

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ÉLIDA DE AZEVEDO PEREIRA

**O SOFRIMENTO MENTAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO CONTEXTO DO TRABALHO**

VITÓRIA - ES

2022

ÉLIDA DE AZEVEDO PEREIRA

**O SOFRIMENTO MENTAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO CONTEXTO DO TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra.

Área de concentração: Políticas Públicas, saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento local

Orientadora: Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade

VITÓRIA - ES

2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

P436s Pereira, Élide de Azevedo
O sofrimento mental dos agentes comunitários de saúde no contexto do trabalho / Élide de Azevedo Pereira. - 2022.
60 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Saúde pública. 3. Atenção básica em saúde. 4. Saúde mental. I. Andrade, Janice Gusmão Ferreira de. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.20981

ÉLIDA DE AZEVEDO PEREIRA

**O SOFRIMENTO MENTAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
CONTEXTO DO TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 03 de Novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Janice Gusmão Ferreira de Andrade

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

Prof. Dr. Alan Patrício da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof. Dr. Alcindo José Rosa

Universidade Federal de Rondonópolis - UFR

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, porque Dele e por Ele são todas as coisas, pela minha vida, e por me proporcionar ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo desse percurso.

A minha família, que é minha raiz, minha essência e minha estrutura e que me incentivaram nos momentos difíceis. Eu os amo.

Aos professores, pelas orientações e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho em meu processo de formação profissional, que vai além dos limites acadêmicos.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste mestrado.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os estudos acerca dos fatores que contribuem para o sofrimento mental no contexto do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvida por meio da busca de publicações, envolvendo o período de de 2006 a 2020. O recorte temporal se justifica pela profissão ter sido regulamentada por meio da Lei nº 11.350/06. Foram utilizadas as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CVSP – Brasil (Campos Virtual em Saúde Pública), SCIELO, PEPSIC (Periódicos eletrônicos em Psicologia) e, ainda, bancos de Teses e Dissertações. Foram considerados como critérios de inclusão os textos na língua portuguesa e disponíveis na íntegra. Foram discutidos os aspectos e fatores relacionados ao sofrimento psíquico, nomeadamente citados: a sobrecarga do trabalho, excesso de atividades administrativas, recursos escassos no trabalho e desequilíbrio nas práticas de promoção da saúde e bem-estar. É necessário desenvolver estudos observacionais, a fim de compreender, mais próximo à realidade, e propor ações de intervenções no contexto de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. É relevante que as legislações trabalhistas sejam ampliadas e direcionadas, de modo específico, para a saúde do trabalhador, a fim de promover e prevenir doenças psíquicas, na medida em que favoreçam melhores condições de trabalho e participação mais ativa e escuta dos Agentes Comunitários de Saúde no dia a dia.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Saúde. Saúde Pública. Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

This research aims to analyse studies about the factors that contribute to human suffering in the context of the work of Community Health Agents. It was an integrative review, developed through the search for publications from the year 2006 to 2020. The time frame is justified by the profession having been regulated by Law nº 11.350/06. The databases used were the Virtual Health Library (VHL), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences), CVSP - Brazil (Virtual Fields in Public Health), SCIELO, PEPSIC (Electronic Journals in Psychology) and, still, banks of Theses and Dissertations. The inclusion criteria were texts in Portuguese and available in full. Aspects and factors related to psychological distress were discussed, namely work overload, excessive administrative activities, scarce resources at work and imbalance in health promotion and well-being practices. It is necessary to develop observational studies in order to understand more closely the reality, and to propose intervention actions in the work context of ACS. It is relevant that labor laws be expanded and specifically targeted towards workers' health, in order to promote and prevent psychological diseases, as they favor better working conditions and more active participation and listening to the ACS on a daily basis.

Keywords: Community Health Agent. Health. Public health. Basic Attention.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Caracterização dos artigos elegíveis.....43

Figura 1 - Seleção, Identificação e Análise dos artigos nas bases de dados.40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CVSP	Campos Virtual em Saúde Pública
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EPI	Equipamento de proteção individual
GDH	Grupo de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SB	Saúde Básica
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 O PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE.....	14
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)	23
3.3 DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	28
3.4 O CONTEXTO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO PSÍQUICO	32
4 METODOLOGIA	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 PROCESSO DE TRABALHO.....	47
5.2 CONDIÇÕES E RECURSOS DE TRABALHO	48
5.3 FATORES DE RISCO E ADOECIMENTO	48
5.4 POLÍTICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento psíquico tem sido prevalente na sociedade moderna e muitas vezes está associado com incapacidades e altos custos sociais, econômicos e individuais, absenteísmo e queda da produtividade, alta rotatividade de profissionais, aumento da demanda por serviços de saúde e abuso de sedativos, álcool e outras drogas (CAMELO, GALON, MARZIALE, 2012).

A saúde mental tem íntima relação com as práticas de prevenção, de promoção e de recuperação da saúde, a fim de evitar minimizar ou de ressignificar a vida dos indivíduos em sofrimento psíquico em seus contextos sociais. Essa área é compreendida como um campo de conhecimento e de atuação técnica, engajamento político e compromisso social dos atores envolvidos no âmbito das políticas públicas de saúde (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) foi criado no final da década de 1980, lançado oficialmente pela Secretaria de Saúde, em 1991 (BRASIL, 1991). Este programa foi visto, inicialmente, como uma prática local na região do Nordeste, Distrito Federal e São Paulo, buscando alternativas para melhoria das condições de saúde, crescendo posteriormente em todo o país. Essa classe de trabalhadores consistia nas próprias pessoas da comunidade, na confecção de seus lugares, e desejavam atender a metade das pessoas, por questões de saúde pública, ou até então, negligenciadas por meio desses serviços (ROSA, BONFANTI, CARVALHO, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU) designou o ano de 1994 como o Ano da Família. No mesmo ano, o Ministério da Saúde introduziu o Programa Saúde da Família (PSF) definindo-o como prioritário para a organização e fortalecimento da Atenção Básica (AB), em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Através dessa estratégia, a equipe núcleo do Programa Saúde da Família assumiu a formação multiprofissional, com profissionais trabalhando, de forma articulada.

Este Programa Saúde da Família considera as pessoas como um todo, tendo em vista suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade e, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) era realizar um teste diagnóstico comunitário, sob supervisão do enfermeiro (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). O reconhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) enquanto profissão aconteceu em 2002 somente, pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

Estudos indicam que grande parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalham com circunstâncias de agravos à saúde da população que transcendem suas possibilidades de resolutividade e mesmo suas atribuições profissionais. Por um lado, entram em contato com diversas vulnerabilidades da população e, por outro, se deparam com as questões técnico-administrativas que, geralmente, limitam a efetividade de suas ações, mantendo-os, portanto, em uma posição paradoxal (MARTINES, CHAVES, 2007; WAI, 2007; PUPIN, 2008; LANCMAN, JARDIM, 2004).

Tal situação tem sido descrita como sobrecarga de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e tem sido relacionada à vulnerabilidade destes profissionais ao sofrimento psíquico.

No contexto do trabalho se destacam as funções e o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que está próximo das famílias e realiza cuidados diretos e indiretos com a comunidade que assiste. O papel deste profissional como facilitador tem sido unânime e reconhecido como relevante para desempenhar as funções diante da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF). Portanto, suas ações dependem de boas relações entre as pessoas quando vivem e trabalham com pessoas. Esta atuação feita, de forma harmoniosa, produz melhor desempenho profissional e aumenta a satisfação pessoal (ANDRADE et al., 2015).

O trabalho ocupa lugar de grande importância na vida das pessoas e está diretamente relacionado com a saúde física e mental. Desse modo, o trabalho, por ser um dos principais fatores no desenvolvimento da subjetividade humana, tem impacto direto na relação de prazer e sofrimento, que por sua vez pode se transformar em sofrimento

físico e psíquico, proporcionando dessa forma direta correlação com a saúde (MERLO, BOTTEGA, PEREZ, 2014).

Considerando o bem-estar pessoal, familiar e social, se pode notar que vários fatores relacionados ao trabalho, como a dinamização, a localização, a sobrecarga de competências e as cobranças por parte da enfermagem e coordenação do Programa de Atenção Básica, entre outros, requerem muito da saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por sua vez, a literatura expressa que existem sérias consequências de adoecimento mental, sendo essas decorrentes deste sofrimento psíquico, que pode ser identificado como a ansiedade, a depressão, o estresse, o *Burnout*, etc. (LEITE, UVA, 2012).

Assim, surge a ideia de aprofundar o conhecimento acerca desta temática, tendo em vista que possibilitará o aprimoramento por meio dos conteúdos estudados nas disciplinas do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Emescam. Ademais, com o intuito de vislumbrar as condições de trabalho, que são elementos importantes quanto ao serviço da pesquisadora e aproximação pessoal crítica, enquanto profissional da área de saúde mental com formação em Psicologia e até mesmo em decorrência da vivência, enquanto profissional do NASF (Núcleo de Saúde da Família) em período anterior.

Objetiva-se com esta pesquisa investigar as concepções e os aspectos fenomenológicos que contribuem para o sofrimento mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio de uma revisão integrativa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o que a ciência expõe sobre as situações que contribuem para a geração do sofrimento mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar o conhecimento acerca do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Identificar fatores considerados de risco para o sofrimento mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no contexto do trabalho, segundo as evidências científicas;
- Discutir acerca de políticas e práticas de promoção e prevenção voltadas à saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos evidenciam que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sofrem com circunstâncias do trabalho, sendo essa situação correlacionada com agravos à saúde (MARTINES e CHAVES, 2007; WAI, 2007; PUPIN, 2008; LANCMAN, JARDIM, 2004). Nesse sentido, foram construídos os capítulos a seguir para aprofundar a contextualização acerca de referenciais importantes ao longo da história nacional, sendo abordados os tópicos sobre “O papel do Estado na Saúde”.

3.1 O PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE

Para os intelectuais da tradição marxista, o Estado sempre foi um instrumento com existência determinada em tempo de um projeto de longo prazo que seria a soberania da sociedade, apesar da trajetória revolucionária de diluição do poder, o Estado, de forma inconsistente, fortalece o poder na ditadura do proletariado (KRITSCH, 2002).

O desaparecimento do Estado desestruturaria a direção lógica da organização do proletariado como classe dominante, pois não se tornaria classe dominante para manter seu poder, mas justamente para abolir o poder de classe, como base prática da existência moderna. Esse mesmo Estado é entendido como violência organizada de uma classe contra outras, no sistema capitalista de classe burguesa contra o proletariado.

O debate que apareceu, entre outras coisas, no livro de Lenin “O Estado e a Revolução”, quando “oportunistas” criticam a interpretação gradual da abolição estatal. O gradualismo seria derivado de uma interpretação oportunista do confronto entre *Engels* e os anarquistas, quando o primeiro teria dito que o Estado não seria abolido, mas seria extinto, uma vez extintas as condições necessárias para sua existência (GERRATANA, 1979).

A trajetória do conceito de Estado, no campo da esquerda internacional, não parece ser de fácil transposição. Ralph Miliband, em seu livro, "O Estado na Sociedade Capitalista", também busca revelar as concepções de Estado de Marx, especialmente, nessa forma particular de formação econômica, mostrando como o filósofo alemão leu esse conceito de forma diferente, ao longo de sua vida, porém sempre teve como premissa que a defesa da propriedade, independentemente de sua forma, era seu fulcro central (MILIBAND, 1979).

Para os liberais clássicos basta um Estado que defenda a propriedade e mantenha o monopólio do uso da violência jurídica, um Estado dito liberal, governado pelo Estado de Direito, no qual três poderes autônomos, ao contrário do absolutismo, são separados, mas coexistem em constante procurar de um "eterno equilíbrio possível".

O ponto de partida para a separação entre sociedade e Estado é a pedra angular dessa teoria, pois "[a] sociedade ainda se baseia no acesso privado aos meios de produção, portanto, a vida econômica é, em princípio, regida pelas instituições clássicas de Direito privado" (HABERMAS, 1979, p. 43).

No início desta reflexão, o americano David Easton se referiu à discussão entre liberais e marxistas sobre o papel do Estado, sua ontologia e seus fundamentos. O autor expressou insatisfação com o retorno do Estado ao debate político nos Estados Unidos e defendeu o uso do conceito de sistema como a forma mais adequada de explicar os fenômenos de competição tendenciosa pelo poder político.

Para os países latino-americanos, especialmente o Brasil, no entanto, esse debate não apela à realidade, em função do processo histórico de construção do Estado aqui. A presença do Estado é tão marcante e dominante que a ideia do nascimento de um Estado-nação antes de uma nação é uma corrente de pensamento aceita nos círculos acadêmicos da ciência política, senão se vejam estas palavras do sociólogo Fernando Henrique Cardoso (1977, p. 84):

[...] Para nós que historicamente nascemos dentro da tradição de conquistar o conceito de Estado, é muito difícil pensar em uma sociedade sem Estado, apesar de os americanos falarem de uma "sociedade sem Estado", uma sociedade sem estado. É quase impossível para nós pensarmos nisso porque nascemos no reino português sob um estado onipotente. Por vezes

esquecemo-nos que esta não é necessariamente uma situação permanente (...) O estado-nação independente do Brasil nasceu após a transferência do estado imperial português para este país. Foi a única situação na América Latina em que o estado da Metrópole, com D. João VI e toda a sua burocracia, deslocou-se para a colônia (...) reino português (CARDOSO, 1977, p. 84).

A inspiração para a interpretação de Cardoso (1977) está claramente na tradição de Weber e Raymundo Faoro que foi o primeiro teórico a desenvolvê-la em toda a sua sofisticação em “Os donos do Poder”. De fato, essa é uma interpretação que marcou profundamente o pensamento social do Brasil, na primeira metade do século XX. A ideia de formar um Estado antes do nascimento da nação teve um efeito profundo em como as elites intelectuais e culturais nacionais viam e funcionavam no papel da sociedade civil no Brasil (CARDOSO, 1977).

O Estado brasileiro, em sua forma Ocidental moderna, está sendo questionado no centro do mundo da mercadoria, justamente local no qual esse mesmo Estado surgiu como essencial para a organização da produção em massa e o governo social da vida coletiva característica do sistema capitalista de produção. Nesse sentido, as reflexões sobre a tradição histórica e intelectual do Brasil estão mais próximas de Boaventura de Sousa Santos, em *Reventing a Democracy* (SANTOS, 2002), do que de intelectuais ingleses que veem o cotidiano dos trabalhadores como meio de tirar o peso dos trabalhadores. Estado, como um foco analítico nos fenômenos da luta pelo poder humano.

Os movimentos sociais ocorridos no país, na década de 1970, lidavam com o Estado e não o viam como inimigo, mas como legitimador de suas necessidades e demandas, como mostram Silva e Ribeiro (1985). A visão contraditória que opõe sociedade civil e Estado não parece ressoar na vida da maioria da população, que não é atendida pelos bens de consumo coletivos comuns da vida urbana moderna. Um exemplo simples dessa perspectiva é a eleição do prefeito de São Paulo, em 1996.

A proposta do então prefeito Paulo Maluf para um programa de Plano de Assistência à Saúde (PAS) incluiu, no sistema de gestão, uma ferramenta para atrair clientes da população para determinados estabelecimentos de saúde de acordo com o local de residência, ou seja, uma determinada pessoa poderia ser tratada nesse Centro de

Saúde apenas se residisse em sua área de abrangência. Chamava-se carteira PAS (como o cartão SUS proposto hoje).

Para alguns intelectuais, parecia uma restrição de escolha, porém para a população usuária dos serviços municipais de saúde se apresentou como documento de sua "existência" ao Estado, reconhecimento da nacionalidade (SILVA; RIBEIRO, 1985).

No entanto, não é de estranhar que o movimento sindical busque a justiça estatal nas colisões com o capital para defender os direitos dos trabalhadores, e os movimentos sociais urbanos não busquem o mesmo ator para satisfazer as necessidades de consumo coletivo. Em outras palavras, o Estado não é considerado no Brasil, nem pelas classes étnicas ou pela classe trabalhadora organizada pelos sindicatos, como uma mera "comissão executiva" da burguesia ou como um mero órgão de tratados.

Com exceção do movimento anarquista, dos séculos X e XX, organizado por novas lideranças italianas, que vieram trabalhar diretamente na indústria urbana e cujo Estado era a gendarmaria da sociedade, o general sindical brasileiro está lutando dentro da fábrica, fora de controle público em seus estágios iniciais. E por ser afluente da sociedade escravista, no Estado de Vargas contrasta com a crueldade da antiga ordem agrícola exportadora e a desvalorização das condições de trabalho impostas pela desvalorização do trabalho como atividade fundamental da vida civilizada e padrões do modo de produção capitalista.

De fato, tanto o Brasil quanto a maioria dos países latino-americanos não começaram a restaurar a democracia política em bases mais fortes, em função do processo de urbanização e da crescente complexidade das sociedades até o final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Coincidentemente, foi nessa época que o "Consenso de Washington" (BATISTA, 1995; PORTELA FILHO, 1994) foi fortemente válido como receita para o Estado se ajustar à região, enfraquecendo sua capacidade de arbitragem em um momento, à medida que se tornava mais real a possibilidade de alternância de frações entre diferentes grupos e classes sociais.

Apesar das inúmeras privatizações de atividades econômicas e da retirada do Estado de muitos setores, nos quais operava com reserva monopolista (previdência, segurança, extração de petróleo), muito de seu poder criativo permaneceu. No Brasil, os casos e experiências de diferentes conselhos de cidadãos na Administração Pública com orçamento inclusivo (mesmo com suas limitações) são símbolos das possibilidades.

Assim, a perspectiva apresentada por Santos (2002), primeiro sobre a redescoberta democrática do trabalho e, depois, sobre o encontro do Estado como um movimento social totalmente novo se torna mais atraente e concreta socialmente para a sociedade e pensamento social brasileiro. Não é estranho ao dia a dia, à luta política e às demandas que se contate o Estado e esse seja entendido como um agente legítimo para resolver disputas e atender às demandas coletivas de bens de consumo coletivos, especialmente, nestes tempos de controvérsia sobre projetos eleitorais de tons variados, o que aconteceu apenas ocasionalmente na história do país. Em outras palavras, a descoberta democrática do Estado e a oportunidade de experimentar projetos alternativos de governo estão em vigor.

A saúde pública do Brasil trouxe destaque para a dificuldade de articulação de diferentes jurisdições – municipal, estadual e federal – porque a República brasileira não possui um tratado federal efetivo desde sua criação. Em determinados momentos da história da saúde pública do país, há um processo de concentração na região central, a presença e controle de instituições estatais na região a partir do centro. Em outros momentos, os poderes do governo e as iniciativas locais para atender às necessidades de saúde da população serão considerados com mais clareza. Em ambas as situações, a pesquisa em saúde pública propicia visibilidade às relações sociais de competição e de cooperação e delimita as escalas geográficas em torno das quais o poder é exercido e disputado (GUIMARÃES, 2006).

Para ilustrar, a política de saúde da Primeira República (1889-1930) desempenhou um papel importante na construção e ampliação da capacidade do Estado brasileiro no território nacional. Desde 1904, quando foi implantada a legislação sanitária, as autoridades brasileiras dispõem de equipamentos legais, institucionais e recursos

humanos para fiscalizar a situação sanitária dos imóveis urbanos, produção e comercialização de alimentos.

Ao governo central (governo federal) cabia: serviços de saúde portuária, fiscalização das atividades médicas, farmacêuticas e laboratoriais (incluindo controle de vacinas e soros), organização das estatísticas populacionais, sanitárias e notificação obrigatória de diversas doenças (febre tifoide, cólera, peste, varíola, tuberculose e lepra).

Gradualmente, a política nacional de saúde formou uma rede de instituições públicas, que compartilhavam a percepção geral de saúde e doença e transformavam as doenças infecciosas em um problema político. A epidemia de gripe na Espanha, que conquistou o país em 1918 e atingiu também a elite, produziu um consenso mínimo sobre a necessidade de mudança no campo da saúde pública. Sob a influência dessa epidemia, o governo federal se organizou, na década de 1920, em sua capacidade de agir compulsivamente sobre a sociedade (HOCHMAN, 1998).

Ninguém, além dos profissionais de saúde pública, do início do século XX, sabia como tirar vantagem política dessa situação. Por meio de palestras, de panfletos, de artigos de jornal e de representações no Congresso Nacional, esses profissionais tranquilizaram a opinião pública brasileira de que a saúde é um dos problemas mais importantes do país e pediram que fossem discutidas opções para enfrentar o que consideravam o problema de saúde mais importante do país (GUIMARÃES, 2006).

Até a primeira década do século XX, o sucesso da saúde pública na gestão de grandes epidemias como sistema de organização de serviços entrou em colapso gradativamente, perdendo sua relevância. O setor de saúde pública passava por um período de redefinição de tendências e de reversão das prioridades estabelecidas pelo movimento de saneamento, com ênfase na educação em saúde e no combate às endemias no meio rural. As reformas sanitárias de 1917 marcaram o início dessas mudanças (GONÇALVES, 1994).

Como resultado do novo modelo organizacional, foram criados os centros de saúde, que ministravam palestras, elaboravam cartazes e cartilhas explicativas e

organizavam exposições com projetos de slides e filmes. Dessa forma, difundem a educação voltada para a conscientização da saúde, trazendo um novo personagem para a saúde pública: o educador em saúde. A prioridade foi dada ao tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, hanseníase e tuberculose (RIBEIRO, 1993).

A chegada ao poder de Getúlio Vargas, em 1930, foi o segundo período de forte concentração na política de saúde. A higiene pública foi, imediatamente, uma das áreas mais visadas de Vargas, especialmente, em São Paulo, de forma que a reforma sanitária proporcionou autonomia às áreas de saúde. Entre 1930 e 1931, a assistência à saúde foi submetida a uma série de medidas para centralizar os "revolucionários": os centros de saúde foram reduzidos, sendo transformados em tratamentos da Agência de Higiene Infantil e Bem-Estar Infantil, que aboliu as medidas preventivas, em termos de medicina curativa.

No mesmo ano, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, com o Departamento de Saúde e Assuntos Sociais Médicos coordenando os serviços especiais de prevenção e de tratamento da tuberculose e da hanseníase, hospitais, laboratórios, centros de saúde nas grandes cidades e higiene nas áreas rurais (GUIMARÃES, 2006).

No entanto, o movimento inverso, em direção à descentralização e ao fortalecimento do nível local na formulação e na implementação da política de saúde, também é uma marca da saúde pública brasileira. Talvez, nunca na história, esse processo tenha sido tão intenso quanto o que aconteceu desde a década de 1980 com a abertura política e a democratização do país (PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001).

O anseio pelo envolvimento da comunidade e a capacidade do Estado de atender às necessidades de seus cidadãos foram às ruas. Inúmeras entidades de classe, instituições públicas, privadas e associações de moradores reuniram forças para mudar suas críticas e demandas, a partir das diretrizes políticas da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e da Constituição Federal de 1988.

Na década de 1990, a elaboração e implementação da Lei Federal de Saúde Natural e a municipalização dos serviços públicos de saúde proporcionaram a garantia, em

âmbito legislativo, de um único sistema de saúde controlado pela Comunidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) era garantido por lei sob um único comando administrativo em cada esfera de governo - município, estado e governo federal. Além disso, houve uma mudança significativa na forma de governança, que criou mecanismos para a participação da comunidade no processo decisório. Um desses mecanismos fundamentais foi a criação de Conselhos Municipais de Saúde, nos quais os usuários, os prestadores de serviços e as representantes do governo estão igualmente representados (PESSOTO, 2001).

Um levantamento dos municípios brasileiros pelo IBGE, em 1999, mostra a extensão dessas mudanças: 99% tinham Conselhos de Saúde regulamentados e instituídos naquele ano, dos quais 82% eram consultivos (IBGE, 2001). Outro estudo (PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001) vê a formação dos Conselhos Municipais de Saúde como um marco no aumento da participação da comunidade no processo decisório das políticas públicas.

A difusão da experiência pelo país está provocando o debate sobre questões políticas importantes, como a natureza da participação no Conselho (quem o Comissário representa e como esse é representado) ou a legitimidade de suas deliberações ou outras.

O movimento de expansão da assistência médica, aliado a esse movimento democratizante dos mecanismos participativos, no âmbito geral do SUS, resultante da demanda por fiscalização pública da gestão dos recursos de saúde, foi de fato um movimento contra-hegemônico na tendência mundial, além do financiamento e organização dos serviços públicos.

A proposta do Banco Mundial, intensamente apresentada e premiada, para financiar serviços clínicos essenciais na década de 1990, inclusive, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi o debate e a política hegemônica, que prevaleceu na maioria das reformas nos países em desenvolvimento na última década do século XX (PESSOTO, 2001).

Assim como a política de saúde, outras questões sociais no Brasil desde a década de 1990 são mais complexas do que o debate, na década de 1980, principalmente, porque estão em sintonia com o processo de democratização do Estado brasileiro, que possui externalidades positivas, como a exigência de participação em vários Conselhos (educação, saúde e serviço social). A mobilização, em âmbito local, pode ser um indicador mais sensível para avaliação de políticas do que a mera eficiência econômica (YUNES, 1999).

A modernização do Estado brasileiro, fruto da democratização na década de 1980, pode ser ilustrada por esses artefatos de desenho institucional, que emergiram da descentralização do financiamento, da prestação e da gestão dos serviços de saúde. A estratégia de descentralização foi a municipalização dos serviços e sua gestão, criando um sistema integrado para os três ramos do sindicato. Esse processo começou ao final dos anos 1980 e continuou, ao longo da década de 1990, até o início dos anos 2000.

Quatro conferências nacionais de saúde também foram realizadas durante este período (9ª CNS em 1992, 10ª CNS em 1996, 11ª CNS em 2003). Reunião da sociedade civil e do Estado, em um fórum de consulta, definindo as diretrizes máximas do sistema de saúde para os próximos anos (YUNES, 1999).

No século XXI, surgiram acordos regionais entre representantes regionais de municípios e órgãos estaduais de saúde. São Conselhos Regionais (CGRs) instituídos para implementar formas de liderança conjunta entre secretarias municipais de saúde de uma mesma área de saúde (BRASIL, 2006), se configurando como mecanismos de cooperação horizontal que representam, simultaneamente, a radicalização do processo de descentralização e a cooperação vertical existente na CIB e na CIT.

Nesse sentido, a participação da sociedade nos Conselhos de Saúde é vista aqui como um arranjo institucional inovador que responde à demanda da sociedade vivenciada nas décadas de 1970 e 1980. Diante disso, Ribeiro e Guimarães (2007) argumentam que a inovação dos conselhos é que os representantes governamentais,

profissionais e prestadores de serviços estão em pé de igualdade com os representantes dos usuários eleitos pelas ONGs.

Esses foram os passos dados pela sociedade civil e pelo Estado brasileiro no final dos anos do século XX e início dos anos 2000 para refletir sobre a complexidade de um sistema de governança que pudesse destacar as forças políticas da diversidade nacional e uma ampla gama de forças ou subsistemas regionais (RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída no Brasil, buscando possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços que constituem porta preferencial do sistema de saúde, assim como desenvolver um cuidado integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2017).

Segundo Brasil (2017), por meio da Portaria nº 2.436, a nova PNAB, revisa as diretrizes, reafirmando princípios instituídos nas Políticas anteriores (2006 e 2011) e propondo mudanças. Tal portaria define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidos por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizados com equipe multiprofissional e dirigidos à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi aos poucos tomando espaço e passou a ser a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Após uma década em desenvolvimento, começou a ser enunciada

como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006.

Diante do que é trazido na PNAB, fica instituído:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p.54).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a pretensão de promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, entre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado implica em mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, essa equipe faz o devido encaminhamento.

Para Souza (2001), os sujeitos sociais envolvidos com o Programa de Saúde da Família (PSF) vêm desde 1991, por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em prol de um grande propósito, com a intenção de sonhar com os pés no chão.

Souza (2001) afirma, ainda, que foi necessário deixar a marca do Programa de Saúde da Família (PSF) através de visibilidade política para então pensar e agir como uma estratégia, visando o novo modelo de atenção à saúde.

[...] com todo o respeito às experiências de médicos de família em alguns municípios brasileiros, era essencial desvelar que o PSF **não** é uma estratégia de **Médico de Família**, e sim de **Saúde da família** (SOUSA, 2001, p.37, grifo da autora).

Vale ressaltar que o Programa de Saúde da Família (PSF), com Estratégia de Saúde da Família (ESF):

[...] trata de uma equipe multiprofissional, que inclui, também, membros da comunidade (ACS), que se incorporam às equipes sem uma formação prévia na área da saúde, sendo capacitados no próprio ambiente de trabalho, para atuarem na educação e vigilância à saúde (SOUSA, 2001, p.19).

Com isso, pode-se destacar que o Programa de Saúde da Família (PSF) integra outros serviços e níveis de atenção, realiza articulação com outros setores, proporciona relevantes contribuições no debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) quanto à polêmica sobre a universalização em oposição ao foco político. Em contrapartida, a seletividade existente na Estratégia Saúde da Família (ESF), em detrimento dos territórios com maior vulnerabilidade socioeconômica, promove a equidade em saúde, preconizado como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo assim, as necessidades da comunidade (SOUSA, 2001).

Já o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado no final da década de 1980, lançado oficialmente pela Secretaria de Saúde em 1991 (BRASIL, 2020). Foi visto, inicialmente, como uma prática local na região do Nordeste, Distrito Federal e São Paulo, buscando alternativas para melhoria das condições de saúde, crescendo, posteriormente, em todo o país. Essa classe de trabalhadores consistia nas próprias pessoas da comunidade, na confecção de seus lugares, e desejavam atender a metade das pessoas, por questões de saúde pública, ou até então, negligenciadas por meio desses serviços (ROSA, BONFANTI, CARVALHO, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU) designou 1994 como o ano da família. No mesmo ano, a Secretaria de Saúde (MS) introduziu o Programa Saúde da Família (PSF) para redesenhar o modelo de Atenção Básica (AB), substituindo o modelo tradicional de assistência baseado em profissionais médicos qualificados, que estabelecem o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade, e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): Receita total, segregação, integração e participação pública por vinculação com os usuários. A equipe-núcleo do Programa Saúde da Família (PSF) assumiu a formação multiprofissional, e o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) era realizar um teste diagnóstico comunitário, sob supervisão do Enfermeiro. Assim, a partir da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, afirma-se o reconhecimento da profissão (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

O Programa Saúde de Família (PSF) se tornou o modelo de Atenção Básica (AB) mais importante do Brasil e, desde então, tem sido visto como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa afetar positivamente o estado de saúde e a arrecadação das pessoas, a fim de contribuir para uma solução diferente do sistema (BRASIL, 2017). O status da função de Agente Comunitário é definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2006, e seus planos subsequentes de 2011 e 2017 (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visa apoiar a integração da Atenção Básica (AB). Atualmente, sendo esse denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), oferece arranjos multiprofissionais que atuam, de forma integrada, com os grupos de Saúde da Família (eSF) e de Saúde Básica (eSB).

Essa abordagem integrada permite discussões de ensaios clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na unidade de saúde quanto em visitas domiciliares, e facilita intervenções para projetos médicos e de saúde para grupos de pessoas (MAFFISSONI et al., 2018). No entanto, ainda são poucos os produtos educativos relacionados ao processo NASF-AB, que analisam suas ações e impactos no cuidado e na saúde (VENDRUSCOLO et al., 2020).

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é diferente de outras profissões que fazem parte das equipes multidisciplinares, por conta do prerequisite de ser necessário residir na comunidade, o que cria um vínculo entre esse profissional e o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), potente e resolutivo (CHUENGUE, FRANCO, 2018; OLIVEIRA, 2019; SOUZA, 2019; SANTOS, HOPE, KRUG, 2018).

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é baseada em dois pilares: sociopolítico (SILVA, DALMASO, 2002) para garantir o acesso à população aos serviços de saúde, como também, no sentido de organização da comunidade e de transformação; e, técnico, visando intervenção e monitoramento de diferentes problemas. O conhecimento cultural e popular do Agente Comunitário de Saúde é tão importante quanto o conhecimento técnico-científico na produção em saúde (ANDRADE et al., 2018; BEZERRA, FEITOSA, 2018).

Os órgãos públicos de saúde também estão na vanguarda da Política Nacional de Humanização (PNH), na forma de atenção primária, assumindo-se envolvidos em ações de prevenção, de promoção e de reabilitação dos usuários no campo e na abordagem das necessidades dos usuários. A Política Nacional de Humanização (PNH) redimensiona as práticas de atenção e gestão para fins de cuidado pessoal, refletindo responsabilidade compartilhada, vínculos de solidariedade, número de usuários, funcionários e gestores (BRASIL, 2010).

Neste caso, a relação é entendida como tecnologia de cuidado. No entanto, esse tipo de atendimento recomendado pela Política Nacional de Humanização (PNH) evidencia as importantes necessidades emocionais desses funcionários, que muitas vezes são desafiados a fazê-lo sem o apoio e/ou treinamento de ambos (BRASIL, 2012).

Pesquisas mostram que os agentes comunitários se sentem responsáveis por sua comunidade e, quando percebem que seu trabalho não está funcionando como gostariam, podem ficar frustrados, acarretando sofrimento psíquico (ALONSO, BÉGUIN, DUARTE, 2018; KRUG ET AL., 2017; OLIVEIRA, NERY, 2019).

Entre os demais profissionais da equipe de saúde, o Agente Comunitário de Saúde assume o protagonismo diante de sua comunidade, tornando-se referência com a equipe de saúde. Portanto, o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume a responsabilidade pela resolução dos problemas de saúde das pessoas sem formação especializada nessa área, o que gera uma sensação de inadequação. Variados sentimentos em relação à sociedade são acompanhados pela pressão da equipe de saúde fazendo gerar sofrimento psíquico (BEZERRA, FEITOSA, 2018).

No contexto e análise dos fatores, que estão relacionados ao trabalho, reflete-se conhecer o contexto de trabalho, experiências e relações com o dia a dia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com ele mesmo, família e comunidade.

3.3 DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Desde a década de 1990, os governos brasileiros seguem uma tendência neoliberal em sua política econômica. No campo da política social são perdidos direitos e participação popular quando esses governos passam a atuar com medidas temporárias para promover “reformas constitucionais”, que depois dependem da aprovação de um legislativo submisso, o que se considera um ataque a uma ideia de democracia (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2012).

As propostas neoliberais, principalmente, no que diz respeito à política de saúde, consistem, entre outras coisas, em centralização, privatização, incentivo à previdência privada, atenção básica para uma população que não pode pagar, ou seja, uma compreensão individualista e fragmentada da saúde, em desacordo com a compreensão coletiva e universal do Projeto de Reforma Sanitária (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2012).

Esse cenário envolve a desmobilização de movimentos coletivos e lutas corporativas para defender grupos com interesses especiais dos trabalhadores, o que se alinha aos interesses da classe dominante, que usa estratégias persuasivas para neutralizar a oposição da classe trabalhadora (BRAVO, MATOS, 2006).

O início do governo Lula, em 2002, representou a continuidade do modelo econômico do governo anterior (FHC), contrariando as expectativas das mudanças que vieram para o cargo de presidente da entidade sindical e operária do domínio da lógica econômica.

Nesse sentido, Filgueiras et al. (2010, p. 37) defendem a existência de continuidade entre os governos FHC e Lula, mantendo essencialmente o mesmo modelo econômico, externalidades inerentemente instáveis e estruturais, e a mesma política macroeconômica ortodoxa; constituem uma unidade inseparável tanto do modelo macroeconômico quanto da política (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2012).

No entanto, o setor social reconheceu os desafios à frente e enfatizou a unificação dos programas de transferência de renda, que a implementação do programa Bolsa Família possibilitou para as famílias abaixo da linha de pobreza. No entanto, os programas de transferência de renda não são estruturados com uma política econômica, que derrote o modelo de concentração de renda do ponto de vista distributivo.

À medida que os partidos de esquerda chegam ao poder, nos países da América Latina, desde o século XXI, fortalece-se a defesa do desenvolvimento nacional, a integração do crescimento econômico e social, essa perspectiva tem sido chamada de novo desenvolvimento. O novo desejo de desenvolvimento considera importante a política e as atividades, com mecanismos de compartilhamento de recursos que permitam enfrentar a desigualdade discutindo as possibilidades (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2012).

No entanto, a realidade revela que a desigualdade social é contínua, o que está acontecendo é a expansão das políticas de compensação voltadas para os mais pobres. É claro que essas políticas possibilitam que as famílias pobres aumentem seu consumo, mas são iniciativas que não interferem no surgimento da desigualdade. (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2012).

Embora o novo desejo de desenvolvimento seja uma tentativa de responder ao neoliberalismo, esse não supera o legado neoliberal de destruir direitos e políticas universais. Tal modelo tem sido responsável por defender o esforço individual e expandir as capacidades humanas. A intervenção social desses governos ocorre por meio de políticas compensatórias de combate à pobreza que não interferem nas relações sociais capitalistas ou na dinâmica de grande acumulação de capital.

Na saúde, além do sucateamento da rede de serviços e da falta de investimento, o acesso generalizado está cada vez mais limitado à população mais pobre e a penetração de serviços terceirizados, que é acompanhada pela falta de funcionários públicos no quadro de recursos humanos (BRAVO, MENEZES, 2013).

O Estado brasileiro direcionou, claramente, as atividades para fortalecer o projeto de privatização com algumas medidas: isenção de impostos relativos aos planos e seguros privados, alocação gradual de recursos públicos para o setor privado e uma proposta de flexibilização da Administração Pública, segundo a lógica do mercado.

No caso das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) são órgãos de gerenciamento de serviço público. O interesse é substituído por interesses privados na perversa privatização do Estado, o que é um indício da mercantilização dessa política (BRAVO, MENEZES, 2013).

Em resposta aos ataques à política de saúde se destaca a importância dos movimentos sociais nesse processo, em especial, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que tem realizado diversas ações que têm mobilizado a constituição de fóruns regionais de oposição à privatização da saúde em vários estados, apresentando, entre outras coisas, ações diretas de inconstitucionalidade. (BRAVO, MENEZES, 2013).

Focando na situação dos hospitais universitários federais, assiste-se a uma nova estratégia de comercialização da saúde, baseada no sucateamento de serviços, falta

de concursos públicos, insuficiência de verbas e recursos, o que é um terreno fértil para uma tentativa de legitimar a privatização de tais instituições ao lado da opinião pública (CISLAGHI, 2011).

Segundo Cislagh (2011), além da lacuna de pagamento dos procedimentos, a não reposição de pessoal por meio de concursos faz com que os hospitais universitários utilizem a maior parte de seus recursos para contratar pessoal terceirizado. Isso se repetiu, por algum tempo, por meio de fundações ou cooperativas de apoio que pagavam salários baixíssimos aos trabalhadores e, ainda, não garantiam direitos trabalhistas, o que o Tribunal de Contas da União (TCU) condena.

Assim, o governo propulsionou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como estratégia de minimizar a crise no setor da Administração Pública, no qual a empresa administra os Hospitais Universitários (HU). No último dia de 2010 foi assinada a Medida Provisória (MP) autorizando o governo a instituir a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a justificativa para a data inusitada teria sido a urgência em resolver o problema dos trabalhadores terceirizados do Hospital Universitário.

No entanto, o Tribunal de Contas da União (TCU) tomou essa decisão em 2006. A diretoria teve quatro anos para realizar concursos públicos para substituir o quadro de funcionários, mas não o fez. Isso confirmou a intenção do governo de tirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades, por meio de um modelo de gestão de direito privado (CISLAGHI, 2011, p.60).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, que tem como principal atribuição administrar os hospitais universitários federais e apoiar as universidades em sua gestão no modelo de gestão privada. A adesão à EBSERH (2012) é opcional, e a decisão deve ser tomada pela comunidade acadêmica, por meio do Conselho Universitário, mas em algumas universidades a adesão era feita monocraticamente pelos reitores.

De acordo com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2015), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi a solução proposta pelo governo federal para a crise dos hospitais universitários causada pelo enxugamento gradual e falta de investimento para cumprir as metas que assolaram o setor público de hospitais universitários: ensino, pesquisa, extensão e saúde.

A constitucionalidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi questionada pela Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.895 impetrada pela Procuradoria Geral da República, que alega que a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) viola os artigos 37, 39, 173, 198 e 207 da Constituição Federal, mas a ação ainda não foi julgada.

De acordo com a Frente Nacional Contra a Privatização, alguns hospitais administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) já apresentam diversos problemas: irregularidades, prejuízos financeiros e serviços de saúde inadequados aos usuários; comprovação de desperdício na utilização de recursos públicos na formação de gestores da Empresa; desrespeito à autonomia universitária, etc.

A gestão de hospitais federais por empresa pública privada representa uma estratégia em que a política de saúde está subordinada à lógica comercial e à necessidade de exploração de capital nesse setor. Os hospitais universitários, em sua maioria, trabalham com alta complexidade, o que significa realizar os serviços mais caros do Sistema Único de Saúde (SUS). Por serem filiados às universidades, esses hospitais contam com formação de profissionais de saúde e autonomia das universidades, sua base não se limita à assistência, mas também ao ensino e à pesquisa.

3.4 O CONTEXTO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO PSÍQUICO

A Constituição Federal define que a saúde é direito de todos os brasileiros e que é dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem redução do risco de doenças e de outros agravos e acesso universal e igualitário às

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

É responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) prevenir o adoecimento dos trabalhadores(as), por meio de ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância. Além do Sistema Único de Saúde (SUS), o empregador e as entidades sindicais também são responsáveis por garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores (BRASIL, 2016).

De acordo com o artigo 6º, parágrafo 3º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), saúde do trabalhador se refere ao conjunto de atividades que têm por finalidade promover e proteger a saúde e a recuperação do trabalhador, por meio de medidas de controle epidemiológico e sanitário, e a reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho, abrangendo diversas atividades.

De modo geral, a saúde de um empregado pode ser entendida como um conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida, como alimentação adequada, moradia, educação, transporte, condições de lazer e a disponibilidade de bens e serviços essenciais que promovam a saúde. Todo empregado também tem direito à garantia de trabalho e a um ambiente saudável, que não cause doença ou morte (BRASIL, 2017).

Desde os tempos mais remotos, o trabalho ocupa um lugar importante na vida dos indivíduos. Na pré-história e na história antiga, o trabalho era visto como uma fonte de sobrevivência. Com o tempo, outras funções foram acrescentadas ao significado do trabalho. Atualmente, o trabalho também está associado à sensação de bem-estar, autorrealização, fonte de alegria e fator importante na construção da subjetividade (AUGUSTO, 1989).

Dessa forma, o trabalho, que ocupa um lugar tão importante na vida das pessoas, passa a ter relação direta com a saúde física e mental. O trabalho, como um dos fatores centrais na construção da subjetividade humana, afeta a relação entre prazer

e sofrimento, que por sua vez pode se transformar em adoecimento físico e psicológico, sendo essa a sua estreita ligação com a saúde.

O trabalho passou por fortes mudanças nas últimas décadas. Os empregos diminuíram, os serviços aumentaram, os contratos são incertos, bem como se vivencia uma flexibilização da legislação trabalhista. Ao mesmo tempo, muitos teóricos o questionaram, rejeitaram, criticaram e o salvaram como referência social. Alguns até questionam a centralidade do trabalho, mas houve um aumento da exploração dos trabalhadores. Todas essas mudanças afetam, direta ou indiretamente, toda a sociedade, seja o trabalhador empregado ou desempregado e suas famílias, e diretamente a vida do trabalhador (CIPRIANO et al., 2013).

O trabalho afeta a saúde dos funcionários, principalmente, em função das condições do ambiente de trabalho. Na realidade brasileira, é muito comum encontrar agravos à saúde causados por ruídos, contato com substâncias químicas e agentes biológicos como bactérias e vírus. A afetação da saúde também pode ser causada por problemas na relação entre os trabalhadores e os equipamentos de trabalho, bem como a má ergonomia e as condições ambientais em geral (CAMELO, GALON, MARZIALE, 2013).

Como observou Dejours (1999), o trabalho nunca é neutro em relação à saúde e pode favorecer tanto a doença quanto a saúde. A divisão do espaço de trabalho em espaço privado não é possível, quando a questão diz respeito às relações sociais e às questões de saúde, pois a vida familiar, doméstica e laboral, em diferentes lugares, não pode ser separada uma da outra. Aos poucos, mesmo, esses ambientes se misturam, se confundem, tornando a distinção ainda mais complicada.

Segundo Dejours (2004), o trabalho é visto como simples realização de tarefas e a subjetividade é negada, fazendo com que a saúde mental do empregado seja abalada. A subjetividade acontece, justamente, na “lacuna” entre o trabalho atribuído e o trabalho real, no qual o sujeito pode usar sua criatividade.

Ao mesmo tempo em que o trabalho produz sofrimento, também é fator de crescimento e desenvolvimento psicossocial do adulto (DEJOURS, 2004). Mesmo

levando o trabalhador ao sofrimento e ao adoecimento, o trabalho pode ser fonte de alegria e desenvolvimento.

Nos últimos anos, houve grande desenvolvimento no campo da saúde mental do trabalhador, especialmente, a partir do entendimento proposto pela psicodinâmica do trabalho, que analisa a relação entre saúde mental e trabalho e enfatiza a centralidade do trabalho na produção de saúde e doença. No entanto, ainda há grandes dificuldades na definição de procedimentos e de procedimentos estruturados para o exame e acompanhamento terapêutico de trabalhadores em sofrimento mental relacionado ao trabalho (CUNHA, MAGAJEWKI, 2012).

A situação é contribuída pela complexidade do desenvolvimento dos transtornos mentais, pelas dificuldades em fazer diagnósticos diferenciais e estabelecer uma relação com o trabalho. Segundo Silva (2011), os atuais estados de doença manifestados em medidas de saúde mental relacionadas ao trabalho têm desafiado o diagnóstico clínico e etiológico, dificultando também as medidas terapêuticas e de reabilitação. Entre essas dificuldades se encontra a falta de conexão entre as instalações clínicas e o trabalho:

Não há consenso que teria possibilitado a classificação dos transtornos de saúde mental relacionados ao trabalho, há concordância sobre o significado etiológico do trabalho, mas não sobre a forma como a relação trabalho/psiquismo é praticada o suficiente para criar um referencial teórico. Diferentes modelos teóricos têm trazido dificuldades à clínica e à prevenção (SELIGMANN-SILVA, 1995, p. 289).

As metamorfoses simultâneas, como nomeia o autor, que causam sofrimento e desgaste humano tornam a saúde mental dos trabalhadores precária:

à medida que os processos de produção do esgotamento mental e do sofrimento psíquico se modificam e os agenciamentos de adoecimento desafiam as políticas sociais e políticas" de forma especial, os profissionais de saúde e todos os envolvidos em atividades voltadas ao desenvolvimento social (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.18).

As mudanças vivenciadas pelo trabalho, nos últimos anos, têm interferido justamente nessas relações. O exemplo mais evidente é a utilização do assédio moral como ferramenta de gestão banalizada, que afeta o acima descrito para o processo de identificação na medida em que contribui para a desumanização do indivíduo perturbado (FREITAS, HELOANI, BARRETO, 2008; SOBOLL, 2008).

Novos modelos de gestão, muitas vezes, levam ao desaparecimento de grupos de trabalho e ao isolamento das pessoas. E quando começam a "afundar", ninguém vem socorrê-los. No passado, esse tipo de suicídio não acontecia, porque as pessoas se ajudavam, porque um colega não podia simplesmente "afundar". Vendo que essa pessoa estava mal, as demais pessoas o ajudavam conversando com ele (MERLO, 2009).

De acordo com art. 7º, a política nacional de saúde ocupacional

deveria abranger todos os trabalhadores, mas é dada prioridade às pessoas e grupos em situação mais vulnerável, como aqueles envolvidos em trabalho ou relações informais e precárias, em atividades perigosas à saúde, trabalho para superar as desigualdades sociais e de saúde e alcançar a equidade no cuidado.

A psicanalista Marie Pezê acredita que se vive em um tempo de "patologias da solidão", em que o isolamento criado por esses novos modelos de gestão é a principal fonte de sofrimento laboral e de patologias psicológicas (PEZÉ, 2010 apud MERLO, BOTTEGA, PEREZ, 2014).

Diante do exposto, segundo Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012), estudos realizados apontam que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuam com situações de agravos à saúde da população que ultrapassam suas atribuições e possibilidades de resolutividade. Por vezes, estão em contato com diferentes vulnerabilidades da população e, também, se deparam com as atividades da parte administrativa que, geralmente, limitam a efetividade de suas ações, mantendo-os, portanto, em uma posição incongruente com a sua função. A vulnerabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao sofrimento psíquico tem sido associada com a sobrecarga de responsabilidade atribuída a esses profissionais.

Compreender como as políticas públicas impactam a realidade da população e de como essas produzem seus efeitos é o primeiro passo para dar seguimento nesta pesquisa. Entende-se que pesquisar sobre a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é de grande relevância, sendo assim, faz-se necessário iniciar pela

definição de Políticas Públicas, ou seja, um conjunto de programas, ações e atividades realizadas pelos órgãos governamentais.

4 METODOLOGIA

Utilizou-se a metodologia de construção deste trabalho a partir de uma revisão integrativa, com foco em esclarecer os objetivos definidos no estudo, tendo uma análise dos dados, com abordagem qualitativa. Segundo Dalbello-Araujo (2008), essa abordagem propicia a captação e compreensão dos atos humanos e, assim, é possível ir além dos fatos superficiais, contribuindo para o entendimento do problema formulado.

Acerca da abordagem metodológica, essa se define em revisão integrativa:

Método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão. Ainda possibilita agrupar os resultados de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998, p. 109).

Para Souza et al. (2008) e Ercole, Melo e Alcoforado (2014), a revisão integrativa da literatura compreende seis fases: 1. Estabelecimento do problema da revisão; 2. Identificação dos artigos; 3. Triagem; 4. Inclusão (Amostra dos artigos); 5. Categorização dos estudos, definição dos temas revisados; 6. Análise e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos escolhidos. Esta abordagem sintetiza o conhecimento e sua aplicabilidade para diferentes práticas.

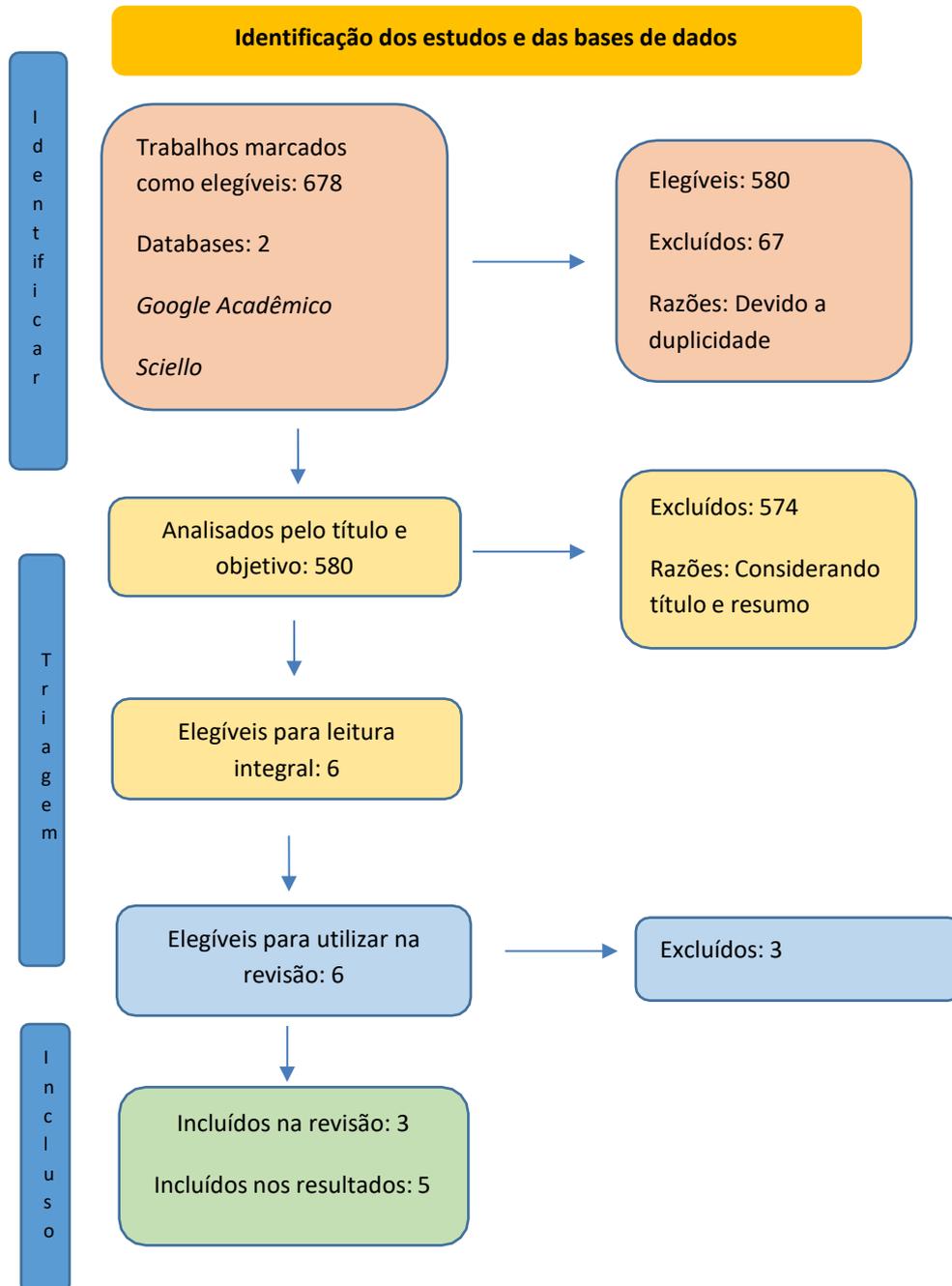
No caso desta pesquisa, o que diz respeito aos estudos sobre as concepções e contextualização para o sofrimento mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no contexto do trabalho.

Portanto, os critérios de inclusão desta pesquisa foram trabalhos resultantes dessas pesquisas, como monografias, artigos, dissertações e teses que discutiram acerca do tema em questão, no período de 2006 a 2020, no idioma português, tendo em vista que a profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ser inerente ao Brasil. Já quanto aos critérios de exclusão, foram desconsiderados os estudos disponíveis somente em resumos e duplicados.

A estratégia de busca da literatura, bem como as etapas de identificação, triagem e inclusão das publicações ocorreu no mês de julho de 2022, sendo selecionadas as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne revistas e periódicos científicos como Campos Virtual em Saúde Pública (CVSP) no Brasil, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC). A busca foi realizada com apoio do operador booleano *AND*, utilizando o cruzamento em diferentes associações das palavras-chaves conferidas nos Descritores em Saúde (DECS): Agente Comunitário de Saúde, Saúde, Saúde Pública, Atenção Básica.

O processo de identificação, triagem e inclusão dos artigos foi demonstrado em um fluxograma representado pela Figura 1.

Figura 1 - Seleção, Identificação e Análise dos artigos nas bases de dados.



Fonte: Prisma Flow Diagram 2020/2021. Disponível: <https://www.htanalyze.com/blog/novo-prisma-cinco-dicas-para-elaborar-o-fluxograma-de-selecao-de-estudos-da-sua-revisao-sistematica/> Adaptado pela autora. Acesso em: setembro, 2022.

A leitura e análise dos artigos elegíveis foram organizadas em tabela nos resultados, de modo a realizar uma análise crítica acerca dos tópicos indispensáveis para

qualidade do conteúdo e respostas ao objeto desta revisão, sendo identificados por título, ano, autor, data da pesquisa, base eletrônica de dados, descritores, características metodológicas, descritores, tipo de publicação, aspectos conceituais e fenomenológicos do sofrimento mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e síntese dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados seis artigos (100%), sendo que cinco (83,3%) destes foram publicados em periódicos nacionais e um (16,7%) em periódico internacional. Listam-se as palavras-chave mais utilizadas nos artigos selecionados: Agente Comunitário de Saúde; Saúde do trabalhador; Saúde Ocupacional; pessoal de saúde; condições de trabalho; programa de saúde da família; estresse; saúde mental; sobrecarga de trabalho; fatores de risco e qualidade de vida.

Quanto aos objetivos dos estudos, esses foram apresentados de forma objetiva, o que permitiu a compreensão, bem como a seleção dos artigos. Compreendeu-se que os objetos dos estudos foram centrados nos temas: processo de trabalho, condições e recursos de trabalho, fatores de risco e sofrimento psíquico, políticas e promoção da saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tabela 1 - Caracterização dos artigos elegíveis

Título	Ano	Autor	Banco de dados	Descritores	Tipo de publicação	Características metodológicas	Aspectos da saúde dos ACS mencionados nos artigos	Aspectos da saúde mental dos ACS mencionados nos artigos	Trechos para citação
Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde	2015	Gomes, Lima, Feitosa, Pontes, Netto, Nascimento, Andrade	Journal of Research Fundamental Care Online	Humanos; Agentes Comunitários de Saúde; Doenças Profissionais; Percepção; Promoção da Saúde; Riscos Ocupacionais; Saúde do Trabalhador; Brasil.	Artigo	Pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório	Queixas no sistema musculoesquelético, alterações cardiovasculares e queixas dermatológicas, psicológicas e alérgicas. Agravamento de sintomas cardiovasculares e hipertensão. Agravos dermatológicos, como pediculose, escabiose, manchas na pele, por conta do excesso de sol, além da exposição a água e solos	Estresse, sobrecarga psíquica, desconforto, angústia, vulneráveis às sobrecargas psíquicas.	“Os participantes do estudo sentem-se expostos a riscos e agravos relacionados ao seu processo de trabalho com consequências para a sua saúde física e mental. As dificuldades relatadas pelos ACS podem refletir fragilidade na articulação comunitária e a necessidade de empoderamento dos mesmos nos níveis individual, organizacional e político.” (p.9)

							contaminados em época de chuva.		
Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais	2015	Paula, Marcacine, Castro, Wals	SciELO	Agente comunitário de saúde; Capacidade de trabalho; Qualidade de vida.	Artigo	Pesquisa de campo com delineamento transversal e caráter descritivo	Sintomas osteomusculares; distúrbios musculoesqueléticos, como dor no pescoço e nos ombros; desgaste físico; fadiga.	Ansiedade; estresse psicológico; nervosismo; depressão.	“(...) esses trabalhadores ainda se expõem a riscos ergonômicos no trabalho, sendo os principais problemas as posições incômodas que assumem durante o trabalho, as longas caminhadas em ruas esburacadas e tortuosas e, ainda, a necessidade de permanecer sentados em posições incorretas durante as visitas aos domicílios, por falta de bancos ou cadeiras.” (p.5)
Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde	2013	Mascarenhas, Prado, Fernandes	SciELO	Qualidade de vida; Saúde do trabalhador; Agente Comunitário de Saúde.	Artigo	Estudo transversal	Dor musculoesquelética; limitação da mobilidade física e da disposição para as atividades	Estresse; ansiedade; comprometimento do domínio psicológico.	“(...) a associação entre a alta exigência do trabalho e o comprometimento do domínio relações sociais podem estar relacionadas ao

							diárias e trabalho.		fato de que o baixo controle e a alta demanda psicológica ao desencadear um processo de estresse, ansiedade e inúmeras doenças, provoca mudanças de comportamento nesses trabalhadores.” (p. 7)
Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de agentes comunitários de saúde	2013	Cipriano, Ferreira, Servilha, Marsiglia	SciELO	Distúrbio da voz; Fatores de risco; Pessoal de saúde; Programa Saúde da Família; Saúde do trabalhador.	Artigo	Estudo quantitativo	Rouquidão, perda e falha da voz; cansaço físico.	Sofrimento; estresse; esgotamento; ansiedade; fadiga; distúrbios do sono.	“(…) não há evidência do nexo de causalidade, como ocorria com as doenças classicamente denominadas ocupacionais.”
Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento	2012	Camelo, Galon, Marziale	Revista de Enfermagem da UERJ	Saúde do trabalhador; Riscos ocupacionais; Agentes Comunitários de Saúde; Fatores de risco.	Artigo	Revisão integrativa	Dores nos membros inferiores; tensão; cansaço físico; pressão alta.	Estresse e insônia; depressão; síndrome do esgotamento.	“(…) os resultados apresentados revelam ser importante a revisão do processo de trabalho do agente comunitário de saúde, com destaque para a presença de

									possíveis problemas de ordem física e psíquica que acometem este profissional.”
O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho	2012	Rosa, Bonfanti, Carvalho	SciELO	Sufrimento psíquico; Profissional da Saúde; Sobrecarga de trabalho.	Artigo	Pesquisa qualitativa	Exaustão física.	Exaustão psíquica e sofrimento psíquico.	“o trabalho do ACS na forma que temos encontrado possui uma dimensão insalubre, geradora de sofrimento, o que parece constituir um paradoxo, afinal, o ACS é um cuidador que também requer cuidados.”

Fonte: autora, setembro de 2022

5.1 PROCESSO DE TRABALHO

Um aspecto relevante, considerado a partir da percepção dos trabalhadores como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é residir na mesma comunidade na qual trabalham, pois facilita a criação de vínculos e o desenvolvimento de atividades que podem ser consideradas um trabalho sem estresse. No entanto, o fato de os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) residirem na mesma área dos usuários, foi validado em estudos ao afirmar que pode ser negativo também, por considerarem que os mesmos, constantemente, são procurados em casa para realizar tarefas fora do horário de trabalho. Além disto, o processo de trabalho e aproximação com a comunidade, de forma tão profunda, faz com que haja também o envolvimento emocional com os problemas sociais da comunidade (CAMELO, GALON, MARZIALE, 2012; MASCARENHAS, PRADO, FERNANDES, 2013; PAULA, MARCACINE, CASTRO, WALSH, 2015).

Ademais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exercem suas funções assistenciais à comunidade, que por vezes são bem numerosas e não conseguem administrar as atividades administrativas e pessoais, extrapolando o que são cabíveis legalmente, como citam alguns estudos, a realização de acolhimento na recepção e trabalho de enfermagem (ANDRADE et al., 2015; CIPRIANO e al., 2013).

Neste aspecto se destaca o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária à Saúde (PMAQ), que busca a melhoria do acolhimento dos usuários na unidade, em que se espera que o usuário seja bem acolhido, de modo a garantir a integração do cuidado. Estima-se que o acolhimento proposto como diretriz organizacional aumenta a responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e a atribuição e/ou direcionamento do recebimento de usuários à unidade causará desconforto e ansiedade a esse profissional (CAMELO, GALON, MARZIALE, 2012).

O contexto do processo de trabalho foi correlacionado com o processo do adoecimento e, assim, correlacionado com o desgaste pessoal por situações diversas

das condições de trabalho e sofrimento psíquico (ROSA, BONFANTI, CARVALHO, 2012; CIPRIANO et al., 2013). Valoriza-se, assim, a relevância da discussão da temática para reflexão acerca da implementação de políticas em saúde.

5.2 CONDIÇÕES E RECURSOS DE TRABALHO

No processo de concretização do acolhimento com qualidade, é relevante reconhecer a importância dos materiais e recursos, em geral, para realização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desse modo, registra-se que alguns materiais necessários à realização das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são insuficientes, em destaque para os equipamentos de proteção individual, o que torna esses profissionais mais vulneráveis a lesões ou ao desenvolvimento de doenças.

5.3 FATORES DE RISCO E ADOECIMENTO

Compreendendo que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão expostos aos riscos ocupacionais diariamente, ao desenvolverem seu trabalho, nota-se constatado pelo ambiente de atuação que sejam esses ambientes insalubres, haja vista que tem ocorrido violência em diversas áreas urbanas, principalmente, assalto, estupro, tráfico de drogas, homicídio, prostituição, adoecimento, miséria e morte, o que pode levar ao despertar de sentimentos como frustração e impotência, além de riscos à saúde (ROSA, BONFANTI, CARVALHO, 2012).

Em um estudo de revisão se destacaram os riscos associados ao exercício dessa profissão, e especialistas, entre outros, identificam riscos físicos, como a radiação solar, pois o trabalho externo faz com que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sejam expostos às condições climáticas, em seu cotidiano, podendo levar ao desenvolvimento de câncer de pele, bem como a exposição a doenças infecciosas, como hanseníase e tuberculose, além de possibilidade de sofrer ataques por animais,

como cães, durante treinamentos e visitas domiciliares (CAMELO, GALON, MARZIALE, 2012).

No que diz respeito aos aspectos de saúde como fatores de risco para adoecimento, alguns autores evidenciaram, em seus estudos, o sofrimento físico, com apresentações variadas, sendo citado, mais prevalentemente, as doenças musculoesqueléticas e comorbidades crônicas associadas, como: a hipertensão arterial e a diabetes.

Ademais, o sofrimento psíquico foi destacado e relacionado com fatores como as relações interpessoais com a equipe de enfermagem e, ainda, com os supervisores, haja vista que, muitas vezes, são construídas de forma autoritária, sem autonomia e/ou despreparadas para a função.

Sendo curioso observar, mais detalhadamente, neste processo de adoecimento relacionado por questões do trabalho, que esse reflete acerca de sintomas relatados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em um estudo, os quais foram identificados a insônia, a sensação de cansaço excessivo e a irritabilidade. Estas sensações foram justificativas na percepção desses profissionais, por estresse emocional do trabalho e processo desgastante do dia a dia, sendo mal remunerados, além da cobrança pessoal e interpessoal em atingir bons resultados.

5.4 POLÍTICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, a atividade profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi reconhecida pela Lei nº 10.507, de 10 de junho de 2002 que, entre outras questões, define o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS), exclusivamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 2006, as atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS) passaram a ser regulamentadas pela Lei nº 11.350 que, além de definir suas atribuições, determinou que este profissional tivesse como requisitos para o exercício das suas atividades a conclusão do Ensino Fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada.

Recente revisão de literatura sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na Estratégia Saúde da Família (ESF) e PACS, mostrou que esse profissional realiza as ações de saúde que a equipe de saúde delega a ele e que essas ações não são únicas e variam segundo os problemas e necessidades de saúde que as equipes querem superar. Mostrou, ainda, que a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS) está pautada em ser o elo entre a equipe e a comunidade.

A prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é, ainda, descrita nessas pesquisas como assistencialista, higienista e parece tentar enquadrar as comunidades às normas higienodietéticas relativas ao “viver bem”, ao invés de discutir com as comunidades a etiologia dos determinantes de seu processo saúde-doença.

Entretanto, são citadas que algumas ações podem ser implementadas no sentido de promover a saúde destes profissionais, como participação ativa nas atividades de equipe; realização de atividades integrativas e holísticas como a psicoterapia; a busca pela religiosidade e fortalecer a saúde mental com atividades familiares e integrais com amigos/rede de apoio em geral.

Apesar de todas as adversidades, é óbvio que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) querem exercer a profissão, porque têm a oportunidade de almoçar em casa e verem seus filhos crescerem. Dizem que o trabalho é uma fonte de alegria quando recebem seu reconhecimento pelo carinho, afeto e expressões de gratidão dos usuários pelo trabalho realizado por esses profissionais, sua determinação em alcançar a melhoria da saúde da população, o trabalho em equipe e a oportunidade de realizar atividades com criatividade. No entanto, esses profissionais expressam o significado social e solidário de seu trabalho, o que os fortalece e os deixa orgulhosos de sua profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância política que a massa de trabalhadores, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), se tornou apresenta, por um lado, avanços para a categoria, mesmo nesse último ano com pressões junto ao congresso, por um salário base e melhorias, com dificuldades, mas foi possível obter alguns avanços. No entanto, essa condição também traz desafios, pois como se pode observar nos estudos não há relatos de que tenham conseguido melhorias nas condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), permanecendo com a mesma precariedade nas condições de trabalho, assim como o sistema de saúde continua precário.

Enquanto massa trabalhadora não é possível observar grandes avanços na atenção dispensada a esses profissionais, mas sim, que para alguns desses que desempenham praticamente um sacerdócio da profissão, abraçam causas da saúde e são profissionais muito distintos.

Com isso, entende-se que a luta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) permanece, tanto por melhorias salariais, como também, uma luta nova de cunho político sobre a categoria, principalmente, dos gestores municipais, de quem faz a gestão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A análise dos estudos selecionados revelou que o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os torna mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, tanto físicas quanto mentais, propiciando redução de sua qualidade de vida, produtividade e, conseqüentemente, impacta a assistência aos usuários.

As práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão enquadradas como imperfeitas, realizam uma espécie de psico-higiene, um Agente Comunitário de Saúde (ACS) prescritivo, que faz recomendações sobre os cuidados de saúde, mas também dos agravos de saúde, um profissional que prescreve dietas, tornando-se um dilema para esse trabalhador.

Evidências demonstram a correlação de sobrecarga emocional, em função da carga de atividades e psicológica da profissão, tendo reflexos na necessidade de realizar implementações de políticas voltadas para a promoção e prevenção da saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Diante desta correlação estabelecida, vê-se também que existe nesse profissional uma dupla impotência, pois por um lado ele conhece as mazelas do sistema, as dificuldades da política de saúde, por outro lado, ele vive as agruras do território. Situações essas que podem ser identificadas no período de atuação no NASF.

É possível que pensar nesse profissional, em outra perspectiva, será o Agente Comunitário de Saúde (ACS) um trabalhador social ou trabalhador da saúde? Será que esse está fadado a se tornar um técnico de saúde? Conforme visto nos últimos tempos, esses profissionais acabam migrando para profissões como técnico de enfermagem e essa não era a ideia original proposta pelo PACS. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) como técnico de saúde terá outras atribuições distintas das que lhes já são adjacentes, sendo assim, faz-se necessário novos estudos para responder tais questionamentos.

Ressalta-se que um sistema integrado de atenção à saúde possibilita a tomada de medidas no campo da saúde do trabalhador e que, dessa forma, esses profissionais também podem se ver como cidadãos com direitos garantidos e exigindo promoções de ações para sua saúde, por seus superiores.

Sugere-se que a partir de uma pesquisa de campo pudessem ser identificados e testados, significativamente, os fatores correlacionados para o sofrimento psíquico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo relevante estudos longitudinais, de modo a assegurar que as inferências discutidas, neste estudo, têm relação de causa e efeito. Assim, transpor os resultados aos órgãos responsáveis para transposição de políticas e promoção da saúde destes profissionais, que são indispensáveis para a execução de Estratégia de Saúde da Família.

Além disto, importa que as legislações trabalhistas sejam ampliadas e direcionadas de modo específico para a saúde do trabalhador, a fim de promover e prevenir doenças psíquicas, à medida que favoreçam melhores condições de trabalho e participação mais ativa e escuta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no dia a dia.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. do C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. de C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia de Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 52, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100502&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun 2022.

ANDRADE, M. S.; GOMES, M. F.; LIMA, A. da S. R. de; FEITOZA, L. dos S.; PONTES-NETTO, V. B.; NASCIMENTO, R. D. Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 3574–3586, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3574-3586. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5185>. Acesso em: 14 jun. 2022.

ANDRADE, C. C. B., PASCHOALIN, H. C., SOUSA, A. I., GRECO, R. M., & ALMEIDA, G. B. S. (2018). Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. **Revista de Enfermagem UFPE online**, 12(6), 1648.

AUGUSTO, M. H. O. **Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate**. Tempo Social, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-119, 1989.

BATISTA, P. N. **O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. São Paulo: PEDEX, 1995.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Cienc. saúde colet.**, v. 23, n. 3, p. 813-822, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300813#ModalArticles>. Acesso em: 14 jun 2022.

BRASIL, Felipe Gonçalves; CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt, Os estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje** – Volume 25, n.1, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. - Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde.** Gestão participativa e cogestão Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF, 2006.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Martins. **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: Cortez Editora, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões sobre os Governos Lula e Dilma. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. **Campinas: Papel Social,** 2013.

CABRAL, Thamiris Maria Nascimento; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, pp. 159-171, 2015. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040415>>. Acesso em: 15 jun 2022.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento [Work-related illness and health management strategies among community health workers]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 661-667, maio 2013. ISSN 2764-6149. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5967/4283>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

CARDOSO, F. H. O Estado na América Latina. In: PINHEIRO, P. S. (Coord.). **O Estado na América Latina.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p. 77-99.

CHUENGUE, A. P. G., & FRANCO, T. B. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 28(4), 1–18. 2018.

CIPRIANO, F.G., FERREIRA, L.P., SERVILHA, E.A.M., MARSIGLIA, R.M.G. Relation between voice disorders and work in a group of Community Health Workers. **CoDAS**. 2013; 25(6):548-56.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. A formação profissional dos assistentes sociais em tempos de contrarreformas do ensino superior: o impacto das mais recentes propostas do governo Lula. **Serviço Social & Sociedade [online]**. 2011, n. 106, pp. 241-266. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000200004>>. Acesso em: 28 Outubro 2022.

CUNHA, P.F; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 71-79, 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sausoc/2012.v21suppl1/71-79/pt>>.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M. L.; AVELLAR, L. Z. (orgs.) **Psicologia Social: temas em debate**. Vitória, ES: UFES/ABRAPSO/GM. Gráfica e Editora, 2008.

DEJOURS, C. Conferências brasileiras. São Paulo: **FUNDAP/FGV**, 1999.

DEJOURS, C. Addendum – da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília/Rio de Janeiro: **Paralelo15/Fiocruz**, 2004. p.47-104.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia G. C. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Reme.org.br, 18 mar. 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 14 jun. 2022.

FILGUEIRAS, L. Modelo Liberal Periférico e Bloco de Poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: OS ANOS Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. **Rio de Janeiro: Garamound**, 2010. p. 35-69.

FREITAS, Maria Ester de; HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. Assédio moral no trabalho. São Paulo: **Cengage Learning**, 2008.

GERRATANA, V. A temática dos conselhos e a extinção do Estado. In: CARDOSO, F. H; MARTINS, C. E. (Org.). **Política e sociedade 2**. São Paulo: Nacional, 1979. p. 60-72. Biblioteca Universitária. Série 2. v. 54.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUIMARÃES, R. B. Saúde pública na América Latina: questões de geografia política. In: LEMOS, A. I. G.; SILVEIRA, M. L.; ARROYO, M. (Org.). **Questões territoriais na América Latina Buenos Aires**: CLACSO, 2006. p. 1-21.

HABERMAS, J. **Participação política**. In: CARDOSO, F. H; MARTINS, C. E. (Org.). **Política e sociedade 1** São Paulo: Nacional, 1979. p. 375-388. Biblioteca Universitária. Série 2. v. 53.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2001.

KRITSCH, R. **Soberania: a construção de um conceito**. São Paulo: Humanitas, 2002.

KRUG, H.N. et al. As dificuldades enfrentadas pelos acadêmicos de Educação Física em situação de Estágio Curricular Supervisionado frente aos alunos com deficiência. **Revista Itinerarius Reflectionis, Jataí**, v.13, n.1, p.1-13, 2017.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 82-9, maio/ago., 2004.

LEITE, E. S.; UVA, A. D. S. Fatores indutores de stress em profissionais de saúde. **Saúde & Trabalho**, 8, 7-21. 2012.

MAFFISSONI, A. L.; VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L. L.; ZOCHE, D. A. A. Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. **Revista Cuidarte**. 5 de setembro de 2018. 9(3):2309-21. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.549>>. Acesso em: 03 jun 2022.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007.

MASCARENHAS, C.H.M., PRADO, F.O., FERNANDES, M.H. Factors associated with the quality of life of community health agents. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013. May; 18(5):1375-86.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa. (Org.) **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MILIBAND, R. O Estado na sociedade capitalista. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. (Org.). **Política e sociedade** 1 São Paulo: Nacional, 1979. p. 62-70. Biblioteca Universitária. Série 2. v. 53.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: Inventário de Perdas E Retrocessos Para o SUS. In: **Anais do Congresso Brasileiro De Saúde Coletiva**, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/politica-nacional-de-atencao-basica-2017--inventario-de-perdas-e-retrocessos-para-o-sus>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana; PERUZZO, Juliane Feix. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, G. P. O abandono da criança e do infante-juvenil na perspectiva da enfermagem. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, 2019; 8: 29-29.

OLIVEIRA, J. D. S., & NERY, A. A. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, 13(5), 1503. (2019).

PAULA, I.R., MARCACINE, P.R., CASTRO, S.S., WALSH, I.A.P. Work ability, musculoskeletal symptoms and quality of life among community health workers in Uberaba, Minas Gerais, Brazil. **Saúde soc.** 2015 Jan/Mar; 24 (1):152-64.

PESSOTO, U. C. **As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Pan-americana da Saúde e do Banco Mundial: uma análise dos documentos e seus discursos**. 2001. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina) - Programa de Integração da América Latina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

PORTELLA FILHO, P. O ajustamento na América Latina: crítica ao modelo de Washington. **Lua Nova**, São Paulo, n. 32, p. 101-132, abr. 1994.

PUPIN, V. M. **Agentes comunitários de saúde: concepções de saúde e do seu trabalho**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. **O lugar da participação popular na gestão de saúde: matrizes conceituais e os rumos da política brasileira**. RAE GA: o espaço geográfico em análise, Curitiba, n. 13, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/view/7144/9078>>.

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim: inventário da saúde pública**. São Paulo: UNESP, 1993.

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. Revisão Integrativa de Pesquisa Aplicada À Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v3, n2, p.109-112, jul/dez.1998. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/44358/26850>. Acesso em: 18/09/2021.

ROSA, A.J., BONFANTI, A.L., CARVALHO, C.S. The psychological distress of community health agents and its relations to working conditions. **Saúde soc.** 2012 Jan/Mar; 21(1):141-52.

- ROSA, Alcindo José, BONFANTI, Ana Letícia e CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade [online]**. 2012, v. 21, n. 1, pp. 141-152. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>>. Acesso em: 15/jul.2020.
- SANTOS, B. S. **Reinventar a democracia**. Lisboa: Gradiva, 2002.
- SANTOS, A. C, HOPPE, A. S, & KRUG, S. B. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. 2018. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 28(4), 1–18.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Patologia do Trabalho. R. Mendes, ed., pp. 287-310, Rio de Janeiro: Ed. Atheneu. 1995.
- SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental** - o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 624 p. ISBN 9788524917561.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.
- SILVA, L. A. M.; RIBEIRO, A. C. T. Paradigma e movimento social: por onde andam nossas idéias? In: **ANPOCS. Ciências Sociais Hoje**, 1985. São Paulo: Cortez: ANPOCS, 1985. p. 318-336.
- SILVA, T.L. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**. 2011;15(38):859-70. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000035>.
- SOBOLL, L. A. P. Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho. **Casa do Psicólogo**, 2008.
- SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUZA, E. R., et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 133-56.
- SOUZA, E.R. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.667-76, 2019.
- VENDRUSCOLO, Carine et al. Ações do enfermeiro na interface com os núcleos ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2020, v. 54. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019008903642>>. Epub 07 Dez 2020. ISSN 1980-220X. Acesso em: 14 jun 2022.
- WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia da Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 65-70, 1999. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=pt&nrm=iso>.