conjunto de ações, serviços e unidades que se integram visando as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A lei 8.080-90 dispõe ainda, os princípios doutrinários do SUS, que são: Universalidade, Eqüidade e Integralidade. Enquanto que os princípios organizacionais são: Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização e Participação dos Cidadãos.

A Descentralização é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de Governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que pertence a um Município deve ser de responsabilidade do Governo Municipal; o que abrange um Estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do Governo Estadual; o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade e compromissos no desenvolvimento da produção do cuidado em saúde diretamente voltada aos seus cidadãos, levando em conta suas necessidades locais e regionais, em consonância com a legislação do Ministério da Saúde (MS). É o que se chama de municipalização da saúde.

Através deste processo de municipalização, estados e municípios buscaram modelos próprios para se adaptar da melhor maneira as “regras” do SUS. Com isto houve a criação e implementação de uma série de novos desenhos e arranjos assistenciais que permitiu a cada município, conhecedor de seus problemas, agir de acordo com suas necessidades. Uma proposta que tem destacado, ganhando notoriedade no plano nacional, é a “Estratégia Saúde da Família”.

Segundo Mendes (2002), o Programa Saúde da Família (PSF), como era denominado anteriormente, lançado em 1994, representa certamente, a proposição de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária a Saúde (APS) já posta em prática entre nós, surgindo como uma estratégia de reorganização da oferta de serviços de saúde.

A APS aqui, segundo o mesmo autor, é entendida como forma de organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio de ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência.

Mendes (1996) afirma que se trata de uma estratégia necessária à organização do distrito sanitário (no nível primário), juntamente com o consórcio de saúde (no nível secundário e terciário). Ainda que as formas de implementação possam variar, o autor busca sublinhar o caráter estratégico da proposta, num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária em saúde.

Programa, segundo as contribuições de Morin (2002), é a determinação a priori de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e a obrigam a parar. A estratégia como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente interno. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso. Uma estratégia traz em si a consciência da incerteza que vai enfrentar e, por isso mesmo, encerra uma aposta. Deve estar plenamente consciente da aposta, de modo a não cair em uma falsa certeza.

Portanto, trazemos aqui a nomeação de “Estratégia Saúde da Família” ao invés, de Programa Saúde da Família (PSF) salientando o caráter estratégico desta proposta.

A Saúde da Família (SF) surge com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que mesmo coordenado pelo

SUS, continua em sua maior parte, orientado quase que exclusivamente para a cura de doenças e para a assistência hospitalar. Para uma estratégia propiciar mudança do modelo médico hegemônico, construído e alicerçado, não é tão fácil, a menos que o processo de trabalho seja reorganizado e transformado pelo novo modelo proposto.

A Estratégia Saúde da Família, sofreu influências indiretas externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial os modelos canadense, cubano e inglês. Mas suas origens estão no Programa Agentes de Saúde (PAS), instituído, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de combate à seca.

Este programa teve larga repercussão política por seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no Estado, razão pelo qual foi estendido para o país, pelo MS, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS, tomado isoladamente, constitui uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS. E sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com o apoio de tecnologias de maior densidade (Mendes, 2002).

Percebendo isso, o município cearense de Quixadá, na primeira gestão do prefeito Hilário Marques, desenvolveu uma experiência pioneira de programa de saúde da família que serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no início de 1994, como política oficial de atenção primária à saúde, a estratégia saúde da família.

“Assim, o modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado um modelo autóctone, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências externas importantes.” (Mendes, 2002)

Há autores que afirmam que o PACS é um antecessor do PSF e atualmente o próprio Ministério da Saúde aponta o PACS como estratégia transitória para a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2000).

De acordo com MS (Brasil, 1998), a construção desse novo modelo assistencial das práticas de saúde voltadas à família pressupõe:

- Saúde como um direito de cidadania, expresso pela qualidade de vida;
- Eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem;
- Democratização nos conhecimentos em processo saúde-doença, de organização dos serviços e da produção de saúde;
- Intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita no domicílio, no ambulatório, e no hospital;
- Humanização das práticas de saúde e a busca de satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde e da comunidade;
- Estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e do estabelecimento de parcerias, buscando ações intersetoriais.

A proposta formulada pelo MS, elenca ainda alguns princípios sob os quais as Unidades de Saúde da Família (USF) devem atuar, sendo eles:

- Caráter substitutivo: não significando necessariamente a construção de novas estruturas de serviços em locais que disponham de uma ampla rede de unidades de saúde, e sim a substituição do modo de produzir o serviço, por um novo processo de trabalho.
- Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ação, configurando-se como porta de entrada do sistema. Esta unidade deve estar inserida na rede de serviços, garantindo acesso aos demais níveis de complexidade assistencial, caso seja identificada esta necessidade, assegurando um eficaz referência e contra-referência, garantindo uma atenção integral aos indivíduos e à família.
- Territorialização e adscrição da clientela: sendo definido que cada equipe de Saúde da Família deve possuir um território de atuação, com um determinado número de famílias sob sua responsabilidade que pode variar de 800 a 1000 famílias. A equipe deve desenvolver atividades que contemplem tanto ações individuais (consultas, orientações), como coletivas de vigilância em saúde, com ênfase na população adscrita, a saber: o cadastramento das famílias, visita domiciliar para acompanhamento, planejamento local e grupos educativos.
- Equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta minimamente, por médico (de família e/ ou generalista), enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e de odontologia e agentes comunitários de saúde, podendo outros profissionais serem incorporados de acordo com a demanda e com as necessidades presentes.

Com relação aos mecanismos, para impulsionar a sua implementação, destacam-se: a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB – SUS – 01/1996) (Brasil, 1996), que valoriza o incremento de cobertura pela Estratégia Saúde da Família com maior incentivo financeiro aos municípios para tal, e o “Projeto Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS”, uma iniciativa do MS com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, que contemplou a Estratégia Saúde da Família como prioridade de investimento (Aguiar, 1998).

“Apesar da relevância da ampliação da Saúde da Família, faltam contudo, evidências que apontem este programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes ou mesmo como política de governo.” (Paim, 2002)

Franco (1999) afirma que a SF enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial, no processo de trabalho, contudo, não consegue fazer mudanças, porque é engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico centrado, e por não saber como realizá-las inclusive por limitação ideológica de seus operadores, que acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Campos (1994) confirma que não será possível efetivar mudanças significativas no sistema de saúde, caso não haja uma participação efetiva de todos os profissionais do setor saúde para a reorganização dos serviços. Ainda enfatiza a importância do papel dos sujeitos sociais nessa direção e coloca que: “mais do que nunca há necessidade de nos metermos em uma

empreitada filosófica e prática, que procurasse responder a esses desafios de forma inovadora.”

Misoczky (1994) critica a SF, como sendo um “revival” da medicina comunitária/familiar no Brasil. Tendo como referência os trabalhos de Donnangelo (1975) e Paim (1986), a autora procura mostrar as limitações de tal proposta, afirmando que se tratou de um modelo de atenção voltada para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo de Reforma Sanitária Brasileira e que configuraram o SUS, sob a pena de se transformar em um “apartheid sanitário”. Critica ainda o MS por assumir a proposta como modelo de atenção a ser expandido para todo o país.

Porém estes questionamentos sobre a SF como um sistema pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, têm sido negados pelo MS: “tal assertiva não procede, pois a SF deve ser entendido como um modelo substitutivo da rede tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio da equidade – e reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.”(SILVA e DALMASO, 2002)

Teixeira (2004) destaca ainda que um dos resultados indesejados da estratégia saúde da família vem sendo o crescimento da demanda por serviço de média e de alta complexidade, decorrentes da expansão de cobertura da atenção básica, sem que, ao mesmo tempo, se verifique um aumento da resolatividade desse nível de atenção. A implantação da Estratégia Saúde da Família ainda que represente a garantia de direito constitucional de acesso a serviços de saúde, não se faz acompanhar de impacto positivo sobre as

condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde, como é o caso da mortalidade infantil.

Não se pode negar que ainda há perguntas que se fazem no âmbito nacional, através da maioria dos autores (Merhy, 1997; Franco, 1999; Mendes, 2002; Paim, 2002), como: será a estratégia saúde da família capaz de reorientar o modelo assistencial vigente, de caráter curativo/individualista, flexneriano? Será a saúde da família uma alternativa às práticas convencionais? A saúde da família terá a capacidade de mudar a relação dos trabalhadores de saúde com os usuários? A saúde da família estabelece relação com a rede convencional? A equipe da Saúde da Família (ESF), no fazer cotidiano, tem consciência da criação do espaço interseçor que se constroem entre os profissionais de saúde e a família?

Na verdade, parece-nos que a Saúde da Família suscita o debate em torno de uma questão crucial e recorrente nas diversas propostas de reformas médicas: a universalidade da atenção com integralidade e equidade versus a necessidade de controlar e de reduzir o consumo e os gastos incrementais em saúde (Donnangelo, 1975; Almeida, 1993, 1995).

Enquanto mais uma proposta para reordenamento de atenção básica, a Estratégia Saúde da Família tem diferentes leituras/compreensões, ou mesmo, posições favoráveis ou desfavoráveis, enquanto modelo tecnoassistencial.

Porém a grande maioria dos autores, como Leucovtiz e Garrido (1996), acreditam que a Estratégia Saúde da Família é uma estratégia capaz de efetivar uma mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS, através da

utilização de outros parâmetros profissionais, mais econômicos e eficazes. Da mesma forma, Cordeiro (1996), considera que os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família, a saber: o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, a elevação da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem, a prestação da atenção integral, a humanização das práticas de saúde, a participação comunitária etc., são partes de uma estratégia primordial com potencial para induzir as mudanças tanto pela interferência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho, buscando introduzir a lógica da efetividade com relação às formas de remuneração, bem como o manejo racional de tecnologia.

A Estratégia Saúde da Família, em certos municípios brasileiros, constitui-se em uma estratégia que completa a organização de oferta sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância à saúde e da distritalização. Por isso, a Estratégia da Saúde da Família (Oliveira, 2000) atualiza esta figura de modo a inserir-se entre os modelos alternativos.

Assim, a SF é colocada como uma política pública e, portanto, uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, possibilitando efetivamente que sejam colocados em prática os princípios que norteiam o SUS. E ainda, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais. Propõe trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (Brasil, 1998).

A atual política do MS reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo como eixo desse processo a ampliação e a qualificação da atenção básica.

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de ESF implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança do conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho previsto nos documentos oficiais.

Elias et al. (2004) Analisando a implantação do PSF na metrópole paulista 2001-2003, sob a ótica dos gestores, em nível central e dos diretores de distrito de saúde destacam que esses autores consideram que o PSF é uma estratégia privilegiada para a estruturação do SUS no município, constituindo-se em uma porta de entrada do sistema de saúde de natureza organizada e, fundamentalmente, humanizada.

Para os autores, a análise do processo de implantação do PSF neste município é central para confirmar a potencialidade do programa como estruturante da Atenção Básica.

Pelo exposto, percebe-se que há uma centralidade e um consenso dos vários autores no sentido de considerar a Estratégia Saúde da Família como um potencial na estruturação da atenção básica.

Entretanto, embora já exista um aumento em termos percentuais na cobertura municipal e na populacional; é importante reforçar que a implementação da ESF ainda não é um indicativo de reorientação do modelo

assistencial, visto que do ponto de vista operacional, depara-se com inúmeras fragilidades como: melhor articulação entre atenção primária com a média e alta complexidade, integração de políticas estratégicas, carga horária, vínculos, intersetorialidade, trabalho em equipe e entre outros a precarização das relações de trabalho dos profissionais; daí a necessidade de que se aprofunde a análise em torno das limitações dessa proposta.

Como dissemos anteriormente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é parte da equipe Saúde da Família, com atribuições específicas e dessa forma consideramos pertinente fazer uma reconstrução teórica sobre sua origem e o seu trabalho.

1.2 – A origem do Agente Comunitário de Saúde

A origem do ACS vem de experiências chinesas e cubanas, divulgadas em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma Ata. A inclusão dos ACS na Declaração de Alma Ata aparece quando se elaboram as ações e competências que compõem os cuidados primários de saúde como primeiro nível de organização dos sistemas de saúde.

No Brasil, em 1979, com apoio da Unicef, 400 ACS começaram a atuar no Maranhão e, em 1987, tem início o projeto Programa Agente de Saúde do Ceará (PAS), coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. Este programa, buscava inicialmente, respostas eficientes à situação emergencial do quadro de “seca” e tendo com objetivo primordial, a sobrevivência (MINAYO et al., 1990). Em contrapartida, o estado enfrentava dificuldades em fixar profissionais de

saúde em localidades sem recursos sociais, econômicos e culturais e ainda possuía um expressivo contingente da população local sem atividades laborais geradoras de renda.

O objetivo geral do PAS, segundo base documental do estudo de caso de Minayo et al. (1990), era melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde, e os objetivos específicos à redução do risco de morte ligado ao parto de mulheres e mortes infantis, o aumento do índice de aleitamento exclusivo até os quatro meses de vida e a redução do número de óbitos causados pela desidratação decorrente da diarreia. Basicamente, as ações desenvolvidas foram: visitas domiciliares regulares às famílias cadastradas, com maior frequência às famílias que possuíam entre seus membros crianças menores de dois anos de idade e gestantes para promover a educação em saúde, controle de infecção respiratória aguda, controle de diarreias por hidratação oral, acompanhamento do crescimento infantil, fornecimento de medicações, encaminhamentos às unidades de saúde e controle de vacinação.

Deveriam também, promover, organizar e colaborar para o desenvolvimento social da comunidade.

O número de famílias sob a responsabilidade dos agentes variava de acordo com a localidade do trabalho, área rural ou urbana. Embora esses trabalhadores fossem apontados como “elite” de suas comunidades, os agentes não tinham garantidos seus direitos trabalhistas, gerando improvidência e insegurança no trabalho. A supervisão era realizada por funcionários do nível superior da Secretaria Municipal, Secretária do Estado do

Ceará, Fundação SESP e Fundação Nacional de Saúde que ficava mais “na retaguarda” e muito pouco no dia a dia.

A capacitação desses agentes teve ênfase especial na educação em saúde, cuidados com diarreia, pré-natal, imunizações, controle de crescimento infantil, preenchimento de fichas e promoção da participação comunitária. No entanto, devido a demanda os agentes realizavam atividades técnico-curativas, que eram imbuídas de grande reconhecimento popular.

Os resultados qualitativos deste programa foi amplamente divulgada pela mídia nacional e internacionalmente pela UNICEF. Analisadas as fortalezas e debilidades foi-se reestruturando o trabalho com vistas a transformar em 1991, em Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com amplitude nacional e seguindo a mesma linha de pensamento na formulação dos objetivos gerais e específicos: incentivar o autocuidado e a responsabilização da questão saúde (individual e coletiva) e melhorar os índices de morbi-mortalidade da clientela materno-infantil.

O PACS, neste momento, era estadual e recebia recursos financeiros federais dos fundos especiais de emergência. Passado o período mais crítico da estiagem, o programa foi mantido apenas com recursos estaduais e, nessa Segunda fase, a partir de setembro de 1988, abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão da cobertura e da interiorização das ações em saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

Em 1991, a experiência bem-sucedida no Ceará estimulou o MS a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado inicialmente na Região

Nordeste e, em seguida, na Região Norte, em razão da existência de altos índices de doenças decorrentes de carências, de pobreza e de miséria. Em 1992, foi firmado um convênio entre a FUNASA e as Secretárias Estaduais de Saúde, com repasse de recursos para o PNAS e pagamento de um salário mínimo mensal aos ACS, na forma de bolsa. O programa passou a ser chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SCOREL et al., 2002).

O MS nesta época, delineou como requisitos para a adesão dos municípios e financiamento do PACS a necessidade de parecer, a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, existência do Fundo Municipal de Saúde, a presença de um enfermeiro supervisor para cada 30 ACS, existência de unidades de saúde na área de atuação do ACS, tendo estabelecido as atribuições das diferentes esferas envolvidas na gestão do programa. A partir de então, com a implantação da NOB/96, acrescentou-se a necessidade do município estar habilitado em uma das normalidades de gestão.

O PACS e o PSF, portanto, serviram de palco para a inserção de mais um ator no cenário da saúde, o ACS.

Em 1993, o PACS já estava funcionando em 13 estados das Regiões Norte e Nordeste, com mais de 29 mil ACS, distribuídos em 761 municípios (SOLLA, 1996,p. 6).

Em São Paulo, experiências pioneiras da inserção do ACS ocorreram em São José dos Campos desde 1979 e na Região do Vale do Ribeira a partir de 1981, em decorrência da implantação de programas dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde (Silva, 2001).

Em 1994, com o desenho da Estratégia Saúde da Família, os ACS começaram a chegar aos grandes centros, às regiões metropolitanas e às capitais das Regiões Sul e Sudeste (SOUZA, 2001).

Em São Paulo, a implantação do PACS aparece mais demarcada a partir de 1996, surgindo já vinculado a Estratégia Saúde da Família. As próprias estatísticas do MS registraram a existência do ACS em São Paulo somente a partir de 1997, num total de 109, enquanto no restante do país, já em 1994, somavam 29.098. Este descompasso na implantação do programa pode ser interpretado pela maior oferta de serviços no estado de São Paulo e pela existência de uma rede básica, ainda que com problemas, mais estruturada em recursos humanos e tecnologia.

Portanto, o ACS não era uma idéia nova no Brasil e no mundo, o que acontecia era a existência de inúmeras denominações ao recurso existente, como forma alternativa de resposta às demandas das famílias e comunidades não providas pelo Estado. O mecanismo de compensação baseava-se na solidariedade das pessoas que possuíam um saber aprendido no cotidiano, nas necessidades e na convivência com pessoas mais velhas (MINAYO et al., 1990).

Um marco importante na institucionalização do trabalho do ACS tem sido a Portaria Ministerial nº 1886, publicada em 1997, aprovando as normas e diretrizes do PACS, estabelecendo como diretrizes operacionais que o ACS deve trabalhar com a adscrição de famílias, tendo sob sua responsabilidade no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, em base geográfica definida, sendo exigidos como requisitos: ser morador da área onde exercerá suas atividades

por pelo menos 2 anos, saber ler e escrever, ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo integral para executar suas atividades.

A profissão do ACS foi criada legalmente por meio da lei no 10.057, de 10 de julho de 2002, após cerca de 5 meses do seu encaminhamento a Câmara Federal, por ocasião das comemorações de 10 anos do PACS. Portanto, o Agente Comunitário de Saúde tem sua inserção nas práticas de saúde, com a profissão sendo reconhecida recentemente, para atuação restrita ao Sistema Único de Saúde, constituindo-se em novas oportunidades no mercado de trabalho, sobretudo para mulheres, porém determina especificidade a este profissional que tem nos serviços públicos de saúde a única opção de mercado de trabalho.

Como pré-requisitos para o exercício da profissão, esta lei estabelece: "I – residir na área da comunidade que atuar; II – haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para formação de ACS; III – haver concluído o ensino fundamental".

As atribuições básicas do ACS somam 33 itens, num amplo leque, em que são particularizadas todas as situações e problemas de saúde que devem ser acompanhados em sua rotina de trabalho, passando pelo cadastramento de famílias, diagnóstico sócio-demográfico, econômico, ambiental, monitoramento de gestantes, puérperas, recém nascidos, diarreias, infecções respiratórias agudas, dermatoses, parasitoses, busca ativa de doenças infecto-contagiosas, bem como ações educativas e de promoção à saúde , que vão desde educação nutricional, bucal, preservação do meio ambiente, direitos humanos, até o estímulo à participação comunitária. Outra especificidade é a exigência do

registro das atividades realizadas em um sistema próprio de informação – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (Portaria nº 648, de 28/03/2006 – anexo1).

Essas especificações podem ser resumidas em um dos itens da Portaria Ministerial nº 1886 de 1997: “O ACS, deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na Unidade Básica de Saúde de sua referência. É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das UBS” (BRASIL, 1997).

O ACS, como parte da equipe de Saúde da Família, deve participar de reuniões periódicas, em que o cotidiano da prática e as situações-problemas sejam refletidas coletivamente, buscando soluções, caminhos, ajustes. Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Estratégia Saúde da Família; e b) ligados a uma Unidade Saúde da Família como membro da ESF. Atualmente, encontram-se em atividade no país mais de 204 mil ACS¹, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

1.3 – ACS: o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família

¹ Fonte: www.saude.gov.br. Acesso em 2006

O ACS tem se apresentado como uma nova identidade social, que segundo buscas intensivas, ainda pouco estudada. Este profissional vem ocupando um vazio existente nas práticas de saúde, configurando-se num elo vivo entre a unidade e a comunidade.

“Como elo vivo, tem assumido papéis, num processo contínuo de construção, conformando uma prática peculiar, complexa, não vista até então em outro profissional de saúde”. (Carvalho, 2002)

Para o ACS, hipoteticamente, o contato não se restringe um corpo saudável e não saudável. Tem a moradia, a dinâmica familiar e o social permeando suas ações e possibilitando a interação com cidadãos ou cidadãos potenciais, com rostos e identidades sociais, pressupondo uma rotina em que saúde/doença, condições de vida e o imprevisto se encontram interligados. (Carvalho, 2002)

Segundo Lunardelo (2004), a formação e a inserção dos ACS nesta estratégia tem um caráter muito importante e aponta-nos tanto para o sucesso quanto para as inconsistências. Para o Ministério da Saúde os valores numéricos do processo de implantação tem tido bastante ênfase, por outro lado, tem aumentado divulgações de experiências locais, que trazem preocupação em relação ao ACS que traz consigo uma grande parcela de responsabilidades na reorganização da atenção básica e na mudança do modelo assistencial

Camelo (2002) divulgou sua dissertação de mestrado sobre Sintomas de Estresse nos Trabalhadores dos Cincos Núcleos de Saúde da Família (NSFs), no município de Ribeirão Preto. Essa autora utilizou como instrumento de estudo o

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL), aplicado em todos os trabalhadores dos cinco NSFs e constatou que as categorias profissionais mais atingidas pela presença de estresse foram os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde, estes últimos sendo a população alvo do nosso estudo.

Para Camelo (2002), os ACS estão mais vulneráveis às manifestações de estresse do que outros membros da equipe, devido este trabalhador da saúde possuir suas funções ligadas diretamente à comunidade. Os agentes são o primeiro contato entre a unidade e a população do seu território de abrangência. Eles conhecem a realidade das famílias pelos quais são responsáveis, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Possuem uma situação singular na equipe, uma vez que obrigatoriamente devem residir na área de atuação da mesma, o que faz com que vivam o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe. Ao exercerem a função de ligação entre a equipe e a comunidade, um maior cuidado é necessário para que possam discernir quais as informações devem compartilhar com o restante da equipe, que são relevantes para gerar benefícios para a comunidade e para acionar ou orientar o trabalho da equipe (Fortes e Martins, 2000).

Portanto, eles precisam criar vínculos com a comunidade a qual assistem, e esta categoria profissional, se não apresentar uma formação adequada e um treinamento específico para enfrentar possíveis dificuldades encontradas na relação que se estabelece com o usuário, pode apresentar,

mais freqüentemente, sintomas de estresse do que os demais membros da equipe.

Lunardelo (2004) também encontrou em seu estudo, que os ACS tem vivenciado um certo “sofrimento” em relação à prática de seu trabalho, expondo-os a problemas de saúde, desmotivação e insatisfação no trabalho.

Na Estratégia Saúde da Família, portanto, podemos observar que várias situações na relação trabalhador-usuário demandam um certo gasto de energia e adaptação. Exemplos são: o contato direto com a realidade das famílias, o sofrimento dos usuários, o relacionamento em equipe, a empatia com usuários e os laços afetivos que muitas vezes estabelecem entre o profissional e a comunidade. “Essas situações, somadas as características individuais de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse, dependendo das estratégias de enfrentamento adotadas por ele e do suporte oferecido pela instituição prestadora de serviços.” (Camelo, 2002)

PROSSER et al. (1996) fizeram um estudo em que observaram que existia estresse tanto nos profissionais do hospital quanto na comunidade, mas que os níveis de estresse apresentados pelos profissionais da comunidade eram maiores.

“Para tanto, estes trabalhadores devem, ter habilidades para lidar com a variedade de problemas que possam aparecer na população assistida; devem estar preparados, para diversas realidades e possíveis situações de risco. Frequentemente, no desempenho de suas atividades no território de abrangência podem surgir situações novas, diferentes daquelas do modelo tradicional de assistência à saúde, que requerem um maior gasto de energia,

ou adaptação destes trabalhadores, transformando-se em fatores de estresse para toda a equipe. Isso pode ocorrer não somente pela presença do estressor, mas também pela falta de habilidade dos indivíduos envolvidos para enfrentar tais situações." (Camelo, 2002)

No contexto organizacional, a presença de trabalhadores estressados nas equipes de saúde da família pode provocar o desenvolvimento das atividades com ineficiência, comunicação deficitária, desorganização do trabalho, insatisfação e diminuição da produtividade, o que trará conseqüências para toda a equipe no cuidado prestado às famílias. (Camelo, 2002)

Na vivência dos trabalhadores, a inadaptação entre as aptidões e as necessidades psicológicas do trabalhador e o conteúdo da tarefa traduzem-se por insatisfação ou por sofrimento, ou até mesmo por um estado de ansiedade raramente traduzido em palavras e/ou explicitada pelo próprio trabalhador (DEJOURS, 1992).

Faz-se necessário que a equipe tenha maturidade e que haja desenvolvimento pessoal e profissional com enfrentamento de diversas realidades, para que ocorram a promoção e a reabilitação da saúde destas famílias (Camelo, 2002).

Portanto, para controle do estresse físico e principalmente psicológico, é de suma importância analisar as fontes ou situações-problemas e modos de enfrentamento, após tê-las identificado.

Quanto mais cedo se identificar a presença de situações-problemas e se estabelecer a conexão entre o seu aparecimento e a incidência de determinadas reações de estresse, mais o sujeito poderá se ajudar a ficar

mais saudável. Dentro do ambiente laboral é de suma importância que aprendamos a controlar o estresse de forma que ele venha a se tornar positivo, trazendo benefícios individuais e grupais.

A unidade de trabalho deve oferecer suporte para a equipe negociar com os conflitos que possam surgir e prevenir o estresse. (LEWIS, 1999).

A instituição prestadora de serviços deve estar atenta para o gerenciamento das situações de estresse. Estratégias devem ser implantadas com o intuito de conhecer de forma mais detalhada e completa as percepções e as necessidades de seus trabalhadores.

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 de 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. (CODDO, 1988)

Enfim, cada vez mais se torna urgente uma ação concreta buscando prevenir/ remediar/ conhecer os efeitos na Saúde Mental dos nossos trabalhadores.

É dentro deste contexto, e a partir da inserção recente do ACS nas práticas do trabalho em saúde, que se colocam algumas questões: que percepções o ACS tem de seu trabalho? Que situações vividas na sua prática diária o sobrecarregam físico ou mentalmente? Quais mecanismos de enfrentamento são usados?

2 . OBJETIVO

- **Objetivo**

Identificar, de acordo com as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, eventos que provocam sobrecarga no seu trabalho e mecanismos de enfrentamento para lidar com eles.

3. METODOLOGIA

3.1 – Características do Estudo

Este trabalho é um estudo qualitativo descritivo fundamentado no enfoque teórico do estresse no trabalho. Apesar de estudos sob o referencial teórico adotado utilizarem instrumentos específicos para identificação de situações estressoras e mecanismos de enfrentamento no trabalho, optou-se, no presente trabalho por uma abordagem qualitativa exploratória, considerando que a categoria profissional aqui focalizada emergiu recentemente no cenário dos profissionais de saúde. Assim como estratégia de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada.

Esta investigação configurou um estudo qualitativo, pois segundo Víctora, Knauth e Hassen (2000), a investigação do tipo qualitativa se preocupa com o estudo orientado para as motivações humanas, incorporando a dimensão subjetiva dos fenômenos. A compreensão é a categoria central nestes estudos, preocupados com as singularidades dos casos concretos, os quais existem somente possibilidade de generalizações dentro do caso.

A pesquisa descritiva é um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, que tem como fundamento que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 – Local

O estudo foi realizado no município de São José Rio Preto, localizado na região norte do estado de São Paulo, distante cerca de 452 Km da capital do Estado e 600 Km de Brasília. Com uma população estimada, de 400.000 habitantes (IBGE,), conta com extensa área de influência na prestação de serviços que atinge várias regiões do estado de São Paulo e parte dos estados de Minas Gerais, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Essa influência econômica gerou crescimento importante nas áreas do comércio, serviços especializados de alta tecnologia, educação e medicina especializada, sendo referência expressiva no atendimento à saúde em nível terciário.

O município vem assumindo há décadas a posição de cidade Pólo, em função de sua localização privilegiada no sistema viário regional e consolidação urbana, gerando empregos para a maioria da população de cidades circunvizinhas. O fator de ser considerado Pólo acarretou problemas típicos da metropolização, como: crescimento disperso em áreas limítrofes, alguns conglomerados populacionais, principalmente na região norte da cidade, com piores condições de vida.

De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), nas edições de 2000 e 2002 (SEADE, 2005b), o desenvolvimento econômico e social de São José Rio Preto está classificada no Grupo 1 do estado de São Paulo, chamado também de “grupo de elite”, que agrega municípios com bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade.

A cidade possui uma das maiores redes de atendimento do Organizações Não Governamentais (ONGs) do estado de São Paulo. Na década de 70, a

região Sul do município contava com vários loteamentos que foram destinados às instituições Sociais. A partir de então, formou-se a cultura de facilitação de acesso de ONGs à área, em 1993, por meio de concessão: o município doava a área e as instituições passavam a realizar o trabalho social (SÃO JOSÉ RIO PRETO, 2005^a).

Embora o município apresente uma população predominantemente de classe social média, existe um contingente populacional com rendimentos extremamente baixos, sendo que a grande parte dessa população depende essencialmente dos Serviços Públicos de Saúde, Educação e bem estar social (SÃO JOSÉ RIO PRETO, 2001b).

São José Rio Preto atualmente, não possui favelas. Em 1982, a cidade contava com 22 favelas que desde os programas habitacionais implantados procuraram atender a população que necessita de moradia de forma preventiva, efetivando o projeto de desfavelização. O maior problema que o município enfrenta no momento, em relação à infra-estrutura urbana, está relacionado aos loteamentos clandestinos, em virtude da especulação imobiliária.

Há aproximadamente 108 loteamentos clandestinos, (5% da população), localizados na zona rural, sem qualquer estrutura oficial: sem água tratada, sem coleta de esgoto e iluminação pública.

A rede geral de água atende 99% da população e a coleta de esgoto, 95%, com apenas 3% tratado. Os serviços de coleta de lixo são terceirizados e atendem a 100% da área urbana e distritos e, 99% da área rural (condomínios de chácaras). A coleta, transporte e tratamento de resíduos de serviços de

saúde atende a 545 unidades públicas e privadas/mensalmente (SÃO JOSÉ RIO PRETO, 2005^a).

Em 1995, houve a ampliação da rede básica que baseou-se em um levantamento das necessidades da população, a qual obedecendo ao princípio da equidade proposta pelo SUS, priorizou a população residente na periferia. Segundo o Plano Municipal de Saúde (SÃO JOSÉ RIO PRETO, 1997) o município contava com 15 UBS sendo que, 4 destas prestavam assistência 24 horas em sistema de pronto-atendimento. Passou a contar também, neste período, com duas Unidades de Saúde da Família (Gonzaga de Campos e Talhados), iniciando aqui a tentativa da Estratégia Saúde da Família.

Em maio de 1998 o município é habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996) passando a receber, auditar e aprovar os recursos financeiros das contas ambulatoriais e hospitalares de todos os prestadores locais, referentes a serviços prestados à população de São José Rio Preto e das localidades que compuseram o teto global do município, responsabilizando-se, portanto, por parte das ações de nível secundário da micro região, composta por 33 municípios e de alguns municípios da macro região (SÃO JOSÉ RIO PRETO, 1998).

Mas, é somente no período de 2001 a 2004, devido à eleição de um governo com concepção democrática e compromisso de gestão participativa, que o município foi desenhado de maneira a contemplar cinco sistemas locais de saúde ou distritos sanitários de saúde, chamados de pólos de saúde. Com isto, foi possível a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família no município que passou de 2 para 5 USF.

No período da coleta de dados, as 5 USF contavam com 7 equipes, o que correspondia a uma cobertura de aproximadamente 6,7% da população.

As Unidades de Saúde da Família do município de São José Rio Preto são:

1. USF Gonzaga de Campos

End: Av. Feliciano Sales Cunha, s/nº

Fone: (17) 234-3139

Bairros de Abrangência: Gonzaga de Campos, Distrito Industrial, Chácara Maria Vetorazzo e sítios.

2. USF Cidadania

End: Rua Projetada A, nº 400

Fone: (17) 3219-5220

Bairro de Abrangência: Parque da Cidadania

3. USF Renascer

End: Rua Aníbal Simões, nº 1390

Fone: (17) 3219-0107

Bairros de Abrangência: Duas Vendas G e F, Renascer, Centenário da Emancipação, Residencial Padilha, Jardim Simões, Parque Juriti, Jardim Helena, Jardim Marajó.

4. USF Residencial Rio Preto I

End: Av. Antônio Buzzini, nº 257

Fone: (17) 3215-3601

Bairros de Abrangência: Residencial Rio Preto I, Jardim Felicidade, Estâncias Cavalari, Santa Ana, Santa Clara, Bosque Verde.

5. USF Talhado

End: Praça da Matriz s/nº

Fone: (17) 239-6114

Bairros de Abrangência: Zona urbana e rural de Talhado, Estâncias São

Luiz I, São Luiz II, Sossego, São José Operário, Nossa Senhora do Líbano, São Judas, Pingo D'água.

3.3 – Participantes

Participaram do estudo ACS da Estratégia Saúde da Família do município de São José do Rio Preto - SP. No ano de 2005 havia 7 equipes, em 5 unidades ativas no município, totalizando 35 agentes comunitários, segundo informações da coordenação do programa saúde da família.

Para a realização das entrevistas a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora do PSF explicando o projeto e seus objetivos. Esta, por sua vez, contactou os gerentes das USFs para que estes convidassem e agendassem previamente com seus ACS interessados em participar do projeto um dia de disponibilidade para conversar com a pesquisadora. Esta compareceu em dia e hora marcados conforme a disponibilidade dos profissionais, no próprio local de trabalho.

Foram entrevistados pela pesquisadora 23 ACS, durante o período de agosto a setembro de 2005. Esses 23 ACS eram profissionais ligados às USF existentes no município. Nenhum dos ACS presentes no dia combinado, se recusou a participar do estudo, porém nem todos os agentes foram entrevistados em atividade devido a não disponibilidade no momento, afastamentos por problemas de saúde, licença maternidade ou férias no momento da pesquisa.

Dentre as 23 entrevistas coletadas, foram selecionadas 17 as quais atendiam ao critério para inclusão na amostra, ou seja, de ter dois anos ou mais de atuação na função. A exclusão dos ACS com menos de 2 anos de experiência, justifica-se pelo fato de que uma adaptação inicial a um novo trabalho pode desencadear situações de ansiedade ou estresse.

A seguir, buscamos caracterizar os 17 participantes desta pesquisa de acordo com a faixa etária, gênero, grau de escolaridade, estado civil, número de filhos, tempo de atuação como ACS, ocupação anterior à contratação como ACS, experiência prévia na área da saúde, tempo que vivem na área de atuação das USF e quanto a realização do curso técnico de ACS, exigido desde 2004 pelo MS (BRASIL, 2004).

Quanto à faixa etária, os ACS têm entre 24 e 49 anos, com média de idade de 37,4 anos. 88,2% dos ACS encontram-se na faixa etária compreendida entre 30 e 49 anos e na faixa mais jovem encontram-se 11,8%. Esses dados são apresentados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo faixa etária (anos), São José Rio Preto/SP, 2005.

Faixa Etária	Frequência	Porcentagem
20 - 29	2	11,8%
30 - 39	6	35,3%
40 - 49	9	52,9%
Total	17	100%

Quanto à distribuição por sexo, constata-se que os ACS em sua maioria são do sexo feminino (14, dos 17 ACS), sendo somente 3 do sexo masculino,

em consonância com resultados de estudos relacionados ao ACS de todo o Brasil (Silva e Dalmaso, 2002; Villa, 2004).

Analisando o estado civil, verifica-se que 10 dos ACS eram casados, 4 eram solteiros, 2 eram amasiados e 1 viúvo, conforme é observado na Tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o estado civil, São José Rio Preto/SP, 2005.

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	4	23,5%
Casado	10	58,8%
Amasiado	2	11,8%
Viúvo	1	5,9%
Total	17	100%

Quanto ao número de filhos, 1 ACS não possuía filhos, 3 tinham 1 filho, 9 ACS tinham 2 filhos e 4 tinham 3 filhos.

Através do nível de escolaridade, constata-se 94,2 % dos participantes do estudo cursaram até o ensino médio (completo – 47,1% e incompleto – 11,8%), tendo portanto, de 9 a 11 anos de estudo. Apenas um ACS tinha curso superior incompleto. Esses dados estão contidos na Tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo a escolaridade, São José Rio Preto/SP, 2005.

Nível de escolaridade	Frequência	Porcentagem
Primeiro grau incompleto	1	5,9%
Primeiro grau completo	3	17,6%
Segundo grau incompleto	2	11,8%
Segundo grau completo	8	47,1%
Segundo grau com magistério	2	11,8%
Superior incompleto	1	5,9%
Total	17	100%

Quanto à escolaridade verifica-se que os agentes comunitários têm escolaridade superior à exigida, para a função, que é de ensino fundamental completo, o que vai novamente ao encontro aos dados de Silva e Dalmaso (2002) e do estudo de Villa (2004).

Quanto ao tempo de residência dos ACS na comunidade, a Tabela 4 abaixo, mostra que, dos 17 ACS, cerca de 52,9% residiam no bairro entre 2 a 9 anos e cerca de 35,3% deles entre 10 e 19 anos. Observa-se ainda que 2 ACS (11,8%) moram há mais de 20 anos no bairro.

Tabela 4 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo tempo de moradia na comunidade (anos), São José Rio Preto/SP, 2005

Tempo de Moradia (anos)	Frequência	Porcentagem
2 – 9	9	52,9%
10 – 19	6	35,3%
20 – 29	1	5,9%
30 – 39	1	5,9%
Total	17	100%

Quanto ao tempo de serviço, os pesquisados responderam estar atuando como ACS, em média, há mais de 4,1 anos, sendo o maior tempo de atuação como ACS foi de 8 anos e 3 meses.

Em relação à empregos anteriores, a maioria dos ACS (94,1%) teve outro emprego antes de tornar um ACS, apenas 1 ACS informou ser dona de casa. As ocupações mais citadas foram empregada doméstica (17,6%), vendedor (11,8%) e comerciante (11,8%).

Dos ACS que participaram do estudo, todos estava trabalhando pela primeira vez na área da saúde (100%).

Quanto ao curso técnico de agente comunitário de saúde, dos 17 ACS entrevistados, 16 estavam cursando o técnico de agente comunitário e somente 1 ACS não estava cursando o mesmo.

3.4 - Procedimento:

- Instrumento de Coleta de Dados

A técnica de investigação escolhida foi a entrevista semi-estruturada, que articula a possibilidade de direcionamento da entrevista por meio de questões formuladas, como também permite ao informante abordar de maneira livre e reflexiva, o tema proposto, dando condições ao pesquisador de obter dados fundamentais para sua pesquisa. Segundo Cahué (1995), a entrevista semi-estruturada organiza-se a partir dos temas que se quer abordar durante a entrevista, no entanto as perguntas não são elaboradas objetivando respostas puramente afirmativas ou negativas. Este tipo de

entrevista permite interação, flexibilidade e reflexão. Para Ludke e André (1986), a entrevista semi-estruturada desenvolve-se a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações.

Foi utilizado um roteiro (APÊNDICE A), do qual extraíram-se questões, centradas na identificação de situações estressoras e nas estratégias de enfrentamento, para análise no presente trabalho.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

- Análise dos Dados

Foi feita uma análise temática visando identificar nas falas dos ACS sua percepção do que são situações estressoras. Embora essa análise busque dados de regularidade, que expressam categorias mais freqüentes, nesse caso buscou-se apresentá-las sem a preocupação com a regularidade de forma a contemplar o que foi expresso pelos participantes do estudo. Optou-se também pela apreensão do conteúdo manifesto.

A literatura sobre esse tema no contexto do trabalhador enfermeiro traz categorias que também auxiliaram na definição do que foi encontrado no presente trabalho (Minayo, 1998; Stacciarini e Trócoli, 2001). Para análise das estratégias de enfrentamento utilizou-se a proposição de Lazarus e Folkman (1984).

3.5 - Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP sendo aprovado conforme protocolo 0572/2005 (ANEXO A).

Os profissionais participantes do estudo foram esclarecidos com relação ao projeto e consultados quanto à disponibilidade para participação. Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE B)

4. Referencial Teórico

4.1. Estresse no Trabalho

O interesse pelo estudo do estresse no trabalho tem sido crescente na literatura científica, particularmente nos últimos anos. Uma razão para o aumento de pesquisas sobre este tema deve-se ao impacto negativo do estresse ocupacional na saúde e no bem-estar dos empregados e, conseqüentemente, no funcionamento e na efetividade das organizações. Na economia, o impacto negativo dessa variável tem sido estimado com base na suposição e nos achados de que trabalhadores estressados diminuem seu desempenho e aumentam os custos das organizações com problemas de saúde, com o aumento de absenteísmo, da rotatividade e do número de acidentes no local de trabalho. (Jex, 1998)

Em meio à multiplicidade de pesquisas, nota-se que o termo estresse ocupacional tem sido utilizado de modo pouco consistente, havendo desentendimentos sobre seu significado e formas de medição. Segundo Jex (1998), as definições de estresse ocupacional dividem-se de acordo com três aspectos:

- Estímulos estressores: estresse ocupacional refere-se aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do empregado e que excedem a sua habilidade de enfrentamento; estes estímulos são comumente chamados de estressores organizacionais.
- Respostas aos eventos estressores: estresse ocupacional refere-se às respostas (psicológicas, fisiológicas e comportamentais) que os indivíduos emitem quando expostos a fatores de trabalho que excedem sua habilidade de enfrentamento.

- Estímulos estressores-respostas: estresse ocupacional refere-se ao processo geral em que demandas do trabalho têm impacto nos empregados.

Assim, de acordo com a definição priorizada, os estudos podem se basear nos estressores organizacionais, nas respostas do indivíduo a esses estressores ou nas diversas variáveis presentes no processo estressor-resposta.

O estresse ocupacional pode ser definido, portanto, como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas. Ou seja, segundo Lazarus (1995) e Lazarus e Folkman (1984), a simples presença de eventos que podem se constituir como estressores em determinado contexto, no qual o indivíduo esteja inserido, não caracteriza um fenômeno de estresse. Para que isto ocorra, é necessário que o indivíduo perceba e avalie os eventos como estressores, o que quer dizer que fatores cognitivos têm um papel central no processo que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo a eles. A existência de um evento potencialmente estressor na organização não quer dizer que ele será percebido desta forma pelo indivíduo. Além disso, características situacionais e pessoais podem interferir no julgamento do indivíduo.

Em relação aos estressores organizacionais apontados na literatura, estes podem ser de natureza física (por exemplo, barulho, ventilação e iluminação do local de trabalho) ou psicossocial, sendo que os últimos têm despertado maiores interesses nos psicólogos organizacionais. Entre os

estressores psicossociais, destacam-se os estressores baseados nos papéis, os fatores intrínsecos ao trabalho, os aspectos de relacionamento interpessoal no trabalho, a autonomia/controle no trabalho e os fatores relacionados ao desenvolvimento da carreira (Paschoal & Tamayo, 2004).

Grande parte dos estudos com relação aos estressores organizacionais psicossociais têm se apoiado na teoria de papéis. Dois fatores principais constituem esta categoria de estressores. O primeiro refere-se ao conflito entre papéis, o qual ocorre quando informações advindas de um membro ou contexto do trabalho entra em conflito com as informações de outro membro ou contexto. (Jex, 1998). Outro estressor associado refere-se à ambigüidade do papel. Neste caso, as informações associadas ao papel que o empregado deve desempenhar são pouco claras e inconsistentes (Jex, 1998).

De acordo com Glowinkowski e Cooper (1987), os estressores podem ser fatores intrínsecos ao trabalho, os quais se referem a aspectos como repetição de tarefas, pressões de tempo e sobrecarga.

Outro tipo de estressor, comumente relatado na literatura, refere-se ao controle/autonomia no trabalho. Segundo Kahn e Byosiere (1992), o controle tem sido tratado em termos da autonomia do trabalhador em relação às decisões e métodos de trabalho.

Dependendo de suas percepções, o indivíduo pode reagir aos estressores organizacionais de forma positiva ou negativa. Neste último caso, tem-se o fenômeno de "strain", termo que abrange a diversidade de respostas negativas que são emitidas como consequência da exposição aos estressores. As

categorias de resposta aos estressores podem ser divididas em: psicológicas, fisiológicas e comportamentais.

Fundamentalmente, as reações associadas a estressores são de natureza emocional, sendo que as respostas psicológicas aos estressores organizacionais são comuns na literatura. Cooper e Cartwright (2001) referem-se às emoções destrutivas e ao estresse como se fossem um único construto e afirmam que, no futuro, o estudo do estresse no trabalho poderá ser substituído pelo estudo das emoções no trabalho. Stanley e Burrows (2001) incluem o estresse no elenco das principais emoções do adulto, ainda que afirmem que o estresse consiste num processo e não estritamente numa emoção. Para estes autores, a ativação psicológica ou física causada pela discrepância entre demandas situacionais e mecanismos de enfrentamento leva a uma gama de emoções como tensão, ansiedade, irritabilidade, nervosismo e raiva, entre outras.

Muitas das respostas psicológicas enfocadas nos estudos sobre estresse ocupacional têm consistido na insatisfação no trabalho, na ansiedade e na depressão. Wang e Patten (2001) verificaram que quanto maior o estresse ocupacional, mais sintomas de depressão os indivíduos apresentam.

Em quase todos os estudos (Cox, Rial-González, 2002; Iwata e Suzuki, 1997), encontram-se também inúmeras variáveis de natureza pessoal e situacional que podem influenciar o estresse ocupacional, independentemente da definição adotada para este construto. Quanto as variáveis situacionais, destaca-se o suporte social encontrado pelo trabalhador, o qual pode ser recebido do supervisor, dos colegas de trabalho ou mesmo de pessoas fora do

trabalho. Quanto as variáveis pessoais que influenciam o estresse ocupacional, o estilo de enfrentamento do empregado frente aos eventos estressores consiste na principal variável individual, representando ainda, um ponto central de muitos estudos (Lazarus & Folkman, 1984).

O trabalho nos dias de hoje, parece ser um importante fator gerador de estresse. Dentro do ambiente laboral, é de suma importância aprender a enfrentá-lo, de forma que ele venha a se tornar positivo, trazendo benefícios individuais e grupais (EUROPEAN COMMISSION, 2000).

Nos profissionais de saúde, o trabalho pode se considerar desgastante devido às situações adversas, como sofrimento, adoecimento, morte. Neste contexto o envolvimento acaba sendo muito intenso a ponto dos profissionais não identificarem suas próprias vulnerabilidades ou quando o fazem, deixam-nas de lado e com isso tornam-se mais expostos aos efeitos negativos do estresse.

Lima (1997) afirma que o estresse tem sido considerado um risco ocupacional acentuado para os que trabalham na área da saúde, por lidarem com situações de sofrimento, tragédia e emergência.

Fatores como insatisfação do homem com seu trabalho, seja pelo ambiente, seja pelas tarefas que executa, poderão desencadear problemas de saúde mental. É importante ressaltar que o trabalho é considerado um dos processos de produção do psiquismo individual, pois faz parte de nossa identidade social, sendo portanto um dos produtos de nossa saúde mental. Este também pode produzir a enfermidade mental, se não oferecer possibilidades ao trabalhador de concretizar suas aspirações, idéias, desejos ou

quando a organização do trabalho é inflexível. (BIANCHINI, 1999, ROCHA; BRONZATTI, 2000).

Neste sentido, na opinião de Bernik (2002), o estresse pode provocar transtornos mentais temporários ou exacerbar os que já existem, como também pode levar o ser humano a ter pensamentos obsessivos e compulsivos, além de apresentar angústia e sensibilidade emocional aumentada.

4.2 - Mecanismos de Enfrentamento

As emoções e a excitação fisiológica criada por situações de estresse são altamente desconfortáveis, e este desconforto motiva o indivíduo a fazer alguma coisa para aliviá-lo. A palavra enfrentamento é utilizada para denominar o processo pelo qual uma pessoa procura administrar as demandas estressantes.

Segundo a definição de Lazarus e Folkman (1984), enfrentamento é uma variável individual representada pelas formas como as pessoas comumente reagem ao estresse, determinadas por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis. Corresponde a um processo pelo qual os indivíduos administram as demandas da relação pessoa/ambiente, que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram. Ante uma situação considerada estressora, eles realizam uma avaliação do que está ocorrendo, a fim de que o organismo possa responder adequadamente ao estressor, solucionando-o ou amenizando-o.

Folkman e Lazarus (1980) enfatizam o papel assumido pelas estratégias de enfrentamento, apontando que estas estratégias podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação estressante. Estas estratégias refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um estressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

No enfrentamento, segundo Folkman e Lazarus (1980), estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção.

Ao lidar com uma situação estressante, a maioria das pessoas utiliza tanto o enfrentamento focalizado no problema quanto o enfrentamento focalizado na emoção. Porém, em situações avaliadas como modificáveis, o enfrentamento focalizado no problema tende a ser empregado, enquanto o enfrentamento focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis.

4.2.1 Enfrentamento Focalizado na Emoção

O enfrentamento focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse ou resultado de eventos estressantes. Estes esforços de enfrentamento são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranqüilizante, assistir uma comédia na TV, sair para correr, são exemplos de

estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse.

Ou seja, as pessoas utilizam o enfrentamento focalizado na emoção para impedir que suas emoções negativas as dominem e as impossibilitem de agir para resolverem seus problemas. Elas também utilizam o enfrentamento focalizado na emoção quando um problema é incontrolável.

4.2.2 Enfrentamento Focalizado no Problema

O enfrentamento focalizado no problema constitui-se um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. A ação do enfrentamento pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando o enfrentamento focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de estresse, inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O enfrentamento focalizado no problema, dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor.

Ou seja, as estratégias para a resolução de problemas, incluem definir o problema, gerar soluções alternativas em termos de vantagens e desvantagens, escolher entre elas e implantar a alternativa escolhida. As estratégias focalizadas no problema também podem dirigir-se internamente: a pessoa pode mudar algo a seu respeito em vez de mudar o ambiente. Mudar os níveis de aspiração, encontrar fontes alternativas de gratificação e aprender

novas habilidades são exemplos de estratégias dirigidas internamente. A habilidade do indivíduo para empregar estas estratégias depende de sua gama de experiências e de sua capacidade de autocontrole.

As pessoas que tendem a utilizar o enfrentamento focalizado no problema em situações de estresse apresentam menores níveis de depressão tanto durante quanto depois da situação de estresse (Billings e Moss, 1984). Evidentemente, as pessoas que são menos deprimidas podem achar mais fácil utilizar o enfrentamento focalizado no problema. Mas estudos longitudinais indicam que o enfrentamento focalizado no problema leva a períodos mais curtos de depressão, mesmo levando-se em conta os níveis iniciais de depressão das pessoas.

4.2.3 Recursos de Enfrentamento

No momento em que o indivíduo se depara com uma situação estressante, o enfrentamento a ser aplicado será determinado segundo a sua avaliação cognitiva. Inicialmente, é feita uma avaliação primária, onde as características da pessoa e do ambiente influem sobre o julgamento do que está acontecendo durante o confronto. Posteriormente, na avaliação secundária, a pessoa pergunta-se o que pode fazer e a resposta será obtida através do uso de meios e recursos que estão a sua disposição, como também pelas restrições que podem inibir o uso desses meios num determinado confronto.

Os recursos pessoais de enfrentamento são, segundo Beresford (1994), constituídos por variáveis físicas e psicológicas, que incluem saúde física,

moral, crenças ideológicas, experiências prévias de enfrentamento, inteligência e outras características pessoais. Os recursos sócios-ecológicos, encontrados no ambiente do indivíduo ou em seu contexto social, incluem relacionamentos conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e circunstâncias econômicas. Segundo este autor ainda, a disponibilidade de recursos afeta a avaliação do evento ou situação e determina que estratégias de enfrentamento o indivíduo pode usar. Os recursos sócio-ecológicos podem, entretanto, atuar como fatores de risco e de resistência ao ajustamento do indivíduo. Neste sentido, os recursos de enfrentamento estão fortemente vinculados à noção de vulnerabilidade, já que a vulnerabilidade aos efeitos do estresse é mediada por recursos de enfrentamento. Dependendo da qualidade e da disponibilidade destes recursos, o sujeito torna-se mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do estresse.

Uma estratégia que parece ajudar as pessoas a se adaptarem emocional e fisicamente a um estressor é procurar o apoio emocional de outras pessoas.

Entretanto, a qualidade do apoio emocional que uma pessoa recebe depois de sofrer um trauma influencia muito o impacto daquele apoio sobre a saúde do indivíduo (Rook, 1984). Alguns amigos ou parentes podem ser um fardo em vez de uma benção em momentos de estresse. Relacionamentos sociais conflituosos podem afetar a saúde física através do sistema imunológico.

5. Resultados

Através da análise do conteúdo das entrevistas foram construídas categorias relacionadas a dois temas centrais:

1. Fatores de sobrecarga:
2. Mecanismos de enfrentamento

5.1 – Fatores de Sobrecarga

Em nossa pesquisa, os ACS entrevistados referiram várias situações em que identificam como fatores de sobrecarga no trabalho e as respostas nos levaram a elaboração de categorias as quais denominamos de:

- Condições de Trabalho;
- Questões Salariais;
- Gênero;
- Estado Civil;
- Interface Família-Trabalho;
- Relacionamento Interpessoal;
- Carga Emocional;

Para melhor apresentação, iremos citar as situações relatadas pelos ACSs, seguidas dos trechos das entrevistas que melhor exemplifica os fatores de sobrecarga de trabalho.

- **Condições de Trabalho:**

Na categoria condições de trabalho, agrupamos os conteúdos que nos remetem às dificuldades enfrentadas diante de aspectos que cercam o

desenvolvimento das atividades dos ACS, como: horários incertos de trabalho, dificuldades para cumprir metas, falta de privacidade, ter que morar na mesma microárea de atuação e a dificuldade de supervisão pela enfermeira.

- Horários incertos, as vezes, impróprios até mesmos para os usuários, para realização das visitas domiciliares (nos horários de almoço, períodos noturnos, feriados e finais de semana).

(...) o que acontece é que eu tenho que ir 2 a 4 vezes na mesma semana, tenho que ficar indo, se eu não encontrar após às 18 horas, eu tenho que ir no sábado, final de semana e assim, eu particularmente não gosto de trabalhar de fim de semana, várias vezes assim, já cheguei para fazer a visita e a pessoa está com visita, está fazendo churrasco, aí você chega para falar e fica meio assim, então o que me pega é a situação de não encontrar a pessoa (...) – ACS1

(...) mas é difícil porque não é um trabalho que você entra num horário X e sai num horário X, você tem que fazer, tem que trabalhar fora de hora para poder cobrir as prioridades, mesmo porque tem clientes que não estão no horário que eu estou trabalhando, tem cliente que trabalha de segunda a segunda, só a noite e chega muito tarde, fica difícil, para você ter que estar tendo que ir a noite, fazer visitas no final de semana, ou num horário de janta, tanto pode complicar para você, como para os que estão sendo visitado, então fica difícil conciliar neste sentido (...) – ACS 15

- Dificuldade para cumprir metas.

Porque no agente, ele tem que cumprir a meta dele de visitas, por exemplo, se é 70 famílias, você tem que cobrir estas famílias, só que não é só as visitas, você tem reuniões intersetoriais que participa, você tem as reuniões de dentro da unidade que tomam tempo, você tem cursos né, que estão te profissionalizando mais, te capacitando mais, tem “any” coisas que vão aparecendo, surgem e você tem que ir, então se você for somando e tirando estas horas, estes dias, sobram muito pouco, aí fica difícil você ter que fazer estas visitas, ter que cobrir, geralmente quando tem muita coisa no mês para fazer, fica complicado, porque você não vai fazer uma visita correndo, passar correndo numa casa, oi tudo bem, você tem que parar, dar um tempo para cada família, então é complicado, dificulta (...) – ACS15

- Falta de privacidade e liberdade dentro do bairro, implicando constante vigilância da comunidade sobre o modo de viver e agir do ACS.

(...) é difícil porque as pessoas não têm clareza que estou no meio do meu horário de descanso... as pessoas ainda agem por impulso, quando tem um problema ou dúvida, eles não vão esperar até segunda feira para estarem vindo aqui, eles sabem onde você mora (...) – ACS 4

(...) o agente é uma pessoa visada na área, então eles estão sempre de olho, no que esta fazendo, como esta agindo, porque está brigando, porque esta discutindo, a gente passa a ser um espelho e tem que ser tudo perfeito (...) – ACS13

(...) só que tiram a liberdade sua, porque você fica restrito, se você estiver fazendo alguma coisa eles falam e criticam, eles não vê você como cidadão no sábado, domingo e feriado, ou depois do seu expediente, eles veem você como ACS, o ruim é isso aí (...) – ACS 3

- Ter que morar na mesma microárea em que atua.

(...) quem mora dentro da microárea que trabalha, tem muito problema do cliente ir procurar ele, de noite, de manhã, sábado, domingo, feriado, se ele está de folga, vão lá procurar, no almoço vai lá procurar, ele passa ser o foco principal daquele bairro e pode ser procurado a qualquer momento, por qualquer coisa, as vezes não tem nem relação com a saúde, alguma questão ali, o cliente acha que o agente tem que resolver, então vai bater e procurar o agente de saúde (...)

Mas as meninas que moram na microárea, reclamam muito de que nem nas férias tem descanso, porque o cliente está lá pedindo informações, quer remédios, quer receitas, ele não vem na unidade, ele vai na casa da agente de saúde, porque fica mais próximo (...) – ACS 13

(...) não concordo agora que eu estou sentindo na pele, é de ter que trabalhar na própria microárea..... o vínculo é bom, só que as vezes é tão excessivo que as vezes deixa a gente chateada, por não ter a liberdade de não sair nem na porta do seu portão (...) – ACS 17

- Dificuldades de supervisão pela enfermeira.

(...) a gente conseguia conversar entre a gente, agora somos o dobro, não é nem falta de vontade da enfermeira em ouvir ou ajudar.., mas somos o dobro para ela supervisionar (...) – ACS 12

• **Questões Salariais**

Nesta categoria, o ACS demonstra insatisfação com o salário recebido.

- Não recebimento de hora extra.

(...) a gente também trabalha em campanhas de vacinações que são aos sábados e a gente não recebe hora extra (...) – ACS 1

• **Gênero**

Enquadramos aqui, a dificuldade do ACS quando o mesmo é do sexo masculino, conseqüentemente a dificuldade de criar o vínculo, estar

adentrando nos domicílios, nos quais só encontra presente a dona da casa. Acrescentam-se, ainda, as orientações quanto a exames ginecológicos e auto-exames de mamas. Há uma desaprovação social quanto a uma mulher receber um homem em sua casa, estando sozinha.

(...) um pouquinho de dificuldade maior foi assim que 90% você acha na residência as mulheres, então assim, você precisa criar um vínculo com a família, uma confiança tudo e no início foi assim não foi assim dificuldade, mas um pouco de medo para criar este vínculo e poder falar de exames como o papanicolau (...) – ACS 10

- **Interface Família-Trabalho**

Enquadramos aqui, a sobrecarga de papéis sociais dos ACS (esposa, mãe, dona de casa), assim como suas múltiplas tarefas.

(...) é difícil, e a família da gente suga muito de gente também, pelo fato de ser mãe, esposa e dona de casa, mas a gente vai levando (...) – ACS 4

- **Relacionamento Interpessoal**

Enquadra nesta categoria problemas de convívio e comunicação, dificultando a integração do ACS seja com os usuários, equipe da USF ou os familiares do ACS. Neste categoria dividimos em três subcategorias: o relacionamento interpessoal com os usuários da ESF; o relacionamento interpessoal com a equipe de SF e o relacionamento interpessoal com a própria família do ACS e pessoas significativas.

Com os usuários

Aqui entra o relacionamento interpessoal com a comunidade, que é maior foco de atenção nas atividades ocupacionais dos ACS.

- Casas em que não são bem recebidos.

As vezes, o que mais me sobrecarrega é alguma visita que você não é bem recebido assim, que não é bem recebido. – ACS 10

- Falta de entendimento da população do objetivo da estratégia saúde da família.

(...) uma coisa que a gente acha difícil , é mudar os hábitos, de ver que aqui não é uma UBS e sim um sistema de prevenção, que a gente não vai na casa para tirarem a liberdade deles, mas sim para passarem orientações que são para ajudarem eles (...) – ACS 4

(...) a família te recebe tal, te trata até bem, mas não tem um interesse de você estar aí, acha que o SUS para ela não é grande coisa e que não vai precisar (...) – ACS 10

É as pessoas não aceitarem os programas, não aceita o programa, você explica, explica e a pessoa só tem crítica a fazer, ela não entende o programa, ela não aceita. – ACS11

- Resistência e indiferença dos usuários em aceitar e seguir as orientações dos ACS, principalmente, nas mudanças de hábitos

(...) está marcado 10 visitas, você fez 5 e às vezes é na sexta que acontece isto aí, aí você não tem energia para fazer mais visita, porque você sai daquela casa, e a pessoa fala mal de tudo, tudo que é de saúde, mas você tem que ouvir, aí você procura orientar, faz deste jeito, assim vai ser melhor e a pessoa responde também não dá certo, é uma pessoa de tudo ponto negativo, eu saio meio cansada, é uma situação muito difícil (...)– ACS8

(...) infelizmente, é assim, a gente vê uma resistência, não de todos, mas a maior dificuldade é mudar o hábito..... eles falam que vão mudar, que vão fazer isso, e na hora, você fica até contente, mas aí você volta no outro mês, ou continua ou está pior (...)– ACS5

- Risco de represália das famílias visitadas.

As vezes assim, você chega na casa assim, e a pessoa não entende como é o esquema da unidade, como é que funciona e pessoa fica meio revoltada e acaba soltando os cachorros em cima da gente e isto sobrecarrega um pouco você fica meio desnorteado, quer dizer dá um desanimo (...)– ACS13

- Dificuldade de orientação em relação à higiene.

(o que mais me sobrecarrega é) quando eu falo de higiene e não tem higiene nenhuma....aí passou uns três a quatro meses, estava sujo tudo de novo, eu não sei, acho que é o modo de viver deles e isto me deixa muito angustiada, porque não entre na cabeça deles de limpar (...)- ACS2

(...) eu já trabalhei em áreas ruins e tem pessoas que não tem jeito mesmo... gosta de viver na sujeira, se limpar a casa parece que fica doente, gosta de ficar na sujeira (...)- ACS1

Com a equipe da USF

- Dificuldade na determinação de prioridades na atuação da equipe de saúde da família pelo caso que o ACS passou na reunião, que o mesmo acha importante.

(...) acho que é um problema de todo o agente, de ele pegar mais o problema para ele, assim sabe, então ele acha que aquele caso, a equipe tem que pegar e saber que é um problema e tem que resolver logo e isto daí ainda balança um pouco a cabeça da genteàs vezes a gente se sente um pouco chateado, porque parece que aquilo não interessou muito e então como a gente vai lá dentro da casa e vê e tal, cria este vínculo, quando passa alguma coisa assim a gente quer sempre tratar com carinho e dependendo assim de uma fala , um olhar de desinteresse por parte da equipe, a gente fica chateado, porque é uma coisa que você quer resolver, fazer o melhor para aquela família (...)- ACS10

Depende da informação, tem informações que chegam para ajudar, tem informações que acabam sendo distorcidas e se perdendo (...)- ACS16

- Trabalho em equipe.

(...) acho que o que mais pega assim, no trabalho é a interação da equipe mesmo, às vezes você quer discutir alguma coisa, tua visita, ou a gente quer fazer algo ali no grupo, tem um e vem e discorda, então a dificuldade maior é isso (...)- ACS16

Com a família e pessoas significativas

- Não aceitação por parte dos familiares em compartilhar os problemas de trabalho do agente

(...) difícil, muito difícil, porque meu marido também não entende, fala que a nossa casa, parece um pronto socorro (...)- ACS12

(...) e o meu filho reclama que este povo só vem falar de doença (...)- ACS1

- **Carga emocional**

Referem à sentimentos que são experienciados diante da prática do trabalho, entendemos como elementos emocionais do profissional. Nesta subcategoria, encontra-se o maior número de queixas sobre situações estressantes para o ACS, por isso subcategorizamos, a carga emocional em relação às condições de vida dos usuários, em relação ao envolvimento com os usuários, em relação a não resolutividade dos problemas dos usuários e ao adoecimento grave e falecimento dos usuários.

Em relação às condição de vida dos usuários

- Observar dia a dia a perpetuação de hábitos e atitudes impróprias dos pais passando para os filhos da comunidade. Negligência dos pais com os filhos.

(...) e você está lutando e orientando e a pessoa não está nem aí, é difícil isto aí, ... e aquelas crianças passando necessidade e dificuldade e não tem assim, vai crescendo se espelhando no que o pai e a mãe são, e o pai e a mãe não procuram melhorar nem um pouquinho para ajudar os filhos e isto é bastante triste para a gente, porque a gente promove até curso para os paisporque aqui nós temos crianças problemas, a gente faz e eles não dão importância, são poucos pais que dão importância para o filho não ficar assim e aprender a melhorar para tratarem os filhos melhor, eles não vão atrás, então eu acho isto bastante triste sabe, eu acho assim, a criança é aquilo que o pai e a mãe é (...)- ACS8

- Casas em que há violência doméstica e maus tratos, acarretando, situações em que há necessidade de denúncia para outros órgãos responsáveis.

(...) uma coisa que me deixa muito triste é chegar numa casa e ver uma criança mal tratada, esta é uma das coisas que mais me toca numa visita (...)- ACS5

(...) foi difícil, muito difícil, e aí ela foi denunciada, foi para o conselho tutelar, o conselho tutelar foi lá, e ela ficou mais arisca ainda, aí ela me via na rua e xingava todo mundo aqui, falava que ninguém tinha nada ver com a vida dela (...)- ACS2

(...) outra vez foi uma cliente brigar mesmo comigo, por causa de uma confusão que envolveu conselho tutelar (...)- ACS1

(...) violência doméstica, estas coisas assim, me abalam e ainda me abalam muito (...)-ACS12

- Famílias com problemas de uso e abuso de drogas ilícitas.

(...) as situações que mais me sobrecarregam são as drogas, muitas crianças nas drogas, você sai com a sensação de não ter conseguido fazer nada para aquela família (...)- ACS13

Tem drogas, alcoolismo (...)- ACS14

- Famílias desempregadas sem recursos financeiros para se alimentar ou manter-se

(...) então é uma coisa que me deixa muito triste, eu me preocupo muito, quando eu chego numa casa e eu vejo ou numa casa que a pessoa não tem o que comer e a criança está com fome (...)- ACS3

Eu acho assim, eu sinto muito quando eu chego na casa de uma pessoa, é o desemprego, igual este bairro que eu faço, não é assim que fala, mas é um bairro mais pobre, que tem as pessoas com dificuldade, eles sentem isto aí, e quando eu chego em casa que a pessoa me pergunta se eu posso dar um pacote de arroz ou uma lata de óleo, porque não tem tal, ou a pessoa precisa de medicamento e não tem aqui e a pessoa não tem dinheiro para comprar me machuca muito, então que choca muito é esta parte aí de desemprego, de você não ter dinheiro para estar se mantendo e está desempregado, não tem estudo suficiente ou nem tem estudo e é difícil arrumar um trabalho e as vezes você também não pode estar ajudando, então isto aí me deixa lá embaixo, que eu vou fazer visita numa casa e não posso estar ajudando (...)- ACS7

Em relação ao envolvimento com os usuários

- Envolvimento excessivo com as famílias da microárea.

(...) às vezes, eles se tornam desgastantes, porque quando a gente está em trabalho, não sei, eu costumo me envolver muito, eu procuro sentir o que a pessoa está sentindo, então aquilo na hora, no momento, pega muito (...)- ACS1

- Sentimentos de angústia, inutilidade e frustração diante dos usuários que não aceitam participar dos grupos, atividades e/ou aceitar orientações proposta pelo ACS, para melhorar seu próprio modo de viver.

(...) a mãe não comprava a medicação aí eu ficava angustiada, poxa será que sou eu, será que sou eu, sabe, com sentimento de culpa (...)- ACS9

(...) eu me envolvo muito principalmente sentimentalmente, que é assim se tem uma pessoa que não vem no grupo de hipertensão, eu fico frustrada (...)- ACS2

- Visitas à famílias que apresentam problemas graves, sejam eles, financeiros, de saúde ou de relacionamento familiar.

Visitas que são complicadas assim, que tem algum problema na família, problema familiar, e isto acaba te passando né, difícil de você lidar, porque você sabe que não vai resolver, quem vai resolver é a família, você acaba se envolvendo com a família e acaba tendo dificuldade, porque você não vai resolver e ao mesmo tempo acaba pegando um pouco daquilo, é difícil fazer entender que é ela que tem que resolver e não pode passar isto para a frente. – ACS6

Em relação à não resolutividade dos problemas dos usuários

- Sentimentos de culpa e impotência diante dos problemas das famílias.

(...) quando a gente não consegue ajudar a família em nada, isto influi, embora, eu aprendi através do fórum, que não é assim, que você nunca ajuda em nada, de certa forma só de agente ir..... aprendi que sempre alguma coisa a gente ajuda, só que tem muitas coisas que você gostaria de resolver logo e tem o processo da pessoa estar resolvendo aos pouco. – ACS4

(...) o mais difícil mesmo, é ver uma situação que você não tem como ajudar, te preparam para uma orientação, mas você não tem como ajudar ali na hora, para resolver o problema dali na hora, e às vezes eles precisam de ajuda sua naquele momento. – ACS13

(...) e às vezes você também não pode estar ajudando, então isto aí me deixa lá embaixo, que eu vou fazer uma visita numa casa e não posso estar ajudando. – ACS15

(...) com certeza quando você vê que não tem, que você não pode fazer nada, você vê que esta pessoa correu atrás de tudo que podia e aquela pessoa continua daquele jeito, é difícil sei lá, tem que ser profissional nestas horas, não tem como não ficar triste, acaba ficando triste junto com a pessoa, você tenta animar, mas é difícil quando você vê que aquele caso não tem solução (...)- ACS8

Em relação ao adoecimento grave e morte dos usuários

- Situações de morte de usuários ou situações em que o usuário fica acamado.

(...) é difícil também você visitá-la um dia e vê a pessoa bem, nos outros 30 dias você já vê ela acamada, é difícil você lidar com isso, é difícil você vê que a vida é assim, que é a realidade mesmo, você esta bem hoje e outro dia sabe que a pessoa faleceu, e isso mexe um pouquinho, te desestrutura, e você vê, meu Deus a vida é real! - ACS4

(...) eu ver uma pessoa ali com muita dor, como eu vi ela com muita dor, reclamando de dor e não ter o que fazer, aquela dor que já sabe que está no fim (câncer terminal) e aí assim, só um milagre para reverter esta situação (...)- ACS13

5.2 - Mecanismos de Enfrentamento

De acordo com o referencial teórico, dividimos os mecanismos de defesa em mecanismos de enfrentamento focalizados no problema e mecanismos de enfrentamento focalizados na emoção.

• Focalizado no Problema:

- Uso da compensação ao visitar uma família em que segue o programa e progride no seu cuidado em relação à saúde.

Você lembra que eu te falei que quando a gente perde um cliente, aí você pensa que está ganhando outro, que você esta acompanhando uma gestante e é uma vida nova? Essas coisas assim que acabam compensando (...)- ACS15

- Olhar as dificuldades como formas de aprendizado.

(...) porque de vez em quando a gente pira, mas é muito bom, porque eu mesmo, aprendi a me controlar muito, aprendi a me corrigir muito (...)- ACS9

- Compartilhar os problemas com a equipe da USF e outros profissionais que cooperam com a estratégia (Psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais).

Aqui eu tenho bastante liberdade para falar o que eu sinto, tenho bastante liberdade, principalmente com a doutora B., eu me abro muito com ela (...)- ACS2

- Seguir as orientações vindas do médico para uma ação mais profissional e menos emocional dos ACS com a população.

(...) eles estão ajudando um pouco mais assim, tratar com mais objetividade, tratar um pouco diferente de como a gente tratava antes (...)- ACS8

- Desabafar com a enfermeira.

(...) eu gosto muito da enfermeira, minha chefe, porque neste ponto ela escuta, sabe ouvir, escutar e a gente desabafa (...)- ACS7

- Reivindicar junto com a coordenadoria um programa para a promoção e prevenção da saúde mental do trabalhador.

(...) olha este apoio mental a gente procura desde do início, a gente pedia muito para a coordenadora do programa, não precisava nem ser individual, com os ACS mesmo..... eu junto com as meninas acho que deveriam ter um, mesmo que fosse no coletivo, porque embora eu me sinta bem, tem gente aí que está "babando" (...)- ACS1

- Colocar limites na comunidade quanto ao horário que o ACS está em serviço.

(...) até eles entenderem que você trabalha de Segunda a Sexta das 7 as 5, é difícil a comunidade entender, depois eles entendem,. Aí fica legal porque uns iam à minha casa nos finais de semana, 7 horas da noite, e o meu exame, coisas assim que no mais no dia daria para perguntar. Mas agora está tudo legal, só colocar limites (...)- ACS9

- Participar do fórum de ACS, onde há trocas de experiências entre os ACS e aprendizado de como lidar com certas situações.

(...) o fórum nos traz experiência, nos traz diretrizes, de como a gente saber se conhecer diante das dificuldades, então o fórum é maravilhoso, acho que nunca devia acabar. – ACS17

- Fazer psicoterapia.

(...) eu comecei a fazer um acompanhamento psicológico que me ajudou bastante. – ACS2

- Fazer encaminhamentos para o serviço social.

Olha, a primeira coisa que faço é orientar a mãe a ir conversar com uma assistente social, porque eu acho que é o papel dela também, acho que cada um tem que fazer seu papel dentro da sociedade (...)- ACS9

- Consciência de que não tem que resolver tudo sozinha.

(...) agora eu entendi que todos nós temos que trabalhar, eu tenho que fazer o meu papel, o pai e a mãe tem que fazer os deles para poder fazer o negócio andar, porque se não o negócio não anda (...)- ACS8

- Consciência que o trabalho de ACS vai implicar uma certa perda de privacidade dentro do bairro e vai ganhar no quesito de notoriedade do ACS dentro do bairro e de sua importância na população.

(...) mas eu me sinto importante quando eu estou no final de semana na minha casa e alguém bate palma e são meus clientes, e vem perguntar uma coisa, ou vem procurar saber uma coisa (...)- ACS7

- **Focalizado na emoção:**

- Encarar a dificuldade de mudar os hábitos da população, como um desafio, trazendo sensações e sentimentos de luta e esperança (de que aquela situação vai mudar).

(...) as vezes você fala, nossa já fui 3 vezes, e não muda o hábito dele, é uma luta, mas a gente não desiste nunca, há esperança de ela querer mudar. – ACS1

- Crença em Deus e orações. Freqüentar igrejas.

Olha, eu sou evangélica e levo na oração e vou na igreja, chego em casa ponho o meu joelho no chão e oro por estas pessoas e começo a acalmar meu coração (...)- ACS17

- Afastar os problemas da cabeça.

Eu tento não me apegar a isto não, vou para a casa e tento esquecer. – ACS11

(...) eu tento, é difícil, mas eu tento não ficar pensando naquele fato ocorrido, tocar o barco. – ACS13

- Chorar.

(...) eu chorava no canto quietinha (...)- ACS16

- Compartilhar os problemas com os colegas de trabalho (ACSs).

(...) conversar com os colegas, eu acho que é legal, a gente fazia umas reuniõezinhas entre nós para conversar, para desabafar e é legal. – ACS6

- Realizar atividades de lazer, como passear, cantar, dançar, leitura de livros, jornais, Internet.

(...) procuro cantar, brincar (...)- ACS1

(...) leio um pouco, entro na internet (...)- ACS10

- Buscar apoio de pessoas íntimas, como esposo, filhos, amigos, vizinhos.

(...) a gente chega aqui carregada e aí vai para a casa e tenta esquecer, indo conversar com alguém, assistindo televisão, eu gosto de ler muito livro, eu leio um pouco, sempre tem trabalho do curso para fazer..... eu tenho assim, meus animais, procuro descarregar assim com eles, eu acho que isso é muito importante, hoje eu procuro distrair mais com eles, conversar com algumas vizinhas, que são amigas e isto daí, procuro não levar aquele problema para a casa, porque se você levar o problema para casa pode entrar em depressão, porque você vê coisas bem tristes. – ACS8

- Fazer uso contínuo de antidepressivos.

Estou tomando antidepressivos (...)- ACS2

- Fazer meditação.

Faço uma meditação tranqüilo, sossegado (...)- ACS3

- Fazer exercícios físicos.

(...) então eu tento tirar um pouquinho da cabeça, mas mesmo assim é difícil de desligar, às vezes, você vai para a cama e fica pensando o que fez, o que não deu certo e tal, aí eu caminho mais, faço caminhada para ver outro ambiente, arejar e ajuda aliviar um pouco. – ACS10

- Solicitar afastamento e/ou licença saúde.

Pirei, peguei 15 dias de licença, tive que fazer um acompanhamento com psiquiatra, tomei remédio, tive que fazer acompanhamento psicológico, então eu não quero entrar mais nesta neura não. – ACS16

- Montar cestas básicas com o próprio recurso financeiro.

(...)aí a gente se desdobra e corre atrás, eu já até fiz isso, mandar doação sem a pessoa saber(...)- ACS5

6. DISCUSSÃO

De acordo com Paschoal & Tamayo (2004), o estresse ocupacional pode ser definido, como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas. Portanto, as percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre ele mesmo, pois para algo na organização ser um estressor, ele precisa ser percebido como tal pelo empregado.

Assim como foi proposto por Camelo (2002), o conhecimento dos aspectos teóricos e práticos de Unidades de Saúde da Família têm nos levado a refletir sobre possíveis situações enfrentadas pelas equipes e a população frente a esta nova forma de assistência. Podemos observar um certo gasto de energia e adaptação em diversas situações na relação trabalhador-usuário, que somadas às percepções e características individuais de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse, dependendo das estratégias de enfrentamento adotadas por ele e do suporte oferecido pela instituição prestadora de serviços.

Para o controle do estresse é de suma importância analisar as fontes, após tê-las identificado, assim como os mecanismos de enfrentamento. Diante do exposto, buscamos construir um trabalho que possa ajudar as enfermeiras, assim como a equipe da Estratégia Saúde da Família, a refletirem sobre situações estressoras vivenciadas pelos ACS na sua prática, assim como os mecanismos de enfrentamento por eles usados.

Os ACS entrevistados referiram várias situações em que identificam como fatores de sobrecarga e nesta seção discutiremos cada uma delas.

6.1 - Condições de Trabalho

Dentro das condições de trabalho, podemos dizer que os participantes do estudo consideram que há sobrecarga de trabalho no desempenho de suas atividades.

A sobrecarga de trabalho pode ser dividida em dois níveis: quantitativo e qualitativo. A sobrecarga quantitativa diz respeito ao número excessivo de tarefas a serem realizadas; isto é, a quantidade de tarefas encontra-se além da disponibilidade do trabalhador. A sobrecarga qualitativa refere-se à dificuldade do trabalho, ou seja, o indivíduo depara-se com demandas que estão além de suas habilidades ou aptidões (Glowinkowski & Cooper, 1987; Jex, 1998). Ambas, segundo French et al (1970), têm sido associadas com a experiência de estresse. Fica claro, que nos relatos dos ACS, a sobrecarga é tanto qualitativa quanto quantitativa

A sobrecarga de trabalho foi apontada pelos ACS, devido à cobrança no cumprimento de visitas domiciliares nunca diminuïrem. Exige-se o cumprimento de 100% de visitas na área, sem, no entanto, levar em consideração o fato de as tarefas complementares estarem aumentando cada vez mais: diversas reuniões, curso técnico de ACS, educação continuada, preenchimento de cartão SUS, participação em grupos específicos da USF, fóruns etc.

O ACS é responsável por 750 pessoas de sua comunidade, sendo esse número flexível, pois depende das necessidades locais, e deve visitar cada domicílio pelo menos uma vez por mês (Brasil, 2001). No entanto, para a

maioria dos ACS não é possível visitar todas as famílias mensalmente, pois o número é muito elevado. Esta situação foi evidenciada no estudo de Ferraz e Aerts (2005), que além do excesso do número de famílias, o número de horas dispensadas para esta atividade é insuficiente, adicionando que há inadequação dos horários para realizar estas visitas. Evidencia-se assim, a necessidade de readequação da atividade de visitas domiciliares, de acordo com as características da população de cada local, assim como o resgate junto às equipes do significado e da importância desta prática para a Estratégia Saúde da Família.

Lunardelo (2004) obteve resultados semelhantes quanto ao temor dos ACS diante da exigência quantitativa das visitas. Para os participantes daquele estudo, o excesso pode empobrecer a qualidade do trabalho, tornando o que é potencialmente promissor em algo que se cumpre de forma mecânica. Ainda no contexto daquele estudo, sugeriu-se outras formas de avaliação e controle, como observação e valorização do conjunto de atividades realizadas.

É possível que, com a carga de doenças e de necessidades desses grupos populacionais, o número de famílias sob responsabilidade do ACS e ou da própria equipe, extrapole sua capacidade de resposta, exemplo disto, são os relatos de que há microáreas mais problemáticas em relação a outras, necessitando talvez de um redimensionamento do número de profissionais que atuam em cada USF.

É consensual, que a grande parte da sobrecarga se deve aos horários de trabalho, que devido a cobrança rigorosa das metas de visitas domiciliares, não ficam claramente definidos. Na prática, as visitas domiciliares precisam ser

cumpridas em seu horário de almoço, no período noturno, feriados e até finais de semana. Estes horários foram identificados ainda, como impróprios até mesmo para os usuários.

Cabe lembrar, que a realização de visitas domiciliares é o principal instrumento de trabalho dos ACS e a meta determinada pelo MS, é visitar 100% das famílias cadastradas na área, mensalmente.

Achamos pertinente essa reflexão sobre horários fora do estabelecido, sob o ponto de vista do ACS, pois perpassam questões trabalhistas e de vinculação institucional como direito ao descanso remunerado e o contrato de trabalho de 40 horas semanais/8 horas diárias.

A maioria dos ACS, quando perguntados, no trabalho de Ferraz & Aerts (2005), sobre qual era o período do dia de maior rendimento para as visitas domiciliares, responderam ser o período da tarde. Segundo eles, na parte da manhã é mais difícil a realização das visitas, pois as pessoas dormem até tarde e as donas de casa estão mais ocupadas com os afazeres domésticos, não dispendo de muito tempo para atendê-los. Estes autores constataram que havia uma divergência entre o período mais favorável para a realização das visitas domiciliares (tarde) e o período em que os ACS estão desenvolvendo tal atividade (manhã). No turno da tarde, a maior parte do tempo é utilizada para atividades dentro da unidade.

A profissão do ACS foi criada oficialmente por meio da lei nº 10.057, de 10 de julho de 2002, e como pré-requisitos para o exercício da profissão, esta lei estabelece: "I – residir na área da comunidade que atuar" (BRASIL, 2002), fazendo com que este profissional tenha uma situação singular na ESF, o que

faz com que vivam o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe.

Apesar de ser uma condição delimitada pela lei de criação desta categoria profissional, morar na mesma comunidade de atuação foi uma condição questionada pelos ACSs. Nas entrevistas ficou claro que os ACSs acreditam na necessidade de morar na comunidade de atuação para seu exercício profissional, porém encontramos opiniões divergentes, quando a atuação se dá na mesma microárea em que moram, pois para alguns atuar na mesma microárea é penoso devido às suas conseqüências, como: a constante vigilância da comunidade sobre seu modo de viver e agir e a falta de privacidade e liberdade dentro do bairro.

Seabra (2006) entende que o ACS, por morar no mesmo bairro, tende a conhecer melhor a comunidade por possuir laços de amizade, que facilitam o trabalho da equipe de saúde. Porém, encontrou em seu trabalho que, morar na mesma área, às vezes também implica em inimizades e conflitos com moradores, e que inevitavelmente o ACS é usuário do sistema de saúde e que isso, na visão dos profissionais da USF, não parece acontecer de forma satisfatória, devido ao fato dos profissionais terem um convívio intenso com os ACS. Para os profissionais de saúde a proximidade nas relações é prejudicial ao atendimento do próprio ACS e de seus familiares.

Evidenciamos que o relacionamento interpessoal com o usuário é exacerbado pelo fato do ACS, ter que morar na mesma microárea de atuação e que nas próprias falas dos ACS, é visto como um fator de tensão crônico. Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) a longa exposição a estressores

interpessoais crônicos do ambiente de trabalho podem levar a síndrome de “burnout”.

A falta de supervisão da enfermeira nos aponta para uma situação agravante para o ACS, pois, é por meio da supervisão, que os ACS podem lidar com as adversidades do cotidiano de trabalho, representando um espaço para a reflexão do trabalho desenvolvido. É na supervisão, que a enfermeira pode avaliar a necessidade de informação, capacitação e educação continuada.

O MS, em sua portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF, preconiza que o profissional de enfermagem seja responsável por “coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho do ACS” (BRASIL, 1997).

No entanto, cabe colocar que os ACS entrevistados, justificaram esta falta de supervisão, devido à sobrecarga de tarefas da enfermeira.

Um estudo a destacar é o de Silva (...), que em pesquisa realizada com equipes de PSF, no município de Ponta Grossa (PR), também observou que o profissional de enfermagem responde por diversas atividades diárias na equipe de saúde, o que em seu entender, é fator limitante para o desenvolvimento da supervisão, devido ao excesso de atividades desse profissional.

Trabalhos como a de Seabra (2006), também identificaram que as enfermeiras estavam com excesso de trabalho. Camelo (2002) concluiu, a partir de seus achados, que a sobrecarga de trabalho da enfermeira poderia estar contribuindo para que esta categoria apresentasse o maior índice de estresse (80%) de toda a equipe de saúde.

Lunardelo (2004) identificou que a supervisão, como apoio e auxílio no dia a dia, nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto, não ocorria desta forma. Tal atividade, centrava-se somente na observação do cumprimento de metas.

Segundo Camelo (2006), a falta de preparo e/ou capacitação é considerado pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família como uma situação angustiante e que dificulta a resolução dos problemas diagnosticados na comunidade, gerando insatisfação no trabalho que, por sua vez, pode levar ao aparecimento do estresse. Para esta autora, a falta de preparo e capacitação, que só poderia ser observada nas supervisões do enfermeiro aos ACS, é considerado um risco psicossocial no âmbito do PSF. Além disso, existe evidência de que a forma de gerenciar e o estilo de supervisão têm um impacto substancial no bem-estar emocional dos trabalhadores (Landy, 1989).

Para Matumoto et al. (2005), os supervisores precisam ajudar a equipe a suportar a quebra desse mito de “equipe perfeita”, perceber e lidar com a inquietude, ou seja, suportar um sentimento de falta permanente, entender que as diferenças existem e usar positivamente a potência de produção daquilo que já detém para produzir cuidado. Sem essa superação, a equipe se imobiliza pela falta de um determinado profissional e não consegue saltar para um processo criativo a partir dos recursos que já produz.

“Se o enfermeiro, como supervisor e orientador dos ACS, não estiver bem informado sobre o que está acontecendo no ambiente de trabalho com relação aos pensamentos e sentimentos destes trabalhadores, suas decisões podem se tornar inúteis, porque ele não está consciente de todos os fatores

que precisam ser levados em consideração". O enfermeiro, segundo Camelo (2002), precisa saber escutar os demais trabalhadores da equipe, sob sua responsabilidade; mas se ele também estiver com sintomas de estresse e não conhecer estratégias de gerenciamento para enfrentá-las, será mais difícil de se tomar qualquer decisão.

Lunardelo (2004) aponta ainda, que devido à ausência de espaços de escuta, seja pela a enfermeira ou pela equipe, faz com que os ACS, buscando novas formas de dirigir suas angústias, acabem expondo histórias de vida e problemas de saúde para outras pessoas, que podem vir a saber de quem são essas histórias. As equipes de saúde, ao deixar despercebidos o sofrimento e a insatisfação do ACS com o trabalho, expõem-nos a situações e atitudes que podem, de certa forma, serem caracterizadas como antiéticas.

É preciso que a equipe reconheça no ACS um ser completo de informações e que necessita de ajuda para filtrá-las e trabalhá-las, implementando o sigilo profissional e o respeito sempre.

A supervisão do trabalho do ACS precisa estar fundamentada nas necessidades desse trabalhador, e estar fundamentada nos mesmos princípios que norteiam a sua ética no trabalho, o respeito, a solidariedade e o compromisso. É como se o ACS quisesse para ele o que proporciona aos usuários. Ser cuidado e cuidar de si próprio agregam sabor e saber no trabalho, fortalecendo-o (Collet & Rozendo, 2003).

Segundo Lunardelo (2004), o trabalho do ACS traz uma complexidade diferente em relação aos demais trabalhos, pois ele utiliza todos os recursos disponíveis das tecnologias leves em saúde. De certa forma, constitui um

trabalho desafiador, na medida em que ele necessita de um vasto conhecimento sobre crenças, culturas e vidas. E a equipe pode colaborar para que a brutalidade do trabalho seja lapidada e a tarefa do desbravador seja menos sofrível.

Na verdade, ao falar em formação, capacitação e acompanhamento sistemático, ou seja, em supervisão, é necessário incluir a equipe, gerando reciclagem aos profissionais que foram formados com base no modelo tradicional de assistência à saúde, e que parecem estar, de certo modo, reproduzindo a formação que tiveram aos ACS. Collet e Rozendo (2003) apontaram que o despreparo da equipe está na falta de conhecimentos e suporte que dêem condições para trabalhar com a dor e o sofrimento do outro e para estabelecer processos efetivos de comunicação. Concordamos com as autoras, mas complementamos que na atenção primária, não lidamos apenas com dor, lidamos com a vida, sendo assim, lidamos com todas as suas facetas – os altos e baixos, as alegrias e as tristezas.

Faz-se necessário que a equipe tenha maturidade e que haja desenvolvimento pessoal e profissional com enfrentamento de diversas realidades, para que ocorram a promoção da saúde destas famílias (Camelo, 2002).

Lunardelo (2004) afirma que, acolher o ACS nos vários momentos penosos ou prazerosos, reflete nele um sentimento de apoio e aponta possibilidades de enfrentamento. O trabalhador acolhido, transforma seu sofrimento e dificuldade em potência para o trabalho vivo através da solidariedade e do desenvolvimento de cidadãos ativos.

Faz-se necessário abrir, ou aproveitar, os espaços de escuta e integração, proporcionando conhecimento do projeto e das individualidades e por fim, faz-se necessário cuidar de quem cuida e lida com a vida, seja o ACS, a enfermeira ou toda a equipe. Nesse sentido pode-se pensar que uma forma de compreender suas angústias frente ao trabalho seria empregar as estratégias propostas por Balint (1984) para supervisão de profissionais médicos.

Nessa proposta, o profissional que faz a supervisão auxilia o profissional de saúde a compreender seu cliente e a si mesmo em sua relação com ele.

6.2 - Questão salarial e Vínculo empregatício

Os ACS de São José Rio Preto argumentam a falta de regulamentação e recebimento de hora extra. Os mesmos, tem dois tipos de vínculos empregatícios, parte estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, percebendo menos de 2 salários mínimos, incluindo benefícios e os demais percebendo mais de 2 salários mínimos, incluindo os benefícios, vinculados ao Hospital de Base da Faculdade de Medicina de Rio Preto.

Segundo o MS, um ACS deve ganhar pelo menos um salário mínimo por mês. Os recursos para efetuar o pagamento do seu salário provêm em parte do governo federal, do governo municipal e, em menor proporção, do governo estadual (Brasil, 2001).

Desde sua inauguração como política de governo, a inserção do ACS na rede do SUS tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de

relações de trabalho que deve ser adotada para que possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACS estão submetidos a relações informais de trabalho.

A discussão da contratação do ACS é segundo Castro, Vilar e Fernandes (), mais complexa do que aparenta pois, ela não é resultado de uma simples decisão do setor saúde em contratar desta ou de outra forma; ela decorre de importantes mudanças ocorridas, ao longo da década de 1990, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais de trabalho. Especificamente para este trabalho, essas mudanças estão representadas pelo trabalho flexível e informal. O que parece faltar é a decisão dos gestores em assumir o problema para si, em cada esfera de governo. As secretarias municipais de saúde convivem com uma situação entre, o reconhecimento do papel e da importância do ACS nos serviços municipais e sua incapacidade de vincular este profissional de forma permanente à instituição e o que é pior, incapacidade de vinculá-lo através de um contrato de trabalho que lhe garanta direitos como: férias, licenças, décimo terceiro salário, aposentadoria, horas extras, enfim, direitos de qualquer cidadão. Este é um cenário sem dúvida preocupante.

Estudos mostram que a baixa remuneração tem efeito na capacidade dos trabalhadores em permanecerem saudáveis (Warr, 1992). Homens e mulheres que trabalham em situações de estresse e com poucas recompensas

têm um aumento significativo de mortalidade cardiovascular subsequente (CARDIONEWS, 2005).

6.3 - Interface Família- Trabalho

Colocamos aqui a própria sobrecarga de papéis sociais do ACS (esposa, mãe, dona de casa), assim como suas múltiplas tarefas, devido a grande maioria ser do sexo feminino. Cabe lembrar, que esta situação de vários papéis pode ter caráter positivo e negativo. No lado positivo as relações doméstico-familiares podem assumir características de suporte e de outro impõe mais demandas sobre a pessoa, com a necessidade de exercer múltiplas atividades.

Segundo Cox et. al. (2000), os conflitos nas exigências do trabalho e do lar é uma condição de risco relacionado ao contexto do trabalho que pode levar ao estresse.

Nesse contexto, a sobrecarga refere-se à não aceitação por parte dos familiares dos ACS em compartilhar os problemas de trabalho do agente, assim como a cobrança dos familiares ao verem sua privacidade sendo prejudicada também, devido os usuários procurarem os ACS em seus lares.

Lunardelo (2004) também encontrou em seu trabalho, que nas próprias famílias dos ACS, alguns comentários e opiniões também geram descontentamento e sofrimento para os mesmos.

A família do ACS é depositária de suas angústias, motivo gerador de estresse na mesma. Do ponto de vista familiar, o trabalho do agente, muitas

vezes não tem respaldo institucional, na medida em que “desconta” na família o que não está socializando na equipe.

Para Camelo (2002), um indivíduo com estresse relacionado ao trabalho poderá ter problemas no seu papel familiar, gerando relações tensas e conflituosas.

6.4 – Gênero

Enquadramos aqui, a dificuldade do ACS quando o mesmo é do sexo masculino, pois há dificuldade em criar o vínculo e adentrar os domicílios, nos quais só se encontra presente a dona da casa. Acrescentam-se, ainda, as orientações quanto a exames ginecológicos e auto-exames de mamas. Há uma desaprovação social quanto a uma mulher receber um homem em sua casa, estando sozinha.

O que se coloca aqui é que homens teriam mais dificuldades no exercício de suas atividades que as mulheres. Parece haver um viés social, esteriótipo de papel relacionado ao gênero, quanto às profissões de cuidado, tais como a enfermagem em que o maior parte dos profissionais é mulher (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Silva e Dalmaso, 2002 e Villa, 2004).

6.5 - Relacionamento interpessoal:

- **Relacionamento Interpessoal com os usuários:**

Consideramos aqui o relacionamento interpessoal com a comunidade, que é o maior foco de atenção nas atividades ocupacionais dos ACS.

Os fatores de sobrecarga recaem na falta de entendimento dos usuários em dois pontos, uma é que mesmo após insistentes orientações, sobre os horários de trabalho dos ACS, os usuários não respeitam, evidenciando a dificuldade dos mesmos em colocar limites para a comunidade. A segunda é a falta de entendimento em relação ao objetivo da Estratégia Saúde da Família, que muitos dos usuários ainda “vêm” a USF como UBS, não entendem ainda que um tem caráter preventivo, de promoção, diagnóstico precoce e o outro tem caráter curativista e imediatista. E isto é demonstrado pelos usuários, através do não recebimento dos ACS em seus domicílios, da não participação nas atividades da USF, dificultando assim, o trabalho do ACS. A procura pelo serviço só se dá quando há problemas mais sérios, seguindo o antigo modelo de se produzir saúde.

Com base nas entrevistas, pode se concluir que a população ainda desconhece essa nova estratégia, que introduz outra lógica assistencial, e isto sobrecarrega o ACS, que tem a difícil e complexa missão de trazer informação aos usuários sobre o que é a SF. Seabra (2006), trouxe em seu trabalho realizado em Ribeirão Preto que tanto os próprios profissionais da ESF, como os demais profissionais da saúde e a população ainda desconheciam o intuito da SF. Ou seja, mesmo entre aqueles que vivenciam a Estratégia Saúde da Família, há uma dificuldade de internalizar esta nova forma de produzir saúde.

No estudo de Camelo (2006), de acordo com os trabalhadores das USF do município de Ribeirão Preto, a população mostrou-se incompreensiva em relação à Estratégia Saúde da Família e até mesmo agressiva com os

trabalhadores, desencadeando sentimentos, que podem levar ao estresse profissional destes indivíduos.

Outro fator de sobrecarga foi a resistência e indiferença dos usuários em aceitar e seguir as orientações dos ACS, principalmente no que refere à mudanças de hábitos.

As dificuldades na interação com os usuários se estendem a situações em que se faz necessário orientar quanto à higiene, o que os agentes consideram uma questão delicada. Pontuam, ainda, situações em que precisam ser mais enérgicos com o usuário e temem que haja, como consequência, uma possível represália.

Lunardelo (2004) identificou, nos conteúdos verbalizados pelos ACS que entrevistou, a ocorrência de violência dentro dos serviços de saúde. Trata-se, não de violência física, mas de violência comunicativa na relação do ACS com os usuários. Acredita que esta violência poderia ser minimizada com uma ação de equipe, amparada na escuta e diálogo.

Segundo Lunardelo (2004) apud Merhy (2003), a violência é recíproca entre trabalhadores e usuários; nesta relação não há o personagem "coitado", todos são sujeitos do problema e possuem capacidades e poderes para jogar. O autor nos relembra que a exacerbação da violência nos serviços de saúde é uma forma de manifestar potência e impotência.

No trabalho de França e Rodrigues (1999), ficou demonstrado que o medo, a angústia, a frustração e a agressividade no trabalho podem aumentar as tensões cardíacas, musculares e digestivas.

Percebemos que os ACS se frustram com os usuários ao não terem suas orientações seguidas, devido a vários motivos que vão desde sua formação deficitária até à falta de supervisão. Parece prevalecer uma visão rígida pouco relativizada quanto aos modos de produzir saúde e ao próprio modo de vida das pessoas, entre as quais eles se incluem, mas que ao assumir o papel de profissional de saúde parecem carregar uma idealização de verdade absoluta quanto ao que preconiza. Vemos que os mesmos, não conseguem visualizar, o quanto é complexo seu trabalho como, a mudança de hábitos da população, que isto envolve outras práticas, outros saberes, outros profissionais trabalhando em equipe, os quais sem dúvida exigem formação diferenciada e educação continuada.

Lunardelo (2004) encontrou em seu trabalho, que os ACS apresentam um “sofrimento” uma vez que enxergam seu papel na equipe de forma idealizada, desconsiderando a responsabilidade da equipe, dos indivíduos e das próprias famílias. Além disso, acrescenta que os ACS se sentem pressionados tanto pela equipe, no cumprimento das tarefas, como pela comunidade, que os vê como representantes de suas demandas.

Outro fator de sobrecarga citado, foi a dificuldade de criar vínculo com moradores que não os acolhem bem, nas visitas.

Lunardelo (2004) também encontrou em seu trabalho, que adentrar o domicílio é apontado para o ACS como uma tarefa difícil, exigindo dele adaptação à rotina estabelecida e às novas descobertas que vão emergindo.

Para o ACS, constituem desafios a mediação e o atributo da boa comunicação com a comunidade. Lunardelo (2004) em seu trabalho, revelou que o tempo

de exercício da profissão e o tempo de interação com a família são facilitadores deste processo.

- **Relacionamento Interpessoal com a equipe da USF:**

Nesta subcategoria foram apontados: a dificuldade nas reuniões, na determinação de prioridades de atuação da equipe, sobre os casos relatados pelo ACS, a dificuldade de aceitação quando a equipe prioriza outras ações e não o caso do ACS, que se sente muitas vezes, sendo excluído e tratado com indiferença. O próprio trabalho em equipe também foi levantando.

O trabalho em equipe diz respeito à partilha de ações de planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração entre seus membros, podendo desenvolver como no caso, uma equipe multiprofissional (Feuerwerker e Sena, 1999). Fortuna et al. (2005) define ainda o trabalho em equipe de saúde como "uma rede de relações entre as pessoas, relações de poderes, saberes, afetos e desejos, onde é possível identificar os processos grupais".

Lunardelo (2004) em seus achados, encontrou resultados semelhantes, em que o ACS remete-se ao trabalho de equipe como um instrumento enriquecedor, mas também gerador de dificuldades e sofrimento. E que, em muitos momentos, as equipes não têm correspondido às expectativas destes trabalhadores. Em suas falas, encontrou que o ACS mostra-se descontente e frustrado em relação ao trabalho em equipe.

Esta autora ainda conclui que a concepção de trabalho em equipe que esse trabalhador possui, mostrou-se, em alguns momentos, um pouco

idealizada, e entendeu que essa idealização traz expectativas que podem ser difíceis de serem atingidas, portanto frustra-se e sofre, tornando-se um trabalhador insatisfeito que busca outros modos de minimizar essa insatisfação.

Seabra (2006) salienta que a representação do trabalho do ACS pode ser uma fonte de conflitos tanto para ele como para a equipe, devido ao fato do ACS idealizar seu papel na equipe.

A mesma autora encontrou nas falas dos participantes de seu trabalho que, os outros profissionais também têm dificuldades de trabalhar em equipe, e associou isso a deficiências na formação acadêmica e ao relacionamento hierárquico que ainda existe nas equipes, o que dificulta inclusive a integração. Os ACS sentem-se pouco à vontade para opinar e em algumas ocasiões sentem que não são ouvidos.

Para Cox et. al (2000), o conflito interpessoal no trabalho é um risco psicossocial que pode causar estresse.

Torna-se necessário então, verificar como os membros da equipe estão interagindo e se esta interação possibilita ou não a construção de projetos e decisões compartilhadas por todos, assim como propor superação dos obstáculos na operacionalização do trabalho em equipe.

De acordo com Fortuna et al. (2005), cada integrante da equipe de saúde "possui um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica", ou seja, diferenças que devem ser consideradas, e que o trabalho em equipe vai se elaborando em seu fazer do cotidiano, mas precisa ser analisado, pois passa por momentos de satisfação, de dificuldades, de

paralisação, sendo um processo de idas e vindas, em várias direções. Essas autoras ressaltam ainda, a dificuldade da equipe em se reunir para conversar, pois é nessas ocasiões que ficam evidentes as contradições e as expectativas que um profissional sente em relação ao outro e não são claramente faladas.

Seabra (2006) entende que a dificuldade de se trabalhar em equipe pode ser devido, ainda, ao fato de que os próprios profissionais da equipe de saúde estão despreparados para lidar com esse novo profissional, o ACS. Verificou também, em seu trabalho, que alguns profissionais estabelecem uma diferenciação entre “a gente” da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) e “o agente”. Isso apareceu nos relatos de forma implícita, denotando que os profissionais não internalizaram ainda o fato de o ACS ser um integrante da equipe, mas o vêem como um agente externo.

Seguindo essa lógica, Lunardelo (2004) revela que a equipe de saúde se sente incomodada com o papel social do ACS, pois para eles, o agente não consegue, muitas vezes o discernimento para separar suas necessidades daquelas dos usuários, fato que, segundo a autora, além de gerar conflitos entre os membros da equipe, pode causar desconsideração das representações da comunidade.

Seabra (2006) constatou que o ACS funciona como um termômetro na equipe de saúde, porque é ele quem faz o feedback do que ela representa lá fora, e isso serve para a equipe avaliar sua atuação e rever algumas condutas. Corroborando com os nossos achados, fica a pergunta: O ACS não está sabendo separar a necessidade dele e da comunidade ou há uma dificuldade

(ou despreparo?) da equipe em trabalhar com alguns problemas, o que as fazem dar menos prioridade ao caso trazido pelo ACS?

Nesse sentido, nosso estudo reforça a hipótese de Nunes et al. (2002), para quem o caráter híbrido e polifônico do ACS pode exercer influência positiva ou negativa na mediação entre a equipe de saúde e a comunidade. Ainda de acordo com essas autoras, "as expectativas em torno da participação do ACS inscrevem-se em um verdadeiro fogo cruzado, onde demandas, às vezes paradoxais, se superpõem".

Lunardelo (2004) afirma que as equipes de saúde têm encontrado muitas dificuldades e propõe que a supervisão externa poderia ser um mecanismo importante para auxiliar o trabalho da equipe.

Seabra (2006) também entende que a supervisão externa pode ser de extrema importância para todos os integrantes da equipe de saúde, pois além de criar espaço para a reflexão sobre a prática do trabalho, pode auxiliar os membros do grupo a reconhecer algumas defesas inconscientes que estariam dificultando mudanças no processo de trabalho.

Essa situação poderia ser amenizada também com suporte psicológico voltado para os membros da equipe de saúde, porém, não devemos esquecer ainda que devemos levar em consideração que devido à formação acadêmica dos profissionais da equipe, ainda não se pode dizer, que os mesmos estão preparados para lidar com essa nova forma de pensar e agir em saúde.

Compreendemos que o processo de acompanhamento das famílias não é natural, ele necessita de mediação adequada, de experiência de aprendizagem mediada. Klein e Wieder (1992) descrevem o aprendizado mediado, mais

especificadamente em termos de desenvolvimento humano, que ocorre quando alguém interpreta o meio para o outro, em processo de interação recíproca entre ambos, onde o mediador se interpõe sobre o outro modificando o estímulo ou experiência que o outro terá. O mediador tem como características, o conhecimento acerca dos interesses, necessidades e capacidades do outro, tratando, dessa forma, as informações compatíveis com seu grau de entendimento.

6.6 - Carga Emocional

Nesta categoria, encontra-se o maior número de queixas sobre situações estressantes para o ACS.

Verbalizaram que o envolvimento e o forte vínculo que têm com as famílias da microárea, são sentidos, às vezes, como excessivos.

Segundo Lunardelo (2004), a relação de igual que o ACS estabelece com a comunidade, com uma proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, repercute em seu trabalho, com a criação de vínculos e a compreensão do ser e o entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposições dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se vêem naquela ocorrência, e acabam sofrendo com isso.

Baseando-se nos conhecimentos de Lipp (1999), a autora explica que o estresse é um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio interno do organismo, que podem ser manifestado tanto por sintomas físicos ou

psicológicos e dentre os sintomas psicológicos cita a sensibilidade emotiva excessiva.

Quando se deparam com famílias em condições adversas podem sentir-se impotentes e culpados por não poderem ajudar como desejam.

Silva (2001) constatou que se uma parte significativa dos ACS considera seu trabalho como gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Espera-se do ACS uma atuação no contexto social, tanto na participação popular, como na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como a violência. Cabe lembrar, que vai ser discutido mais a frente, que a não definição de uma tecnologia adequada às necessidades e finalidades do trabalho contribui para esse permanente foco de tensão entre as dimensões da prática, e com a pena de se hiperatrofiar a dimensão mais técnica do ACS.

A atuação do ACS, segundo Lunardelo (2004), esbarra em inúmeros limites. Há certamente os limites pessoais, mas o que nos chama a atenção são os limites do setor saúde. O ACS reconhece, convive com esses limites e busca, por meio da intersetorialidade, a minimização dos problemas identificados.

A perspectiva intersetorial de atuação, segundo Sucupira (1998), implica em articulação da saúde às demais instâncias governamentais, configurando uma rede de serviços e de relações que, de algum modo, precisam estar voltadas para objetivos comuns, para desenvolvimento de mecanismos

competentes de intervenção nos problemas/ necessidades de saúde, concebidos como questão de natureza social.

A observação da perpetuação de hábitos e atitudes impróprias de pais em relação a seus filhos, angustia o ACS, que sofre ao presenciar, por exemplo, casos de negligência. Cabe ainda referir-se aos os sentimentos que os ACS revelaram, de inutilidade e frustração em relação aos usuários que se recusam a aderir a propostas de assistência e orientações.

As situações vivenciadas no ambiente de trabalho, segundo Pitta (1990) suscitam sentimentos intensos e contraditórios como piedade, compaixão, amor, culpa e ansiedade. Esses sentimentos conflituosos e dialógicos repercutem em forma de sofrimento psíquico e estão relacionados às doenças somáticas que aparecem, sobretudo em pessoas que apresentam uma estrutura mental caracterizada pela sobrecarga ou ineficiência das defesas mentais.

Percebemos que o ACS vive momentos de aceitação e resistência, no que diz respeito às orientações de saúde e mudanças de estilo de vida.

E isto, representa o difícil trabalho de mobilização para mudanças pessoais. Apenas orientações não interferem no modo de vida das pessoas, valendo-se do pressuposto da individualidade de cada ser. A mudança desejada pelo ACS foge de sua competência, implicando uma grande mobilização, que não é apenas responsabilidade dele, é da família, do indivíduo e também da equipe. (Lunardelo, 2004)

Assim, alguns profissionais têm a mesma visão de Nunes (2002) e de Lunardelo (2004), acreditando que o fato de o ACS ser mediador entre a

equipe de saúde e os usuários o faz sofrer, por se sentir um depositário de expectativas diferentes a respeito de seu papel na Estratégia Saúde da Família. As expectativas são internalizadas pelo próprio ACS, que acredita poder ir além de suas atribuições.

Nesse sentido, resgatamos uma discussão apresentada por Tomaz (2002) sobre as atribuições, as competências e o perfil do ACS na Estratégia Saúde da Família. O autor usa dois neologismos, super-heroização e romantização, para caracterizar duas tendências que, para ele, têm se mostrado constantes nos escritos e nas falas sobre o papel do ACS. O autor conclui que o ACS não deve ser encarado como um super-herói, e sim como um profissional que integra uma equipe de saúde, cujo papel deve ser menos romântico, isto é, menos idealizado, mais claro e específico. E acrescenta, que o ACS necessita de fato ser incorporado ao sistema de saúde e não deve ser responsabilizado por ser a mola propulsora da consolidação do SUS, o qual depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais, e do envolvimento de diferentes atores.

Martines (2005) em seu trabalho com ACS, na cidade de São Paulo, constatou a existência de uma importante vulnerabilidade ao sofrimento no trabalho do ACS, e explica isso devido a tendência do ACS em assumir as deficiências da própria Estratégia Saúde da Família que propõe e não conclui.

Segundo Lunardelo (2004), o processo de mediação para o ACS não é um processo simples e fácil, e existe situações que são próprias das famílias. Acreditamos que não exista possibilidade de intervenção em todas as situações que se fazem presentes no espaço domiciliar. Assim, é necessário

compreender que há situações em que não é de competência de nenhum profissional resolver, é da família exclusivamente, a não ser daquelas situações em que existe risco de vida a algum componente, ou será que estamos pretendendo regular tudo?

Colocamos aqui ainda falas em que exprimem sentimentos e a sensação de ter perdido a liberdade dentro do bairro. Fica implícito aqui a pressão da própria comunidade, que reconhecendo nele um aliado, busca-o incessantemente como porta voz de suas necessidades.

O reconhecimento do papel social do ACS, muitas vezes, visto como solidário, recebe equivocadas interpretações, uma vez que sofre abordagens em qualquer lugar que esteja, independentemente do horário de trabalho.

Lunardelo (2004) em sua pesquisa também identificou que o ACS reconhece que seu trabalho é difícil e que ser referência para as famílias da comunidade, implica em ser procurado inclusive fora do horário de trabalho, gerando incômodo e ansiedade e fazendo-os ver que suas possibilidades de ação são limitadas.

França e Rodrigues (1999), submeteu dois grupos a uma situação de estresse agudo e encontrou em relação aos processos mentais, aumento da ansiedade, insegurança e sentimentos de culpa, ou seja, as mesmas queixas emocionais encontradas neste estudo.

O que temos observado, inclusive em outros trabalhos, é que o trabalho do ACS tem ultrapassado o atendimento às necessidades da comunidade.

Exemplificaram ainda, situações em que há necessidade de denúncia para outros órgãos responsáveis e famílias desempregadas com crianças que não tem o que comer ou mesmo recurso financeiro para manter-se.

Lunardelo (2004) identificou que o ACS aponta como debilidade no seu trabalho com as famílias do bairro ou área em que reside, as pressões que sofre, cotidianamente, provenientes do seu envolvimento com a população. Sente-se “um amigo, um membro da família” e responsável por colaborar com esta em suas necessidades.

Coloca ainda que o ACS frustra-se ao perceber que não pode responder a todas as demandas, ou que “A Estratégia Saúde da Família, na prática não funciona como na teoria”.

Para Silva e Dalmaso (2002), ACS está constantemente sendo confrontado com situações de desigualdade social e ausência de direitos. Nesse contexto, sente-se que não tem saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho.

Essas autoras argumentam, ainda, que o ACS, embora com graus variados da ênfase colocada, tem dois componentes ou dimensões principais em sua proposta de atuação: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias e outro político, no sentido de organização da comunidade para cidadania e inclusão, num sentido de transformação social. E que há uma outra dimensão bastante encontrada na prática, mas que não é relacionada nas atribuições dos ACS de nenhuma proposta, que é a dimensão de assistência social. Concluem que este é o dilema permanente do ACS: a dimensão social convivendo com a dimensão

técnico-assistencial, e que ao incorporar estas duas facetas em suas formulações, os conflitos aparecem principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

Silva (2001) em um estudo desenvolvido sobre o ACS do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, identificou que o ACS não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas para seu trabalho. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do “agir comunicativo”.

Lunardelo (2004), afirma que a prática na Estratégia Saúde da Família, necessita de uma perspectiva intersetorial, objetivando uma real interação entre os setores, assim como maior respaldo ao trabalho do ACS.

Urge entre vários autores, seja trabalhando com ACS, ou com a equipe da Estratégia Saúde da Família, a necessidade de uma educação/capacitação crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimento e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

No debate de Silva e Dalmaso (2002), algumas questões logo aparecem: que saber é necessário para esse saber fazer? Como garantir esse saber que não é apenas o de saúde?

Para estas autoras, no trabalho do ACS, no realizar ações e interações, há uma série de situações para os quais a área de saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado, nem instrumentos adequados de

trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. Outros desafios importantes que não podem ser deixados de citar para os processos de preparação de um “novo” perfil do ACS referem-se aos mecanismos de seleção, processos de capacitação, aí incluídos os treinamentos introdutórios e a educação continuada e a sistemática de supervisão adotada.

A crítica ainda recai no fato de que os maiores investimentos na formação de profissionais para a saúde da família, estarem sendo direcionados à profissionais de nível universitário (médicos e enfermeiros). Os Ministérios da Saúde e Educação lançou em novembro de 2005, políticas destinadas a promover mudanças na formação dos profissionais de saúde como: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e Pólos de Capacitação de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

O ACS fica confinado por sua vez, além do treinamento introdutório, à discussões (quando elas acontecem) conduzidas por médicos e enfermeiros locais, que com frequência refere-se a conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de se dar conta da totalidade das finalidades colocadas pela Estratégia Saúde da Família.

Ferraz & Aerts (2005) acreditam que quanto maior a escolaridade do ACS mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

Muitos autores tem discutido a questão da formação do ACS e realizado pesquisas sobre o tema.

Tomaz (2002), por exemplo, em sua discussão sobre as atribuições, competências e perfil do ACS, acredita que este profissional deve possuir grau de escolaridade mais elevado, para dar conta das demandas atuais do PACS-PSF, visto que com a ampliação de seu papel, este ator saiu do foco materno-infantil de regiões pobres sacrificadas pela seca e passou a atuar no Brasil inteiro com famílias da comunidade em que vive.

Benevides et al. (2004) enfatizam também que a qualidade do serviço prestado pelo ACS só melhorou no município de Pitimbu (PB), depois que ele começou a receber capacitação, realizada de forma contínua, na unidade de saúde pelos próprios profissionais da equipe, e concluem que, além da capacitação, o ACS precisa ter um saber técnico bem definido.

A discussão do perfil, atribuições e competências do ACS são um pouco polêmica. Ainda não se conseguiu determiná-los de maneira mais clara e efetiva. Aborda-se muito bem as atribuições e as competências, mas trata muito pouco do perfil. Fala-se de um "novo" perfil profissional – um novo saber, um novo fazer, um novo ser - mas não especifica qual seria esse novo perfil.

Em 2004, o MS apresentou uma proposta de formação técnica para esse profissional, em virtude da relevância do ACS, no processo de reordenação da atenção básica. Entretanto, essa formação implica que o perfil profissional do ACS não seja descaracterizado. Portanto, o ACS continuará a atuar e a morar

na mesma comunidade, desempenhando o papel de mediador social, mas receberá qualificação técnica para desempenhar sua função (Brasil, 2004).

Para Nogueira (2002) a idéia de que o ACS precisa de um perfil técnico bem estruturado, de um preparo técnico uniforme e de um cargo definido, nas estruturas organizacionais do estado, reflete as exigências de um modelo universalista e estatista, correndo o risco de não responder às necessidades de cada local, em particular.

Se analisarmos objetivamente a proposta universalmente aceita de que o ACS é um elo de ligação entre o Estado e a comunidade, resulta evidente que, de um ponto de vista filosófico e administrativo, ele não deveria ser considerado como membro de equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família – primeiro porque não é profissional, segundo porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações. Mas essa proposta, segundo Nogueira (2002) está longe de receber uma expressão organizacional e política adequada de tal modo que o ACS se mistura e se confunde com tudo que é feito pela Estratégia Saúde da Família, pelo SUS e pelo Estado, de um modo geral.

Para Silva e Dalmaso (2002) investir na capacitação e especialmente, na supervisão e sistematizar resultados são formas de acumular experiências e de produzir conhecimentos e, ao mesmo tempo, de visualizar limites e construir possibilidades, o que, sem dúvida, os programas implantados estão empenhados em fazer.

Quando se pretende discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos é fundamental termos clareza de três aspectos: o perfil do

profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. (Tomaz, 2002)

Os programas educacionais devem utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados nos estudantes, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação continuada. Além disso, dentro deste contexto, o desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde. (Tomaz, 2002)

Em suma, o tema é complexo, relevante e carece mais discussão. A formação e a qualificação de recursos humanos têm tido grandes entraves para a efetiva consolidação do SUS. Assim, as ambigüidades e a polêmica que cercam a figura do ACS continuam, e provavelmente, ainda vão continuar por muito tempo. Com um preço que, infelizmente, é pago pelo próprio ACS.

6.7 - Mecanismos de Enfrentamento

O impacto da percepção das tensões no trabalho pode ser exacerbados ou minimizados, dependendo da forma como o indivíduo as percebe. Assim, é necessário identificar como ele lida ou enfrenta situações que qualifica como causadoras de tensão e/ou estresse como forma de tentativa de minimizá-lo.

Procuramos então seguir a classificação de Lazarus e Folkman para os mecanismos de enfrentamento focalizados no problema e mecanismos de

enfrentamento focalizados na emoção, como formas de apontar a natureza do processo de enfrentamento utilizado pelos ACS, assim como de organização didática para uma melhor compreensão.

- **Mecanismos de Enfrentamento Focalizados no Problema**

Referem-se aos recursos utilizados para atuar na situação que deu origem ao problema, tentando mudá-las. A ação, como referido anteriormente, pode ser dirigida internamente ou externamente.

As dirigidas internamente, pressupõe uma reorganização cognitiva, em que a pessoa pode mudar algo a seu respeito, redefinir o elemento estressor, mudar o nível de aspiração e aprender novas habilidades.

Compartilhar os problemas com a equipe da USF e outros profissionais que cooperam com a estratégia; Desabafar com a enfermeira; Reivindicar junto com a coordenação um programa para a promoção e prevenção da saúde mental do trabalhador; Colocar limites na comunidade quanto ao horário que o ACS está em serviço; Participar do fórum de ACS, onde há trocas de experiências entre os ACS e aprendizado de como lidar com certas situações; Fazer psicoterapia e fazer encaminhamentos para o serviço social são mecanismos de enfrentamento focalizados no problema dirigidos para uma fonte externa. Pois, os ACS, como vimos acima, tentam alterar o problema existente na relação entre ele e o ambiente que está causando a tensão, nestas estratégias, incluem definir o problema, gerar soluções alternativas em termos de vantagens e desvantagens.

Lunardelo (2004) destacou que os espaços de escuta existem no cotidiano das equipes de saúde, assim como aqui, são vislumbrados nas reuniões de equipe, nas discussões de família e nos estudos programados.

O uso da compensação ou comparação positiva ao visitar uma família em que segue o programa e progride no seu cuidado em relação à saúde; Olhar as dificuldades como formas de aprendizado; Seguir as orientações vindas dos médicos para uma ação mais profissional e menos emocional dos ACS com a população e Conscientização de que não tem que resolver tudo sozinha, assim como, de que o trabalho de ACS vai implicar uma certa perda de privacidade dentro do bairro e vai ganhar no quesito de notoriedade do ACS dentro do bairro e de sua importância na população; são os mecanismos citados pelos ACS que são classificados como enfrentamento focalizado no problema dirigido internamente.

Podemos observar que houve busca de fonte alternativa de gratificação, redefinição do elemento estressor, aprendizado de nova habilidade, mudança no nível de aspiração e busca de fonte alternativa de gratificação respectivamente.

Olhar as dificuldades como formas de aprendizado e desafio, mantendo o espírito de luta e esperança, como forma de enfrentar situações difíceis, foi encontrado também no trabalho de Lunardelo (2004), que despreendeu em seu estudo que o trabalho oferece ao ACS atributos pessoais que proporcionam seu crescimento humano e ao propor-se a um trabalho "novo" também significa enfrentar novos desafios, conhecer o outro e conhecer a si mesmo,

complementa que os fatos vividos pelos ACS no trabalho trazem-lhes aprendizados para toda a vida.

Nunes et al. (2002), analisando o processo de construção da identidade do ACS, revela que sua formação a partir de referenciais biomédicos, lhe confere um sentimento de orgulho ao diferenciar o seu conhecimento do conhecimento popular que dispunha previamente. O prestígio social advindo do saber biomédico situa-se numa certa superioridade que esse saber possui sobre o saber da sociedade.

Este contato com a comunidade, ora profissional da saúde, ora morador da área, traz à tona o reconhecimento/ notoriedade que tem em relação ao seu papel social na área, diferenciando-o, portanto da própria comunidade. Esta diferenciação permite que o processo de construção da identidade do ACS, seja estabelecida, exigindo um esforço de ajuste a seu novo papel sem abandonar, de todo, seus valores e sua cultura, comuns também aos da comunidade.

A despeito de seguir orientações para uma ação mais profissional do que emocional encontramos no trabalho de Seabra (2006) que na visão dos profissionais da equipe de SF, o ACS não consegue manter distanciamento profissional adequado, misturando o lado pessoal com o profissional, o que gera conflitos que podem interferir negativamente no serviço.

- **Mecanismos de Enfrentamento Focalizados na Emoção**

O enfrentamento focalizado na emoção são esforços para regular o estado emocional associado ao estresse ou seja, as pessoas usam este tipo de

enfrentamento para impedir que suas emoções negativas a dominem e as impossibilitem de agir para resolverem seus problemas.

Estes esforços podem ser dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos. Encarar a dificuldade de mudar os hábitos da população, como um desafio, trazendo sensações e sentimentos de luta e esperança (de que aquela situação vai mudar); crença em Deus e orações, freqüentar igrejas; afastar os problemas da cabeça; chorar; compartilhar os problemas com os colegas de trabalho (ACS); buscar apoio de pessoas íntimas, como esposo, filhos, amigos, vizinhos; solicitar afastamento e/ou licença saúde; montar cestas básicas com o próprio recurso financeiro são exemplos de enfrentamento focalizados na emoção dirigidos a nível de sentimentos, pois percebemos que todos estes esforços são no sentido de aliviarem as sensações de angústia, frustração, impotência e culpa referidos pelos ACS.

Podemos desprender que alguns ACS usam modos menos centrados na resolução do problema e que visam descarregar tensões e aliviar a sobrecarga advinda da vivência de experiência negativa. Tais estratégias são chorar e afastar os problemas da cabeça, negando assim as emoções e afastando-os fora da consciência, que na literatura denominam enfrentamento repressivo.

As pessoas que utilizam o enfrentamento repressivo tendem a apresentar maior atividade do sistema nervoso autônomo (como, por exemplo, maior freqüência cardíaca) em resposta a estressores que as pessoas que não utilizam o enfrentamento repressivo. (Atkinson, 1995). Afastar as emoções para fora da consciência pode exigir um verdadeiro esforço físico, o que resulta

em sobreexcitação crônica e, assim, em doença física. É possível que essa inibição crônica das emoções, tenha efeitos diretos sobre a saúde.

Em contraste, conversar sobre emoções negativas e questões importantes de nossa vida parece ter efeitos positivos sobre a saúde. Em uma longa série de estudos, Pennebaker (1990) descobriu que estimular as pessoas a revelarem traumas pessoais em diários ou redações melhora sua saúde.

A religiosidade, expressada pela crença em Deus e freqüentar igrejas, segundo Petuco (1998), é uma das estratégias mais usadas, especialmente por pessoas do sexo feminino. É um modo de enfrentamento importante que dá suporte e sustentação para a pessoa aceitar a situação e prosseguir com sua vida, denota uma fé cega e confiança muito grande em Deus, deposita-se n'Ele a decisão de qual será o curso dos acontecimentos. Também, de certa forma, há uma projeção de distribuição de responsabilidade.

Para Ferraz & Aerts (2005), é importante conhecer a religião do ACS, pois as crenças pessoais podem influenciar em sua relação com a comunidade e no papel que devem desempenhar além disso, é sabido que o estado de saúde é determinado também por valores culturais e religiosos. Assim, ressalta-se a importância de capacitar os profissionais para o reconhecimento dos fatores culturais e religiosos que possam influenciar no comportamento dos indivíduos com relação à sua saúde. É certo que isso não significa para o trabalhador da saúde abdicar de suas crenças e valores, mas sim a possibilidade de uma melhor articulação entre os saberes técnicos e populares.

Tendo em vista que o ACS vai assistir pessoas de outras crenças, é imprescindível prepará-lo para lidar com questões religiosas da comunidade, inclusive com a sua, para que possa tratar com habilidade os assuntos.

As falas de alguns ACS de que compartilham seus problemas e angústias com outros ACS e de que buscam apoio de pessoas próximas faz-nos questionar se os espaços de escuta dentro da USF junto com a equipe de SF têm sido suficientes para funcionar como apoio para este trabalhador.

Apesar do questionamento acima, não podemos negar que a procura de apoio emocional de outras pessoas garante que estes profissionais tenham uma saúde preservada. E que esta é uma estratégia que parece ajudar as pessoas a se adaptarem emocional e fisicamente a um estressor.

Entretanto, a qualidade do apoio emocional que uma pessoa recebe depois de sofrer um trauma influencia muito o impacto daquele apoio sobre a saúde do indivíduo (RooK, 1984). Alguns amigos ou parentes podem ser um fardo em vez de uma benção em momentos de estresse. Relacionamentos sociais conflituosos podem afetar a saúde física através do sistema imunológico.

Aquino (2005) em seu trabalho com estressores no trabalho das enfermeiras, encontrou que uma das formas de enfrentamento das enfermeiras era buscar apoio na família. Voltar para a casa, ver os filhos e o companheiro são fatores essenciais para o dia a dia das enfermeiras entrevistadas.

De acordo com Bianchini (1999), os profissionais de saúde minimizam seu sofrimento por meio de conversas com familiares, com o marido e com amigos em seu ambiente familiar, social ou em uma mesa de bar.

Vemos que os ACS, diante das condições de vida, muitas vezes deficientes, das famílias visitadas, acabam por oferecer cestas básicas, usando seus próprios recursos financeiros.

Lunardelo (2004) identificou esta solidariedade no trabalho do ACS e explica isto devido a sensibilização de alguns trabalhadores frente à inúmeras necessidades dos usuários.

Realizar atividades de lazer, fazer uso contínuo de antidepressivos; fazer meditação e fazer exercícios físicos são mecanismos de enfrentamento focalizados na emoção dirigidos a um nível somático, pois a função destes esforços é reduzir a tensão física desagradável de um estado de estresse.

Sarda Jr; Legal; Jablonski Jr (2004) ressaltam que a atividade física é a forma mais primária para combater os efeitos nocivos do estresse e gera sensação de bem-estar físico e relaxamento.

Guido (2003) ressalta que o desenvolvimento de uma atividade física, a manutenção de uma dieta saudável, a possibilidade de ter repouso e manter as atividades sociais são alguns dos fatores necessários para o controle e o enfrentamento do estresse.

A meditação também foi citada pelos ACS, como técnica comportamental, que segundo Dillbeck e Orme-Johnson (1987), é uma técnica eficaz para induzir o relaxamento e reduzir a excitação fisiológica, reduzindo taxa respiratória, frequência cardíaca e redução no nível de atividade mental.

Os participantes deste estudo parecem ter consciência da necessidade do lazer e buscam atividades para relaxar mesmo que não seja de forma sistemática. O espaço doméstico também representa uma forma de prazer embora quando chegam em casa precisam administrar as tarefas domésticas e a educação dos filhos.

Aquino (2005) encontrou em seus resultados com as enfermeiras, recursos semelhantes como assistir televisão, atividade física, realização de trabalho manual, sair com amigos.

Como a literatura já aponta, a utilização de estratégias de enfrentamento assume diferentes características, pois cada pessoa tem diferentes recursos. O objetivo do emprego das mesmas é minimizar o impacto de uma situação problema seja ela momentânea seja ela crônica, vivenciada cotidianamente.

No presente estudo procedeu-se à identificação das estratégias entretanto, não se buscou verificar se elas eram eficazes ou não. Ainda que esta seja uma limitação importante, acredita-se que esse conhecimento poderá subsidiar ações que visam melhorar suas condições de trabalho.

7. Considerações Finais

A partir da utilização de um modelo teórico – identificação de estressores no trabalho e mecanismos de enfrentamento, buscou-se descrever a condição dos ACSs relacionados ao desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família em um determinado contexto.

Parece-nos que o estressor mais relevante refere-se aos horários de trabalho. O ACS manifesta sentimentos de incômodo por julgar que esperam dele uma total disponibilidade. Para cumprir sua cota de visitas não importa quando e como ele as realize e isso implica em finais de semana de trabalho também, ultrapassando seu horário estipulado legalmente. Os demais eventos estressores, identificados por essa categoria profissional, são bastante semelhantes a aqueles apontados por outras categorias de profissionais da saúde. Destaca-se entre eles o estressor que envolve as relações com as pessoas sejam elas usuárias do serviço de saúde, equipe de trabalho e mesmo no contexto da família do próprio ACS.

Outro estressor refere-se a situações em que um agente do sexo masculino vai à casa de uma família e a dona da casa está sozinha. Manifestou-se constrangimento pois essa é uma situação culturalmente desaprovada.

Quanto aos mecanismos de enfrentamento foram descritos, como se esperava encontrar, uma amplitude de recursos, em consonância com a teoria que aponta o quão pessoal são as estratégias adotadas pelas pessoas para lidarem com problemas em suas vidas. Entretanto, na categoria de recursos focalizados no problema aparecem as estratégias de busca coletiva de solução

em espaços de formação/reflexão no próprio trabalho entre eles a partilha de experiências e a supervisão do profissional enfermeiro.

Ao identificar situações estressoras os profissionais estão sinalizando o sentimento de incômodo, sofrimento em relação às mesmas e também soluções. Ressalte-se que não se trata de questões que afetam o indivíduo apenas, mas uma categoria profissional e que merece atenção de forma que o problema seja enfrentado.

Aos resultados aqui apresentados somam-se os de outros trabalhos, realizados sob outras perspectivas teórico-metodológicas no sentido de apontar para aspectos do trabalho que ao serem vivenciados podem acarretar em sofrimento aos indivíduos. Uma reflexão bastante pertinente, nesse sentido, foi apresentada por Silva e Dalmaso (2002) ao abordarem a identidade profissional do ACS à qual se somam os achados do presente trabalho que, por sua vez remetem ao trabalho das equipes, à sua coordenação e ao caráter reflexivo, ético e político que têm as ações no contexto da saúde.

8. Referências Bibliográficas

AGUIAR, D. S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: novo paradigma?** 1998. 163p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA, C. M. A reforma sanitária brasileira: um trajeto de mudança. **Série Estudos: Política, planejamento e gestão**, Rio de Janeiro, n. 1: DASP/ENSP, 1993.

_____. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** 1995. 180p. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1995.

AQUINO, J. M. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: conseqüências profissionais e pessoais**. 2005, 154f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ATKINSON, R. L; ATKINSON, R. C.; SMITH, E. E.; BEM, D. J. Estresse e Enfrentamento. In: ATKINSON, R. L; ATKINSON, R. C.; SMITH, E. E.; BEM, D. J. **Introdução à psicologia**. 11 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.457-485 .

BENEVIDES, E.; ARAUJO, L. F.; SANTOS, M. I. N.; MAGALHAES, J. M.; LIMA, C. M. N. ACS: ator fundamental entre a comunidade e o sistema. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. Belo Horizonte, 2004. **Anais....** Belo Horizonte, p. 1-7, 2004.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. LEX. São Paulo, ano 54, p. 1060-1073, Coletânea de Legislação, 1990.

_____. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, 22 de dezembro de 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____. **Lei no. 10.057 de 10 de julho de 2002**. Dispõe sobre a criação da profissão do Agente Comunitário de Saúde, Brasília, 10 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudedafamilia/portarias>. Acesso em [16.mar.2007](#)

_____. Ministério da Saúde. **Proposta de regulação da formação do Agente Comunitário de Saúde – Subsídios para discussão**. Brasília, 7 de julho de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de março de 2006. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dabl/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 07 de março de 2007.

BALINT, M. **O médico seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

BERESFORD, B. A. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disable child. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 35, p. 171-209, 1994.

BERNIK, W. **Estresse o assassino silencioso**. São Paulo: <http://www.amb/anamt>. Acesso em 20.set.2006.

BIANCHINI, M. C. **Saúde mental e o trabalho do enfermeiro**. 1999. 111f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BILLINGS, A. G. & MOOS, R. H. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, p. 877-891, 1984.

CAHUÉ, S. A. A entrevista e questionário. In: BZTÁN, A. A. (Ed.) **Etnografia: metodologia cualitativa en la investigación sociocultural**. Barcelona: Marcombo, 1995. (Serie Antropología)

CAMELO, S. H. H. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. 2002. 109f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMELO, S. H. H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de enfrentamento**. 2006. 161f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e a gerência dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, V. L. M. **A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeceira da Serra**. 2002.130f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

CARDIONEWS. Estresse no trabalho e mortalidade cardiovascular. Disponível em: http://www.cardionews.org./jornal/2202/volume_50/volume_50_09.htm. Acesso em 10 de agosto de 2005.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; FERNADES, V. P. **Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS**. Disponível em: [http://www.observatorio.ncsc.ufrn/arquivos_enviados/texto%20ASC%20publicacao%](http://www.observatorio.ncsc.ufrn/arquivos_enviados/texto%20ASC%20publicacao%20). Acessado em 25. jan.2007.

CODO, W. Saúde Mental e Trabalho: uma urgência prática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 8, n. 2, p. 20-24, 1988.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, 2003.

COOPER, C. L. & CARTWRIGHT, S. Organizational management of stress and destructive emotions at work. In: PAYNE, R. L. & COOPER, C. L. (Orgs.). **Emotions at work: theory, research and applications for management**. Chichester: John Wiley & Sons, p. 269-280, 2001.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde da Família**, Brasília, ano 1, n. 1, p. 10-15, 1996.

COX, T., GRIFFITHS, A. J., RIAL-GONZALEZ, E. Research on work-related stress. Report to the European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg, 2000. Disponível em: <<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/stress>>. Acesso em janeiro de 2005.

DILLBECK, M. C. & ORME-JOHNSON, D. W. Physiological differences between transcendental meditation and rest. **American Psychologist**, v. 42, n. 9, p. 879-881, 1987.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

ELIAS, P. et al. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003. **Rev. Bras. Saúde da Família**, edição especial, p. 62-71, 2004.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília. Departamento de Atenção Básica, Secretária de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde: (Síntese dos principais resultados), 2002.

EUROPEAN COMMISSION, 2000, Luxembourg. **Guidance on work-related stress – Spice of life or kiss of death?** Luxembourg, European Communities, 2000.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FEURWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida. **Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1998.

FOLKMAN S. & LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-239, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. L.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A. & GRUEN, R. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, p. 992-1003, 1986.

FORTES, P. A. C. & MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 31-33, 2000.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no PSF: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e grupos operativos. **Revista Latino. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-68, 2005.

FRANÇA, A. C. L., RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho** – uma abordagem psicomática. São Paulo: Atlas, 154p., 1999.

FRANCO, T. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. Campinas, 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1999.

FRENCH, J. R. P., CAPLAN, R. D. Psychosocial factors in coronary heart disease. **Journal Industrial Medicine**, New York, n.39, p. 383-397, 1970.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 170f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GLOWINKOWSKI, S. P. & COOPER, C. L. Managers and professionals in business/industrial settings: the reaserch evidence. In: IVANCEVICH, J. M. & GANGSTER, D. C. (Orgs.), **Job stress: from theory to suggestion**. Nova York: Haworth, 1987.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas das populações residentes segundo municípios. Maio 2007 <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa>> Acesso em: maio de 2007.

IWATA, N., SUZUKI, K. Role stress-mental health relations in Japanese bank workers: a moderating effect of social support. **Applied Psychology an International Review**, 45, p.207-218, 1997.

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

KAHN, R. L. & BYOSIERE, P. Stress in organizations. In: DUNETE, M. D. & HOUGH, L. M. (Orgs.), **Handbook of industrial and organizational psychology**. Palo Alto: Consulting Psychologists, v. 3, p. 571-650, 1992.

KLEIN, P.; WIEDER, S. Mediated learning, developmental level and individual differences: guides for observation and intervention. In: WILLIAMS, L. R.; FROMBERG, D. P. **Encyclopedia of early childhood education**. New York: Garland, 1992, p. 17-21.

LANDY, F. J. **The psychology of work behaviour**. Monterey, California: Brooks/Cole, 1989.

LAZARUS, R. S. Psychological stress in the workplace. In: CRANDALL, R. & PERREWÉ, P. L. (Orgs.), **Occupational stress: A handbook**, Washington: Taylor & Francis, p. 3-14, 1995.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. O processo de coping: uma alternativa a formulações tradicionais. In: _____. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984, cap. 6, p. 141-180.

LEUCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, Brasília, ano 1, n. 1, p. 3-8, 1996.

LEWIS, A. E. Reducing burnout: development of an oncology staff bereavement program. **Oncol. Nurs Forum**, Santa Clarita, v.26, n. 6, p.1065-9, 1999.

LIMA, E. D. P. **Estresse ocupacional e a enfermagem do centro cirúrgico**. 1997. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

LIPP, M. E. N. O que eu tenho é stress? De onde ele vem? In: LIPP, M. E. N. (Ed.). **O Stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 1999. cap.1, p.9-18.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – SP**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARTINES, W. R. V. **Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa saúde da família**. 2005. 161p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P. Job burnout. **Annu. Rev Psychol**, v. 52, p.397-422, 2001.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 52p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Notas de Aula. Programa de pós graduação em enfermagem em saúde pública. EERP – USP, 2003. In: LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – SP**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MINAYO, M. C. S.; D´ELIA, J. C.; SUITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará**: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 5ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MISOCZKY, M. C. A medicina da família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em debate**, n. 42, p. 40-44, 1994.

MORIN, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 128p.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

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

OLIVEIRA, M. S. de. A academia apostando na estratégia da saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde da Família**, n. 3, p. 46-52, 2000.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. P. 11-25. Estudo de Saúde Coletiva.

_____. A organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447p.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PENNEBAKER, J. W. **Opening up: the healing power of confiding in others**. New York: William Morrow and Company, 1990.

PETUCO, V. M. **A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo/ RS**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PITTA, A. M. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PROSSER, D; JOHSON, S; KUIPERS, E; SZMUKLER, G; BEBBINGTON, P; THORNICROFT, G. Mental Health, "burnout" and job satisfaction among hospital and community based mental health staff. **Br J. Psychiatry**, New Jersey, v. 170, p.334-338, 1996.

ROCHA, A. D. M.; BRONZATTI, J. A. G. Os padrões de funcionamento de saúde de enfermeiros de centro cirúrgico de um Hospital Paulista. **Rev SOBECC**, São paulo, ano 5, n. 1, p. 27-30, 2000.

ROOK, K. The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, p. 1097-1108, 1984.

SÃO JOSÉ RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Plano Municipal de Saúde, biênio 97/98. São José Rio Preto, 1997.

_____. Prefeitura Municipal. Secretária Municipal de Planejamento e gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1998**. São José Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1998.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano Municipal de Saúde, 2001-2005**. São José Rio Preto, 2001.

_____. Prefeitura Municipal. Secretária Municipal de Planejamento e gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2005**. São José Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2005.

SARDÁ JUNIOR, J. J.; LEGAL, E.; JABLONSKI JUNIOR, S. J. **Estresse**: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006. 133p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Índice Paulista de Responsabilidade Social** – Versão 2004. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/iprs/analise/São_José_Rio_Preto.pdf> Acesso em: julho de 2005.

SILVA, A. B. F. **A supervisão do Agente Comunitário de Saúde**: limites e desafios para a enfermeira. 2002. 113f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Paraná, 2002.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do projeto Qualis**: agente institucional ou agente de comunidade? 2001. 211 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240p.

_____. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-84, 2002.

SOLLA, J. J. S. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 4-15, 1996.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde**. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

STACCIARINI, J. M. R., TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Repensando a atenção a saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p. 61-78, 1998.

TEIXEIRA, C. F. **Análise das propostas da 12ª Conferência Nacional de saúde com relação à organização do modelo de atenção à saúde no SUS**. Local: Consultoria DAPE/MS, fevereiro de 2004. 29 p.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLA, M. E. P. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação de Mestrado, FMRP – USP, 2004, 68p.

WANG, J. L. & PATTEN, S. B. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 6, p. 283-289, 2001.

WARR, P. B. Job features and excessive stress. In: JEKINS, R., CONEY, R. (eds.). **Prevention of mental ill health at work**. HMSO: London, 1992.

9. Apêndices

Apêndice A

ROTEIRO DE ENTREVISTA – ACS

1. Qual é sua idade?
2. Estado civil?
3. Número de Filhos?
4. Até que série você estudou?
5. Há quanto tempo você é morador deste bairro?
6. Há quanto tempo, você é agente comunitário de saúde?
7. Antes desta profissão, o que você fazia?
8. Já teve algum tipo de experiência na área da saúde, antes?
9. Fez o curso de capacitação, para atuar como ACS?
10. E o introdutório, você fez?
11. Você lembra, quanto tempo durou?
12. Quais assuntos foram mais abordados?
13. Eu queria que você me falasse, o que você faz aqui? Quais são suas tarefas diárias?
14. Como você se sente trabalhando com famílias?
15. Como as informações trazidas da microárea por você, são recebidas e trabalhadas pela equipe?
16. Você acha que morar no mesmo bairro ajuda se inserir nas famílias? Como?
17. Como está sendo conciliar este trabalho com sua vida pessoal?
18. Para você, quais situações são mais difíceis para o ACS no dia a dia? As que sobrecarregam? Reforçar exemplos.
19. Nestas situações, o que você faz ou fez para superá-los?
20. Você acha que o serviço contribui para manter sua saúde mental? Se sim, o que você acha deste programa?
21. Você gostaria de comentar algo mais, que não foi perguntado?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mey Fan Porfírio Wai e sou aluna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP do programa de pós-graduação. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o que pensam os agente comunitário de saúde sobre seu trabalho e se vocês se sentem sobrecarregados em algumas situações de trabalho. Com os resultados, pretendo oferecer temas que sirvam de apoio no seu curso de capacitação e levantar quais situações estão sobrecarregando-o para que possamos melhorar o ambiente de trabalho. Esta pesquisa será realizada no próprio local de trabalho ou outro de sua escolha, no qual você se sinta mais à vontade, em horário previamente combinado. O tempo gasto dependerá de sua disponibilidade. As entrevistas serão feitas por mim e, se você concordar, serão gravadas para que eu possa ter a sua integral opinião sem perder palavras ou tempo, assim como evitar uma má interpretação. Após a análise do conteúdo as fitas serão destruídas. Sua identificação e a de qualquer outro participante serão mantidas em sigilo. Os resultados da análise das entrevistas serão apresentados em meu trabalho de dissertação e em trabalhos que poderão ser publicados em revistas científicas. Não há riscos e nem despesas com sua participação. Caso você tenha alguma dúvida ou se sinta incomodada com alguma pergunta estarei à disposição para ouvi-la. Se você quiser desistir de participar desse estudo, poderá fazê-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em seu trabalho. Caso você aceite participar, preencha e assine abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___.

.....
Mey Fan Porfírio Wai
Enfermeira e pesquisadora do projeto
Fone para contato: (016) 910-95970

.....
Dr^a. Ana Maria Pimenta Carvalho
Orientadora e Profa. da EERP-USP
Fone para contato: (016) 602-3427)

ENDEREÇO DAS PESQUISADORAS: Av. Bandeirantes 3900, Monte Alegre –
Ribeirão Preto/SP
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

10. Anexo



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0143/2005

Ribeirão Preto, 28 de novembro de 2005.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **81ª Reunião Ordinária**, realizada em 24 de novembro de 2005.

Protocolo: nº 0572/2005

Projeto: **Saúde Mental dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família**

Pesquisadores: **Ana Maria Pimenta Carvalho (Orientadora)**
Mey Fan Porfírio Wai (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª Sr.ª.

Prof.ª. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP