

# O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba - Brasil

The Link Between Work Process and Organization and Community Agent's Mental Health in the Family Health Strategy in João Pessoa - Paraíba - Brazil

ANDRÉ DE LIMA GOMES<sup>1</sup>  
PEDRO JOAQUIM DE LIMA NETO<sup>2</sup>  
VERA LÚCIA DE AMARAL E SILVA<sup>3</sup>  
EDIL FERREIRA DA SILVA<sup>4</sup>

## RESUMO

*Objetivo:* Este artigo tem como objetivo analisar o processo e a organização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), colocando em evidência as cargas de trabalho que interferem na sua saúde mental. *Material e Método:* É um estudo de caso de base qualitativa, ancorado no materialismo histórico dialético realizado por meio da observação direta e entrevista semi-estruturada com 15 ACS ligados a duas Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. *Resultados e Discussão:* A partir do estudo chegou-se a constatação de que existe um elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do ACS. Os resultados indicam que no seu cotidiano de trabalho existem cargas de trabalho capazes de lhe causar uma deterioração não somente física como também mental, e as consequências podem ser traduzidas em termos de sintomas psicológicos, psicossomáticos ou até mesmo adoecimento mental. *Conclusões:* É necessário, então, reavaliar o processo e a organização do trabalho do ACS, a fim de criar uma organização do trabalho mais favorável a este trabalhador.

## DESCRIPTORIOS

Trabalhador de postos de saúde. Carga de trabalho. Saúde Mental.

## SUMMARY

*Objective:* This article aims to analyze work process and organization of Community Health Agents (CHA), highlighting the workloads that interfere with their mental health. *Material and methods:* This is a qualitative case-study based on dialectical historical materialism carried out through direct observation and semistructured interviews with 15 CHA linked to two Family Health Teams in the city of Joao Pessoa-PB. *Results and discussion:* According to the study it was attested that there is a link between work process and organization and CHA's mental health. Results indicate that in their daily work workloads are able to cause not only physical but also mental deterioration, and the consequences might be understood in terms of psychological and psychosomatic symptoms or even mental illness. *Conclusions:* It is necessary to reevaluate CHA's work process and organization in order to create a more favorable labor organization for such workers.

## DESCRIPTORS

Community Health Aides; Workload; Mental Health.

- 1 Psicólogo, Especialista em Saúde da Família e Comunidade (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade). Universidade Federal da Paraíba.
- 2 Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família e Comunidade (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade). Universidade Federal da Paraíba.
- 3 Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba, coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.
- 4 Professor adjunto da Universidade Estadual da Paraíba e técnico/pesquisador do Setor de Estudos e Assessoria a Movimentos Populares (SEAMPO) da Universidade Federal da Paraíba.

As mudanças ocorridas nas últimas décadas, principalmente no que concerne a globalização da economia e as inovações tecnológicas, geraram insegurança para os trabalhadores, produzindo efeitos negativos para sua saúde mental (MONTEIRO, 2010). Isto porque o modo como o trabalho é organizado, e as condições em que é desenvolvido, influenciam o bem-estar e a saúde do trabalhador tanto a nível físico como mental.

FERREIRA, (2000) *apud* NASCIMENTO, (2009) afirma que as formas de organização do trabalho são responsáveis pelos processos de adoecimento dos trabalhadores, por exigir grande ritmo no trabalho, grandes responsabilidades, competências para a realização de tarefas cada vez mais complexas. Acompanhando esta realidade, a produção acadêmica em torno da relação entre a saúde mental e o trabalho tem avançado progressivamente nos últimos anos. Cada vez mais se torna um tema urgente e essencial, diante das atuais transformações no mundo do trabalho.

Segundo JACQUES, (2007), com base nos dados da Organização Mundial da Saúde - OMS (1985), 30% dos trabalhadores sofrem dos chamados transtornos mentais menores e cerca de 5 a 10% são acometidos pelos transtornos mentais graves.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefícios previdenciários segundo as estatísticas do INSS. (BRASIL, 2001)

VASCONCELOS, FARIA (2008), analisam dados da Fundacentro de 2007, onde foram registradas 144.789 doenças relacionadas ao trabalho entre os anos 2000 a 2005 e da pesquisas do Laboratório de Saúde do Trabalhador da Universidade de Brasília, e comprovam um aumento de 260% do número de afastamentos por doenças mentais entre 2000 e 2006.

Os estudos que se inscrevem na área saúde e trabalho trazem entre outros aspectos as repercussões que o trabalho exerce sobre o trabalhador. Muitas destas, apontando para os problemas de saúde que a atividade laboral pode gerar, no entanto, é preciso compreender que o trabalho não é neutro e se constitui através de relações sociais. Neste sentido ele pode oportunizar tanto o aparecimento de adoecimento, como constituir-se fonte de prazer e desenvolvimento humano (DEJOURS, 2004). Por esta razão NASCIMENTO, (2009) defende a idéia de que é necessário levar em consideração outros aspectos do trabalho, tais como “os benefícios sociais e de bem-estar”, quando se pretende estudar os fatores que interferem na saúde dos trabalhadores.

De acordo com SATO, (1996) o trabalho em si não é perigoso para a saúde/ saúde mental do

trabalhador, considerando que a ausência do mesmo é prejudicial. Então se faz necessário qualificar esse trabalho, sendo imprescindível levar em consideração as condições e o contexto onde ele se dá, ou seja, a consequência positiva (estruturante) ou negativa (repercutindo em doenças, acidentes e sofrimentos), deve-se ao contexto imediato no qual é realizado esse trabalho.

Neste sentido, a Psicodinâmica do Trabalho ajuda a superar a visão monolítica e restritiva da nocividade do trabalho que induz a caminhar pelo terreno das afecções mentais, buscando desvelar na organização real do trabalho as estratégias adaptativas intersubjetivas, de defesa/oposição, latentes na tensão entre a procura de prazer/reconhecimento dos sujeitos e os constrangimentos externos impostos, independentemente de suas vontades, pelas situações de trabalho. As manifestações patológicas de sofrimento são a expressão do fracasso dessa mobilização subjetiva. (DEJOURS, ABDOUCHELLI, 1994, MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997)

Alguns autores analisam os fatores que interferem na saúde do trabalhador e que são capazes de gerar seu desgaste. FACCHINI, (1993), analisa os chamados fatores de risco, conceito utilizado na medicina do trabalho e na epidemiologia para identificar tanto os possíveis agentes ou substâncias que causam algum efeito na saúde do trabalhador, como também, numa perspectiva probabilística onde se verifica a probabilidade de um determinado evento ou desenlace ocorrer. Na linha da medicina social latino-americana capitaneada por LAURELL, NORIEGA, (1989), FACCHINI, (1993) acrescenta e propõe a substituição desse conceito de fator de risco pelo de “cargas de trabalho”, que são exigências psicobiológicas do processo de trabalho que ao longo do tempo geram as particularidades do desgaste do trabalhador. Sob esse prisma, caberia entender a dimensão psicossocial da noção de desgaste - enquanto “*perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica*” (LAURELL, NORIEGA, 1989:110), embora esses autores afirmem, ao referir-se às cargas psíquicas, que estas dizem respeito, sobretudo às manifestações somáticas e não tanto às psicodinâmicas.

Apesar de se ouvir muito entre os trabalhadores queixas em relação ao que eles chamam de sobrecargas de trabalho, é preciso também atentar para a existência destas cargas de trabalho que são geradoras de desgastes e muitas vezes passam despercebidas ou são naturalizadas pelo próprio trabalhador. Alguns chegam a referir-se como “ossos do ofício”.

O processo saúde-doença dos grupos humanos e em particular dos trabalhadores deriva das

características próprias do sistema capitalista de produção em suas diversas configurações. Contemporaneamente, o setor de serviços, incluindo a área da saúde, ocupa lugar central na oferta de emprego, e incorpora características do toyotismo, como: flexibilidade, terceirização, polivalência e multifuncionalidade. A introdução de novas formas de organização e gestão do trabalho no setor saúde tem trazido consequências diversas para os profissionais da área.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), alguns pesquisadores apontam para uma grande ocorrência de estresse nos trabalhadores. CAMELO, ANGERAMI, (2004) em seus estudos constataram a presença de estresse em 62% dos trabalhadores, sendo que 83% deles estavam na fase de resistência, e 17%, na fase de quase-exaustão. Houve predominância de sintomas psicológicos em 48% dos sujeitos, de sintomas físicos, em 39%, e igualdade de sintomas, em 13% desse grupo de trabalhadores. Já TELLES, PIMENTA, (2009) em suas investigações verificaram a ocorrência da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O processo de trabalho dos ACS gera um conjunto de dificuldades e sobrecarga de trabalho. O hiato entre o que se espera da atividade do ACS e o que ele consegue realizar em sua prática é uma das maiores causas de sofrimento cotidiano e, a pressão que o mesmo sofre por parte da comunidade, no atendimento de suas necessidades de cuidado e serviços, acaba por provocar desgastes (FERNANDES, 1992, MARTINES, CHAVES, 2007).

Neste contexto o presente artigo tem como objetivo analisar o processo e a organização do trabalho do ACS, colocando em evidência as cargas de trabalho que interferem na sua saúde mental. Para tanto, os ACS foram protagonistas fundamentais no levantamento das cargas de trabalho e no estabelecimento de sua relação com a saúde e o seu processo de trabalho, considerando como premissa metodológica a interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa a uma ação transformadora.

## MATERIALE MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário III, no município de João Pessoa-PB. Foram entrevistados os ACS de uma Equipe de Saúde da Família pertencente a uma USF Integrada e os ACS de uma USF isolada.

A escolha da USF isolada se deu de forma aleatória, por meio de sorteio. No caso da USF Integrada,

a opção foi a USF onde os pesquisadores desenvolviam atividade de residentes em Saúde da Família, sendo os dados levantados com apenas uma equipe escolhida aleatoriamente por meio de sorteio. O critério de inclusão dos participantes da pesquisa foi ser ACS atualmente em atividade e estar disposto a participar voluntariamente da pesquisa.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Processo de trabalho e saúde do trabalhador: com a palavra o agente comunitário de saúde”. A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba sob o termo de aprovação, protocolo nº 517/10. Participaram das entrevistas aqueles que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que afirmava uma participação de caráter voluntário, não sendo oferecido nenhum tipo de remuneração aos participantes.

A coleta de dados empregou a técnica da observação direta de acordo com MINAYO, (2006). Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas empregando-se para tal, roteiros com questões orientadoras (TRIVIÑOS, 1987, MINAYO, 2006), cujos eixos temáticos foram: Processo e organização do trabalho, condições de trabalho e saúde do trabalhador. Foi utilizado o conceito de “processo de trabalho” como instrumento de análise, pois o mesmo permite a apreensão da dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença e se contrapõe às concepções ainda hegemônicas da perspectiva uni ou multicausal. Pela concepção hegemônica o indivíduo e ambiente são apreendidos na sua exterioridade, ignorando-se sua historicidade e o contexto que circunstancia as relações de produção materializadas em condições específicas de trabalhar, geradoras ou não de agravos à saúde.

A Saúde do Trabalhador é, por natureza, um campo interdisciplinar e multiprofissional, dessa forma concorda-se com MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, (1997) quando afirmam: “nenhuma disciplina isolada consegue contemplar a abrangência da relação processo trabalho-saúde em suas múltiplas e imbricadas dimensões: desde as razões sócio-históricas que lhe dão origem à forma como se concretizam nos espaços de trabalho. Impõe-se, portanto, a convergência de pesquisadores que - imbuídos de uma ética que dá significado à tarefa de pensar para transformar - sejam capazes de estabelecer conexões e correspondências entre as parcelas de conhecimento que suas disciplinas aportam, na construção de uma proposta comum”.

Neste sentido foram utilizados conhecimentos da sociologia, da clínica, da ergonomia, da epidemiologia e da psicodinâmica do trabalho, na

intenção de “tornar mais profícuo o olhar de cada uma delas sobre o mesmo objeto e da resultante ultrapassar a soma de enfoques isolados, pois, de acordo com MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, (1997) “o quantitativo não se opõe ao qualitativo, o mensurável não nega o imensurável, os determinantes imediatos não são descontextualizados dos gerais, o saber teórico dos técnicos se abre à contribuição do conhecimento tecido no cotidiano dos trabalhadores.”

As entrevistas ocorreram nas USF nas quais os ACS estavam inseridos, sendo que na USF isolada, dos 7 ACS, 5 participaram, os outros 2 tiveram dificuldades com suas agendas o que impossibilitou a coleta. Na USF Integrada todos os 9 ACS participaram. Houve um agendamento prévio com cada participante de acordo com a melhor data e horário. Utilizou-se uma sala não movimentada com a intenção de garantir sigilo, calma ao entrevistado e silêncio adequado em virtude da captação de áudio por meio de aparelho tipo MP4.

Após o processamento dos dados utilizou-se a análise do discurso proposta por FIORIN, (1999; 2001), assumindo-se, dessa forma, o entendimento de que o discurso se constitui de combinações de elementos linguísticos que possibilita aos falantes exprimir seus pensamentos, falar do mundo exterior ou de seu mundo interior e, agir sobre o mundo. Em um texto discursivo pode-se analisar os mecanismos sintáticos e semânticos responsáveis pela produção de sentido e pode-se ainda compreendê-lo enquanto objeto cultural, produzido a partir de condicionantes históricas, em relação à dialógica com outros textos, ou seja, os elementos da gramática do discurso e as determinações ideológicas que incidem sobre a linguagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Características sócio demográficas dos sujeitos da pesquisa

A tabela 1 demonstra que a maioria dos trabalhadores entrevistados são mulheres (66,7%). Na distribuição por faixa etária a maioria dos sujeitos tem idade entre 30 e 40 anos (53,3%). A maioria é natural do município de João Pessoa-PB (80%) e, quanto ao estado civil, oitenta por cento (80%), são casados.

Em relação ao nível de escolaridade, 53,3 % dos entrevistados apresenta nível técnico ou superior incompleto, sendo 6,7% com ensino técnico incompleto, 26,6% com técnico completo e 20,0% com ensino superior incompleto, como mostram os números da tabela 1.

A tabela 2 demonstra que a maior parte dos ACS

entrevistados possui um grau de escolaridade acima do que lhes é exigido, o que pode estar relacionado a vários aspectos. Um dos entrevistados chega a afirmar que não pretende ser ACS “a vida toda”:

*“...Ou seja, enquanto eu estiver, estarei fazendo o trabalho, independente do horário ou não. Claro que não dá nesse momento pra ficar a vida toda, até porque as condições de trabalho são um pouco difíceis e também a remuneração, nem o que é de direitos nos dão, né!?” (E1)*

Esse novo projeto pode estar relacionado a várias questões que vão desde a falta de identificação com o trabalho, até o desgaste físico e mental gerado pelo processo e organização de trabalho.

No atual quadro brasileiro, muitas pessoas ingressam no mercado de trabalho não naquilo que mais se identificam e sim no que foi possível no momento em que buscaram o trabalho. A falta de oportunidades e o desemprego fazem com que as pessoas se agarrem ao que aparece. Assim deixam currículos em diversos setores e serviços, e fazem concursos para cargos menos concorridos. Muitos desses cargos oferecem baixos salários, mas ainda assim, são preenchidos. Há um discurso de que “é melhor ganhar pouco do que ficar parado.” Este mostra o quanto o trabalho é central na vida do ser humano. Por outro lado, assiste-se cada vez mais a uma crescente precarização do trabalho que se reflete exatamente na forma de vínculo empregatício temporário e de prestação de serviço, baixos salários, entre outros. Em sua pesquisa PEDROSA, TELES, (2001) identificaram que os ACS avaliam ser insuficiente o que ganham em face do tipo de trabalho realizado e diante do valor atribuído a sua atividade pela sociedade e comunidade.

### O processo e a organização do trabalho: o trabalho prescrito e o trabalho real do ACS

De acordo com BRITO, (2008) o trabalho prescrito ou tarefa refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais, estando este vinculado a regras, objetivos fixados pela organização do trabalho e às condições que são dadas. Em outras palavras é aquilo que se deve fazer. FREIRE, FERREIRA, (2000) compara o trabalho prescrito com “braços invisíveis” da organização de trabalho. Mas, segundo DANIELLOU, LAVILLE, TEIGER, (1994), isto se torna irrealizável, pois as regras geralmente estão baseadas em conhecimentos empíricos e parciais, o que não reflete a realidade, muito menos as particularidades dos trabalhadores.

**Tabela 1.** Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por sexo, faixa etária, naturalidade e estado civil. João Pessoa – PB, 2011.

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	05	33,3
Feminino	10	66,7
Total	15	100
<b>Faixa etária</b>		
Entre 20 e 30 anos	03	20,0
Entre 30 e 40 anos	08	53,3
Mais de 40 anos	04	26,7
Total	15	100
<b>Naturalidade</b>		
João Pessoa-PB	12	80,0
Outro município	03	20,0
Total	15	100
<b>Estado civil</b>		
		%
Casado	12	80,0
Solteiro	02	13,3
Separado	01	6,7
Viúvo	-	-
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Tabela 2.** Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por nível de escolaridade. João Pessoa – PB, 2011.

	N	%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio incompleto	01	6,7
Ensino médio completo	06	40,0
Ensino técnico incompleto	01	6,7
Ensino técnico completo	04	26,6
Ensino superior incompleto	03	20,0
Ensino superior completo	-	-
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

A prescrição do trabalho dos ACS é determinada, principalmente, pelas normas do Ministério da Saúde. A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, descreve as competências e atribuições dos profissionais da Atenção Básica (AB). Segundo a mesma, ao ACS caberá o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; fazer o acompanhamento das famílias em base geográfica definida, a microárea; realizar o cadastro de todas as pessoas de sua microárea e atualizar constantemente

os mesmos; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades

definidas pela equipe e, cumprir com as atribuições definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue (Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002). Sendo ainda permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições referidas. Quanto às especificidades locais, cabe ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliar as atribuições acima definidas (BRASIL, 2006).

No entanto, no ato da execução das tarefas, o trabalhador se encontra com uma defasagem entre o que é pedido e o modo de colocar em prática. Na gestão desta defasagem temos o chamado trabalho real. Segundo BRITO, (2008) o trabalho real ou atividade é a resposta dada pelos trabalhadores às imposições determinadas externamente que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador, ou seja, é a forma como o trabalhador “faz” em um determinado processo de trabalho.

É justamente o trabalho real, ou seja, a forma como o ACS faz, que será explorado neste estudo. Através do discurso destes trabalhadores se buscou elementos para compreender o processo e a organização do seu trabalho, para assim, mais adiante estabelecer o elo que os ligam à questão da saúde mental desse trabalhador.

### **O trabalho real do ACS: entre o território e a USF**

A Estratégia Saúde da Família trabalha com um território adscrito e nessa concepção tem-se a área e a microárea. Todos os ACS se responsabilizam por uma microárea e por um determinado número de famílias. No caso desse estudo, observou-se que cada ACS acompanha em média 120 a 160 famílias. Ao relatar sobre seu dia de trabalho, um dos entrevistados ressalta ser o meio de ligação da equipe com a comunidade, evidenciando a sua importância no território.

*“...nós somos o elo na comunidade. É... a gente vai para as visitas, conversa com as pessoas sobre saúde, sobre seus questionamentos, leva até o PSF, ao médico, a enfermeira, conversa com eles, dá as orientações...”* (E1)

E mais adiante comenta sobre o trabalho realizado em dois momentos e espaços distintos: o território e a USF.

*“Basicamente nós temos dois dias de trabalho, temos o dia de trabalho que a gente fica aqui [USF] no atendimento, fazendo escuta,*

*pegando prontuário, aquela coisa bem administrativa (entre aspas) e tem um dia que a gente vai para rua mesmo pra fazer o trabalho de ACS, a visita domiciliar... E sempre orientando naquilo que a ver que ela tá precisando melhorar, se cuidar melhor. E depois que fazemos essas visitas a gente volta com bastante coisa pra se trabalhar... coisas pra resolver ou pedir orientação a médica ou pedir orientação a enfermeira para a gente tentar dar um bom encaminhamento para aquelas necessidades do usuário...”* (E1)

Portanto, a partir dos fragmentos de discurso é possível perceber que o ACS realiza funções em pelo menos dois espaços diferentes, executando tarefas distintas, ou ele fica o dia na USF fazendo o chamado acolhimento dos usuários entre outras tarefas, ou ele vai para a visita domiciliar na microárea.

No território a atividade do ACS envolve tanto um esforço físico como relacional. Como afirma FERREIRA *et al.*, (2009) ele trabalha sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo”, ou seja, tem que dar conta da produção de procedimentos como expressão do cuidado ao mesmo tempo em que desenvolve suas atividades centradas nas necessidades dos usuários, priorizando tecnologias relacionais que se dão no encontro com o usuário e onde se criam espaços de escutas, falas, empatias e interpretações.

Para realizar suas visitas, o ACS planeja e se organiza conforme as necessidades identificadas por ele mesmo. Sendo que na maioria das vezes ele planeja de maneira a priorizar alguns grupos, que são identificados como prioritários pelo próprio Ministério da Saúde, bem como pela gestão local.

*“A gente não tem um cronograma... Eu me locomovo dentro da minha microárea conforme uma necessidade, ou seja, eu faço visitas continuamente, mas aí, eu não faço a rua, eu faço a necessidade da minha microárea.”* (E1)

*“Eu penso assim: eu vou começar por tal rua. Só que agora eu não vou, agora eu vou fazer aquelas casas daqueles hipertensos primeiro. Depois eu vou para as crianças de 0 a 2 anos, depois eu vou para os diabéticos, porque eu tenho que terminar aquela quantidade x de hipertensos e diabéticos e de crianças de 0 a 2 anos, são aquelas mais de risco. E de gestantes. Depois que eu termino elas, eu vou e continuo nas outras casas.”* (E5)

Dessa forma, aparentemente, o ACS tem liberdade para organizar o seu trabalho, no entanto, a questão priorizar os grupos de risco prescrito pelo Ministério da Saúde limita a liberdade de organização do ACS, ou seja, independente do desejo de organizar por ruas ou que exista outro grupo de risco na sua microárea, primeiro ele terá que dar conta do prescrito. No entanto, vale ressaltar que o trabalho prescrito não deve ser visto como negativo ou até mesmo limitador do trabalho. Ele é um elemento que baliza a ação do ACS, entretanto, não dá conta da complexidade do cotidiano de trabalho e por esse motivo, como forma de responder as lacunas, é necessário que o trabalhador intervenha. Prescrição e trabalho real são fundamentais na prática laboral e devem ser entendidos como elementos que dialogam, se complementam, se transformam.

Quando falaram sobre algum aspecto negativo do trabalho, referiram-se a entrega de encaminhamentos ou a inspeção dos focos de dengue que realizam junto com os Agentes de Endemias (ACE), antigos Agentes de Saúde Ambiental (ASA), demonstrando insatisfação. As falas seguintes trazem esses elementos:

*“Se a gente fosse fazer a visita sem a entrega de encaminhamento, dava tranqüilo e ainda sobrava, mas devido isso aí, às vezes atrapalha muito. Tem vez que dá certo, que dá pra visitar todo mundo, mas tem vez que ficam algumas famílias sem a visita no mês.” (E5)*

*“O trabalho aumenta a cada dia e agora tá mais complicado de fazer a visita... Você vai, olha todo o quintal, derrama os vasilhames, vira as garrafas, dá aquela geral, digamos na casa do usuário aí depois vou terminar minhas visitas de Agente de Saúde... já era difícil, já acho pouco tempo pra fazer as visitas do Agente de Saúde, e agora do Agente de Endemias, aí fica complicado. E eu acho mais interessante a orientação de porque não deve deixar água parada, do que eu tá no quintal das pessoas virando (os depósitos com água) e colocando numa fichinha que eu derramei...” (E1)*

Em suas falas os ACS mostram que as variabilidades que acontecem em seu trabalho requerem gestões de regulação para que o trabalho seja efetivamente realizado. Eles falam que passaram a assumir tarefas que antes não eram de sua responsabilidade. A entrega nos domicílios de encaminhamentos de exames e de marcação de consultas na rede especializada e, a inspeção dos focos de dengue também nos domicílios em parceria com os ACE são vistos como aumento do trabalho além

de grande entrave para as visitas domiciliares dos ACS. Isso gera insatisfações traduzidas no fragmento da fala acima onde para o trabalhador “o trabalho aumenta” restando-lhe “pouco tempo pra fazer as visitas”. Em outras palavras, pode-se dizer que há uma sobrecarga no trabalho real do ACS.

A partir dos dados, notou-se que o acolhimento é o grande responsável por levar o ACS a trabalhar dentro da Unidade de Saúde da Família. Cada uma das equipes de João Pessoa organiza o processo de acolhimento a partir de orientações vindas da Secretaria Municipal de Saúde, fazendo adaptações às especificidades locais e organizacionais. Nas USF onde aconteceram a coleta de dados os ACS participavam ativamente do acolhimento, se dividindo em escalas e fazendo inclusive a chamada “escuta qualificada”, como pode-se observar na fala abaixo:

*“A gente fica um dia da semana e nesse dia fazemos o acolhimento. Nesse acolhimento a gente pergunta qual o problema do paciente, se for pra médica a gente bota pra médica, se for pra enfermeira a gente bota pra enfermeira. Se não der para o dia a gente marca para outro dia. E depois do acolhimento a gente tira os prontuários, depois dos prontuários a gente fica chamando e, a todo momento a gente acolhe porque cada um vai chegando... o acolhimento é até 8:00 para escuta mas, o acolhimento continua a manhã toda, mas se alguém chega 10:00, 11:00, aí se eu ver que é só um exame (digo): “aí você vem amanhã de 7 horas e passa pelo acolhimento, mas se é uma febre, um vomito, uma diarreia a enfermeira vai lhe avaliar.” Aí passa pela enfermeira e a enfermeira passa pra médica” (E5).*

Além do acolhimento, há outras funções mais administrativas realizadas pelos ACS, como a organização do fluxo dos usuários para o acolhimento e para as consultas; os agendamentos das consultas e protocolar os encaminhamentos.

*“Ai agora são dois Agentes de Saúde por dia, um fica vendo a ordem, a prioridade (idoso, criança...) e o outro vai fazendo os agendamentos. Se não for para aquela manhã, nem para tarde faz os agendamentos. Ai fica ali, olhando a ordem... Os encaminhamentos que saem, os encaminhamentos que chegam, a gente dar baixa” (E3).*

Na divisão do trabalho o ACS vem gradati-

vamente assumindo funções que antes não eram prescritas, como a de estar na recepção e, caso solicitado, geralmente se disponibiliza para auxiliar a equipe de enfermagem e até mesmo a equipe odontológica.

*“Aqui dentro da Unidade eu faço tudo o que eu poder para ajudar, né!? Claro que determinadas atividades a gente não pode fazer mas, o que pedir, que contar com minha ajuda eu estou aqui para ajudar. Eu faço... se botar para recepção eu vou para recepção, se me botar para ajudar o dentista eu ajudo o dentista, se me botar para ajudar a enfermeira eu ajudo a enfermeira, eu ajudo tudinho. Pode contar com minha ajuda (E7).*

São também os responsáveis por pesar as famílias para o cadastramento no Programa Bolsa Família (PBF): “Somos bem distribuídos em nossas atividades. A gente faz acolhimento, quando é período do peso a gente faz a escalinha do peso” (E6).

Dentro da USF emerge a figura do ACS como um trabalhador polivalente e multifuncional, responsável para exercer diversas funções. Se antes o trabalho do ACS era basicamente na área, na visita domiciliar, agora lhe é exigido uma maior flexibilidade para que possa assumir outras tarefas.

Pode-se afirmar que são os reflexos da reestruturação produtiva, que segundo CAMPOS, (1997) *apud* VILLA, (2008), trouxeram diversas e contraditórias transformações no processo de trabalho em saúde. Dessa forma, a participação do trabalhador em múltiplas atividades, a valorização da sua qualificação e saberes e as propostas de um trabalho em equipe, com diminuição dos níveis hierárquicos e estabelecimento de relações mais horizontais e informais dividem espaço com a precarização dos contratos de trabalho.

#### **A relação entre o processo e organização do trabalho e a saúde mental do ACS**

Quando relacionada ao trabalho, a saúde mental aparece como uma temática complexa. Necessita-se, portanto, de um olhar mais amplo, mas também de olhar de lupa, para o fenômeno do chamado adoecimento mental no trabalho. Por exemplo, SELIGMANN-SILVA, (1993) destaca que o trabalho pode significar satisfação, desenvolvimento de potenciais individuais e coletivos, constituindo-se como fonte de bem-estar e vitalidade, favorecendo a harmonia psicossomática. Por outro lado, pode estar ligados ao desenvolvimento de transtornos psicossociais, psicossomáticos e psiquiátricos.

DEJOURS (1996), ao estudar o sofrimento no

trabalho, define o sofrimento mental como um espaço de luta que cobre o campo situado entre o bem-estar e doença mental ou loucura. Para ele o equilíbrio seria resultado de uma “regulação” que requer estratégias defensivas elaboradas pelos próprios trabalhadores. Dessa forma, o equilíbrio, a estabilidade, a normalidade, não podem ser vistas como dados naturais porque são antes o indício de uma luta contra a doença mental.

É possível estabelecer a relação entre o processo e organização do trabalho e a saúde mental do ACS? As falas anteriores permitiram um olhar sobre o processo e organização do trabalho do ACS. Continuando a análise do discurso do ACS, percebe-se que eles relatam várias dificuldades e situações geradoras de adoecimento que estão diretamente relacionadas com a organização do trabalho. Eis o que diz um dos entrevistados sobre a questão:

*“E muitas vezes a gente não dá conta ou o serviço é lento demais... Ou seja, a gente tenta fazer o lado preventivo, tenta instruir mas o sistema não anda... Isso causa certo sofrimento para a saúde do trabalhador, a falta de medicamentos, a falta de insumos, você ver que a pessoa está precisando de gases e não tem gases pra aquela pessoa... Infelizmente, isso causa um pouco de estresse, aparência pra comunidade que é má vontade sua. O encaminhamento demora, por mais que a gente explique, acham que é culpa da gente, entendeu?” (E1)*

A falta de equipamentos e insumos, o problema com a marcação de consultas e exames na rede especializada de Saúde acaba dificultando o relacionamento dos profissionais da equipe com a comunidade. No fragmento acima, o entrevistado ao dizer “isso causa um pouco de estresse”, utiliza o termo estresse se referindo à categoria cargas psíquicas no trabalho e não necessariamente ao adoecimento.

O ACS sente-se responsável pelo sistema de saúde não conseguir dar as respostas no tempo devido à população, ao mesmo tempo sabe que, embora haja todo um discurso da assistência integral preconizada pelo SUS, existem limitações na resolubilidade e de governabilidade da ESF. Já o usuário que tem o ACS como elo com o sistema de saúde, acaba responsabilizando-o, gerando nesse trabalhador um sofrimento.

No seu trabalho, o ACS, lida diretamente com os problemas sociais e de saúde da população sob sua responsabilidade. Nas visitas domiciliares o profissional pouco a pouco constrói um vínculo com as famílias. Nesse sentido, ele começa a ver, ouvir, sentir e participar



dos dramas das pessoas. As duas falas trazem alguns elementos que são reflexos dessa relação:

*“...porque a gente escuta todo dia muitos problemas das pessoas, né!? A gente chega em cada casa, cada casa é uma confusão, o problema é esse, é aquele. E aquilo vai desgastando você. Quando eu chego em casa eu tento deixar tudo lá fora. Só que as vezes aquilo vai acumulando dentro da gente, aí vai juntando, juntando, juntando.” (E2)*

*“A gente sofre bastante porque o agente de saúde é como um psicólogo, e as vezes escuta um problema e tem que compartilhar com aquela pessoa os problemas que a pessoa tá passando, e pensar, mesmo sem ter um preparo, que é bom ressaltar isso aí, mesmo sem ter um preparo, mas com a experiência do dia a dia a gente tenta ajudar aquela pessoa, tenta amenizar o problema, tranquilizar... Eu digo por mim, eu não estou preparado ainda pra passar por este tipo de situação porque a gente também não teve um treinamento, não teve um preparo, então fica mais difícil”. (E12)*

De acordo com FERREIRA *et al.*, (2009) no cotidiano da vida e trabalho do ACS criam-se laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança, de cumplicidade entre ele e as famílias. Sendo assim, é compreensível que ele sofra com os dramas vividos pelas famílias. Pode-se identificar que os ACS se referem às famílias da área adscrita como “suas famílias”. Na fala acima, quando o ACS refere sofrer com os problemas vivenciados por “aquela pessoa”, está falando de um membro de uma de “suas famílias”. A expressão “suas famílias” explicita os laços construídos por ele e permite antever estes laços como uma carga psíquica de trabalho.

Ao se colocar no papel de um “psicólogo”, disponível para ouvir as queixas das pessoas, percebe que não dispõe de tecnologias que lhe permitam aproximar-se do sofrimento do outro sem ser afetado a ponto de adoecer. MARTINES, CHAVES, (2007) observaram em seu estudo, a partir de depoimentos dos ACS, que eles não conseguem discernir sobre alguns de seus limites e acabam vivenciando sentimentos de impotência, cansaço e solidão, além de criarem um terreno de tensões na vida pessoal, de difícil manejo e desconstrução, uma vez que as famílias já estão condicionadas por seu comportamento ilimitado e heróico.

Mas, o domicílio das pessoas, espaço capaz de provocar um adoecimento do trabalhador, pode também

ser visto como um lugar agradável. Uma visita sempre difere da outra, ou seja, enquanto uma pode ser difícil e desgastante, outra é mais agradável, como afirma o entrevistado:

*“...a partir do momento quando eu chego numa visita eu me estresso, aquela pessoa contou aquele problema, quando eu chego em outra, assim, já tem a parte bem agradável. Tem aquela idosa que lhe abraça, conversa com você. Chama você: “Vamos tomar um cafezinho?” Até você escutar, você também desabafa porque tem aquela conversa aí, aí vai amenizando.” (E2)*

Percebe-se, então, que essa dinâmica das visitas domiciliares acaba promovendo certo equilíbrio uma vez que o trabalhador vivencia situações problemáticas e outras mais tranquilas. Além disso, é na visita domiciliar que o ACS consegue se distanciar, por exemplo, das tarefas realizadas dentro da USF, onde ele sente-se mais cobrado e mais limitado: “Agora o principal estresse assim é mais na unidade. Dentro da unidade do que fora...” (E2).

LANCMAN *et al.*, (2007) afirmam que a relação dos ACS com as famílias pode ser fonte de prazer e reconhecimento do trabalho que realizam. Percebe-se, assim, o trabalho de campo como um elemento essencial na manutenção da saúde mental dos ACS. É o momento em que pode usar seu saber-fazer, estabelecer sua rotina de atendimentos, embora tenham metas a cumprir, e de contatos com as famílias. No campo, os ACS utilizam mais de seu saber e estão livres de certas amarras da organização de trabalho.

É na USF onde se realiza o acolhimento dos usuários que o ACS se vê obrigado a lidar com a impotência e com a impossibilidade de atender de forma satisfatória a todas as demandas dos usuários. Um dos entrevistados diz o seguinte:

*“Agora dentro da unidade, o fluxo é muito alto, a cobrança é muito grande, assim, e muitas coisas a gente, não tá dentro das nossas possibilidades. Aí o estresse é maior lá. Assim, é tanto que quando chega, resolve e corre pra área porque não tem quem agente ficar muito lá não. Porque é uma coisa muito estressante e assim, o convívio com várias pessoas é complicado” (E2).*

A partir desta fala e de outras anteriores vê-se que, se, de um lado os usuários cobram excessivamente dos ACS em relação às suas questões de saúde, o ACS também acaba responsabilizando o usuário pelo seu

estresse. Ele não percebe que é o seu processo e organização de trabalho que está por trás do seu sofrimento e não só a cobrança do usuário em si.

Os problemas e os desafios são de ordem bem mais complexas, passando pelas questões da gestão do trabalho, como a baixa remuneração e a motivação das equipes; a iniquidade distributiva da força de trabalho; desempenho e responsabilização (accountability) insatisfatória dos profissionais (PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA, 2004).

Além disso, trabalhar de maneira multiprofissional é sem dúvida um dos grandes desafios para os trabalhadores da ESF. Ainda prevalecem práticas individuais e compartimentalizadas, onde o médico faz o trabalho do médico, que quase sempre se resume a consulta; o enfermeiro faz as consultas de enfermagem e desenvolve os programas voltados especialmente para hipertensos e diabéticos, saúde da mulher, gestante e crianças; o dentista cuida da saúde bucal; os técnicos auxiliam as atividades destes profissionais e o ACS cumpre com suas funções e se vê na obrigação de ser multifuncional e polivalente, uma vez que, especialmente no acolhimento e nas atividades de grupo tanto na USF como na área ele é o mais demandado.

Outra carga psíquica que aparece na pesquisa são as situações de violência e tráfico de drogas no território.

*“A área que eu trabalho aqui tem usuário de drogas, traficante. A gente depara assim nas visitas, que na visita de repente o traficante faz uso do produto dele na minha frente mesmo, o cara chega na porta assim. Então, às vezes a gente tá na visita mas com uma tensão.” (E14)*

Outro entrevistado tenta inclusive brincar com a situação sem, no entanto, deixar de levar a sério e reconhecendo sobre o risco de vida:

*“Então assim, às vezes eu tenho medo, às vezes eu acho engraçado e às vezes eu acho uma adrenalina. Eu não acho o meu trabalho ruim. Às vezes eu até brinco dizendo que vou mandar um ofício pedindo colete a prova de balas ao prefeito, às vezes a gente brinca, mas é a realidade. Eu não tenho medo deles lá, mas eu tenho medo dos que vem de fora matar eles, os de fora não conhece.” (E4)*

O ACS trabalha em áreas vulneráveis, onde a violência e o tráfico fazem parte do cotidiano das pessoas e acaba tendo que lidar com situações que

muitas vezes oferecem risco à sua integridade física e psíquica. É comum nessas áreas de risco eles saírem para trabalhar sob tensão, correndo risco para realizar sua atividade.

É importante destacar, a partir da fala do entrevistado E4, “o brincar” funcionando como um mecanismo de defesa. Ao brincar com uma situação potencialmente perigosa, capaz de inclusive gerar risco de vida, o trabalhador encontra uma maneira de aplacar o sofrimento. DEJOURS, (1992) escreve sobre diferentes estratégias de defesa usadas pelos trabalhadores para continuar trabalhando. Essas defesas permitem que os trabalhadores subvertam o sofrimento imposto pela organização do trabalho vigente.

MENDES, (2007) *apud* SILVA, (2008) diz que a brincadeira possibilita o trabalhador enfrentar a solidão, aliviar a tensão e descontraír. E ao citar BRANT, MINAYO-GOMEZ, (2004), SILVA, (2008) chama atenção para o fato de que o sofrimento pode se apresentar sob a forma de humor, ocorrendo, neste caso, a construção, por parte do trabalhador, de um subterfúgio para manifestar seu sofrimento sem que ele apareça como tal, evitando dessa forma, o adoecimento.

Outro fator que apareceu nas entrevistas refere-se ao relacionamento com os colegas de trabalho. O trabalho em equipe é desafiador e exige diálogo e respeito. Quando isso não acontece, podem surgir situações que geram desconfiança e desconfortos.

*“Eu vou desabafar e nunca vou aceitar, porque discriminação, perseguição, de certa forma, controle, isso é inadmissível, ainda mais quando isso é feito por pessoas que está para te coordenar ou pessoa do seu tamanho, nanico como você é. Então é inadmissível, mas acaba sendo tolerado porque você não encontra um apoio pra se livrar daquilo ali. Olho para um lado, olho para o outro e não tem uma pessoa ali pra dizer: “olha, eu to contigo, vamos levar a frente, acabar com esse negócio”... porque a equipe perde de certa forma. Eu to perdendo sozinho, nesse momento, hoje, mas de alguma forma a equipe vai perder.” (E13)*

O ACS, assim como qualquer trabalhador, pode ainda vivenciar dentro da sua equipe um clima de discórdia, quer seja envolvendo ele mesmo ou outros colegas de trabalho pelos quais ele demonstra afinidade e até mesmo toda a equipe. Dessa forma, o trabalho tende a ser mais penoso. A fala acima ilustra o ambiente de trabalho como um território de disputas, tensões, controle, falta de solidariedade. Diante de um conflito nas relações de trabalho, ocorrem sentimentos de

solidão. O conflito é visto por ele como uma situação em que perde toda a equipe. Além disso, existe uma contradição entre não aceitar a “discriminação, perseguição” e ter que tolerar.

A precarização das contratações bem como as mudanças organizacionais, trazendo a multifuncionalidade, sobrecarga de trabalho e o estímulo escamoteado à competição através das metas e avaliação de desempenho, tem levado a quebra de solidariedade entre os trabalhadores (DEJOURS, BÈGUE, 2010, SELIGMANN-SILVA, 2010).

Assim, sobrevêm questionar: as cargas psíquicas de trabalho, as quais os ACS estão expostos, resgatadas do interior do seu discurso se converteram em adoecimento?

As duas falas a seguir revelam um universo de sinais e sintomas de adoecimento mental e manifestações psicossomáticas fruto do desgaste mental sofrido no processo de trabalho do ACS:

*“É, as vezes agente fica até estressada assim, né!? Porque tem que resolver isso. E aí a gente fica com dor de cabeça, essa coisas assim. Porque eu acho assim, a gente tem muito trabalho, sabe.” (E8)*

*“A dificuldade pra nós agentes de saúde é porque o pessoal fica cobrando. Eu mesmo sou uma pessoa que, assim, carrego os problemas das pessoas e fico com aquilo na cabeça... E a gente fica se desgastando mentalmente, fica aperreada, querendo resolver o problema, coisa que não posso. Fico de mãos atadas porque não depende de mim...Teve uma época que eu passei por uns problemas de saúde e foi questão de muito estresse. Até passei uns 15 dias afastada, afastada mesmo por conta disso.” (E7)*

Nas falas, os entrevistados referem-se ao estresse e a dor de cabeça que neste caso pode ser considerado uma manifestação do corpo diante do estresse, ou seja, um sintoma psicossomático. É no seu cotidiano de trabalho que o ACS sente o peso do seu trabalho que se manifesta no adoecimento. Nesse sentido, a resposta para os questionamentos surgidos nesse tópico é afirmativa. Tanto é possível encontrar o elo entre o processo e organização do trabalho e a saúde mental do ACS como também é possível dizer que as cargas psíquicas de trabalho as quais este trabalhador está exposto podem desencadear seu adoecimento.

## CONCLUSÃO

Diante da amplitude do processo de trabalho do ACS, que desempenha suas ações em um contexto o qual confere ao mesmo uma carga de compromissos e responsabilidades é comum ouvir queixas destes profissionais relatando sofrimento no trabalho.

Ao ser analisado o processo e a organização de trabalho do ACS enquanto trabalhador da Estratégia Saúde da Família, resgatando a partir da sua própria fala elementos do seu trabalho real e fatores de risco e cargas deste trabalho que poderiam interferir na sua saúde mental, chegou-se a constatação de que existe um elo entre o seu processo e organização do trabalho e a sua saúde mental.

Visto pela equipe e pela gestão como um trabalhador multifuncional e polivalente que deve desempenhar um conjunto de tarefas na área e dentro da USF e pela população, como aquele a quem ela pode interrogar, interpelar e reivindicar por seus direitos, o ACS inicia a sua jornada encontrando-se diariamente não apenas com os colegas de trabalho e usuários da USF como também com inúmeras cargas de trabalho.

Dele são exigidas grandes responsabilidades e competências para a realização de tarefas que demandam bastante esforço físico e mental. É do ACS a responsabilidade de acompanhar mais de 100 famílias, intervindo, junto com a equipe, no processo de saúde-doença-cuidado destas; acolher os usuários que vão até a USF em busca de atendimento ou de alguma resposta sobre seus exames e consultas na rede especializada; a obrigação de ajudar a equipe a melhorar os indicadores de saúde e cumprir metas estabelecidas pela SMS.

No seu dia-a-dia caminha sob o sol quente, por terrenos acidentados, passando por esgotos a céu aberto e lama, correndo risco de ser atingido por uma bala perdida e assim se tornar mais uma vítima da violência e do tráfico de drogas. Dentro dos domicílios está sujeito a dar de cara com as mais adversas situações de saúde e conflitos os quais muitas vezes ele acaba sendo mediador. Além de tudo isso, não dispõe de tecnologias e recursos materiais suficientes para realizar seu trabalho, sentindo-se muitas vezes impotente e inseguro.

O resultado desse processo e dessa organização de trabalho e da exposição diária às cargas de trabalho existentes é o aparecimento de sintomas psicológicos, psicossomáticos ou até o adoecimento mental do ACS.

O andamento eficiente do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família depende da atuação conjunta e comprometida de todos seus trabalhadores. Se o ACS é elo de ligação entre a equipe de saúde da

família e a população, portanto, peça fundamental dentro da proposta da ESF, espera-se que ele esteja saudável e satisfeito para realizar o seu trabalho, porque, como diz um dos entrevistados: “ACS doente não tem futuro”.

Nesse sentido é necessário reavaliar o processo

e a organização do trabalho do ACS, a fim de criar condições de trabalho mais favoráveis a este trabalhador. Novos estudos sobre a temática precisam, contudo, ser realizados e aprofundados para compreensão e enfrentamento dessa complexa problemática.

## REFERÊNCIAS

- BRANT L, MINAYO-GÓMEZ C. (2004). Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. *Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 213-223.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 2006.
- BRITO JC. Trabalho prescrito. In: PEREIRA IB, LIMA JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 440p. Disponível em/ Available in: <http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/008871>. Acesso em 26/05/2011.
- CAMELO SHH, ANGERAMI ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 12(1):14-21, 2004.
- DANIELLOU F, LAVILLE A, TEIGER C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Rev. Bras. de Saúde Ocup.*, 17(68): 7-13, 1989.
- DEJOURS C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT JF. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 149-173.
- DEJOURS C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 168 p.
- DEJOURS C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN S, SZNELWAR L. (orgs). *Christophe Dejours: Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho*. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.
- DEJOURS C, ABDOUCHELI E. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS C, BÈGUE F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?*, 1. ed. Brasília: Paralelo 15, 2010. 128p.
- FACCHINI LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA LE et al., *Isto é trabalho de gente?: Vida, doença e trabalho no Brasil*. Edição, São Paulo: Vozes, 1993.
- FERREIRA VSC, ANDRADE CS, FRANCO TB, MERHY EE. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, 25(4):898-906, 2009.
- FERNANDES JCL. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2):134-139, 1992.
- FIORIN JL. *Linguagem e Ideologia*. 7. ed., São Paulo: Ática, 2001. 88 p.
- FIORIN JL. *Elementos da Análise de Discurso*. 6. ed., São Paulo: Contexto, 1999. 230 p.
- FREIRE ON, FERREIRA MC. *A empresa não perde nada, só a gente: carga de trabalho do frentista e a prática da rotatividade sistemática*. *Rev. adm. contemp.* 5(15):175-200, 2001
- JACQUES MG. O nexa causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. *Psicologia & Sociedade*; 19(Edição Especial): 112-119, 2007.
- LACMAN, S UCHIDA, LI SZNELWAR. Um trabalhador na “berlinda”. Estudo em psicodinâmica do trabalho. *Travailler*, 17: 71-96. 2007
- LAURELL AC, NORIEGA M. *Processo de produção e saúde – trabalho e desgaste operário*. 1. Ed., São Paulo: Hucitec, 1989. 210 p.
- MARTINES WRV, CHAVES EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Ver. Esc. Enferm*, 41(3):426-33, 2007.
- MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas *Cad. Saúde Pública*, 13(2): 32-45, 1997.
- MINAYO MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.176 p.
- MONTEIRO JK. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES AM, MERLO ARC, MORRONE CF, FACAS EP. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: Temas, Interfaces e casos brasileiros*. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2010. 544p.
- NASCIMENTO GM. *Riscos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da saúde do trabalhador*. [Dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2009. 156 p.
- PEDROSA JIS, TELES JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pub.*, 35(3):303-11, 2001.
- PIERANTONI CR, VARELLA TC, FRANÇA T. Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para prática. In: BARROS AFR. (Org.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em/ Available In: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro\\_inteiro\\_portugues.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf). Acesso em/ Access in: 05/07/2011
- SATO L. Trabalho e saúde mental. In: CUT. *Saúde, meio ambiente e condições de trabalho*. Conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo, 1996.
- SELIGMANN-SILVA E. Uma história de “crise de nervos”: saúde mental e trabalho. In: ROCHA LE. et al., *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. 2. ed., São Paulo: Vozes, 1993.
- SELIGMANN-SILVA E. *Acidentes de Trabalho e a Dimensão Psíquica. Fórum de Saúde do Trabalhador*, São Paulo, Abril, 2010. Disponível em/ <[http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=/52/Encontros/2010/Producao\\_social\\_dos\\_AT/Edith\\_-\\_ACIDENTES\\_TRABALHO\\_PSIQUISMO.pdf](http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=/52/Encontros/2010/Producao_social_dos_AT/Edith_-_ACIDENTES_TRABALHO_PSIQUISMO.pdf)>. Acesso em 05/06/2011
- SILVA MFG. *A dinâmica prazer-sofrimento dos trabalhadores: estudo de caso em unidades de alimentação e nutrição situadas na cidade de Belo Horizonte*. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes, 2008.
- TELLES H, PIMENTA AMC. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc.* 18(3): 467-478, 2009.
- TRIVIÑOS ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- VASCONCELOS, A; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicologia & Sociedade*; 20(3):453-464, 2008.
- VILLA EA. *Pedagogia do cuidado: a relação de saberes e valores no trabalho do Programa Saúde da Família*. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da UFMG, 2008. 212 p.

## CORRESPONDÊNCIA

André de Lima Gomes  
Rua Enfermeira Ana Maria Barbosa de Almeida. nº 187, apt. 201  
Jardim Cidade Universitária  
58052-270 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail  
andrelimagomes@hotmail.com