

Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Approaches to the issues and overcoming of community health workers's labor.

Enfoques a los problemas y la superación del trabajo del agente comunitario de salud.

Raqueli Braga Flumian¹
Luciana Nogueira Fioroni²

RESUMO O modelo de cuidado da Estratégia de Saúde da Família pautado no papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) desafia a refletir sobre as condições de trabalho e sobre a saúde desse trabalhador. Destacam-se as diversas fontes de desgaste e sofrimento no trabalho e a insuficiência de métodos de apoio no cotidiano. Considerando essa fragilidade, investigou-se o trabalho de 8 agentes comunitários de saúde a partir da Técnica de Grupo Focal, buscando conhecer e analisar as fontes e os tipos de sobrecargas provenientes da atividade laboral, as condições de trabalho, o vínculo empregatício, a formação e as atribuições desse trabalhador na Estratégia de Saúde da Família. O corpus de análise consistiu na transcrição de seis sessões de grupo focal. Os Resultados produziram sete núcleos de sentidos, organizados a partir de quatro eixos temáticos: Vitaminas (motivações para exercer seu papel profissional), Espinhos (dificuldades para exercer o trabalho), Frutos (resultados observados e valorizados decorrentes do trabalho) e Ferramentas (instrumentais utilizados). Destacaram-se a relevância da estabilidade; o maior reconhecimento do uso de tecnologias leves (vínculo afetivo) do que do êxito técnico do trabalho, que está vinculado a uma ação secundária do ACS, subordinada ao procedimento médico; o duplo vínculo com a comunidade (morador e profissional de referência) tensiona a identidade do ACS. A identificação das fontes de sofrimento possibilitou problematizar localmente os efeitos para a saúde mental do trabalhador e para a qualidade do trabalho realizado. Ratificam-se as potencialidades do Grupo

1 Prefeitura municipal de Florianópolis, SC. Brasil. E-mail: raflumian@gmail.com

2 Departamento de Psicologia - Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. E-mail: lufioroni@ufscar.br

Focal como estratégia de investigação e intervenção na atenção básica.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Grupos focais; Agentes comunitários de saúde

ABSTRACT : The Family Health Strategy model of care based on the work of the Community Health Agent (CHA), challenges to reflect on the working conditions and the occupational health. We highlight the various sources of exhaustion and suffering at work and the insufficiency of methods to support this worker in his daily life. Considering this vulnerability, we investigated the work of 8 community health agents using the Focal Group Technique, with the purpose of seeking and analyze the sources and types of workload from labor conditions, employment, training and attributions of this worker in family health strategy. The corpus of analysis consisted of the transcription of six focal group sessions. The results produced seven nuclei of meanings organized from four thematic axes: Vitamins (motivations to exercise their professional role), Thorns (difficulties to perform work), Fruits (results observed and valued from work) and Tools (instrumental used). The relevance of stability was highlighted; greater recognition of the use of light technologies (affective bond) than the technical success of the work, which is linked to a secondary action of the CHA subordinate to medical procedure; the double connection with the community (resident and as a reference professional) destabilizes the identity of the CHA. Identifying suffering sources enabled to problematize the effects of mental health worker's and the quality of actions performed by them. It is also ratified the focus group's strategic value as an investigation and intervention tool in primary care.

Keywords: Occupational Health, Focus Groups, Community Health Agents

RESUMEN: El modelo de cuidado de la Estrategia de Salud de la Familia pautado en el papel del Agente Comunitario de Salud (ACS), desafía a reflexionar sobre las condiciones de trabajo y la salud de este trabajador. Se destacan las diversas fuentes de desgaste y sufrimiento en el trabajo y la insuficiencia de métodos de apoyo en el cotidiano. En esta fragilidad, investigamos el trabajo de 8 agentes comunitarios de salud a partir de la Técnica de Grupo Focal, buscando conocer y analizar las fuentes y tipos de sobrecargas provenientes de la actividad laboral, las condiciones de trabajo, el vínculo laboral, la formación y las atribuciones de este trabajador en la Estrategia de Salud de la Familia. El corpus de análisis consistió en la transcripción de seis sesiones de grupo focal. Los resultados produjeron siete núcleos de sentidos organizados a partir de cuatro ejes temáticos: Vitaminas (motivaciones para ejercer su papel profesional), Espinas (dificultades para ejercer el trabajo), Frutos (resultados observados y valorizados derivados del trabajo) y Herramientas (instrumentales utilizados) . Se destacó la relevancia de la estabilidad; el mayor reconocimiento del uso de tecnologías ligeras (vínculo afectivo) que el éxito técnico del trabajo, que está vinculado a una acción secundaria del ACS subordinada al procedimiento médico; el doble vínculo con la comunidad (residente y profesional de referencia) tensiona la identidad del ACS. La identificación de las fuentes de sufrimiento posibilitó problematizar localmente los efectos para la salud mental del trabajador y para la calidad del trabajo realizado. Ratificamos las potencialidades del Grupo Focal como estrategia de investigación e intervención en la atención básica.

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa-intervenção é produto da sistematização e da conclusão de uma experiência em formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC-UFSCar), que objetivou investigar o cotidiano de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os desgastes e as sobrecargas (físicas, emocionais, sociais) decorrentes, considerando seu papel estratégico para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a necessidade de produção de novas formas de intervenção, visando à saúde do trabalhador, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A experiência cotidiana de formação em serviço no modelo de residência em saúde permitiu um olhar aproximado e crítico sobre o trabalho do ACS, assim como permitiu que esses profissionais buscassem interlocução e apoio junto aos residentes que matriciavam duas equipes de saúde da família em um município no interior do estado de São Paulo.

A ESF prevê uma equipe de trabalho multiprofissional – equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) – composta por médico de família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal¹. O campo e o objeto de trabalho da equipe de saúde da família se ampliam e se complexificam, transformando o próprio território e o ambiente familiar do usuário em local de trabalho. Coloca-se, portanto, a necessidade de instrumentos e estratégias de trabalho que subsidiem as ações desse modelo de cuidado, que inclui vínculo da equipe com a comunidade, a participação social e a produção de autonomia dos sujeitos-alvo do cuidado. A ESF tem seu trabalho organizado a partir do cuidado de base territorial e das famílias/domicílios, o que pressupõe lidar com demandas de diferentes naturezas, desenvolver habilidades de diagnóstico comunitário, ações de promoção e prevenção, cuidado individual e coletivo^{2,3}. Nesse universo, destaca-se, para nosso interesse, o trabalho do ACS e os desgastes e as sobrecargas decorrentes.

Lancman *et al.*⁴ apontam que o contato cotidiano da equipe com os usuários abre espaço para decisões em ato, contexto no qual, muitas vezes, os protocolos não são suficientes para planejar e executar o cuidado integral. Isso exige do profissional características e capacidades diferenciadas, que o auxiliem a lidar com o imprevisto e com a complexidade desse novo contexto, características das tecnologias leves de cuidado⁵.

A figura do ACS constitui ponto-chave para a ESF, pela proximidade com a equipe e com o conhecimento técnico e, ao mesmo tempo, pelo vínculo real com a comunidade^{6,7,8}. Costa e colaboradores⁹ destacam o necessário investimento que deve ser feito nesses atores para que exerçam seu papel central no cuidado, além de permitirem que a APS desenvolva ações de promoção e educação em saúde. Para Lima e Moura¹⁰, o ACS ocupa situação singular, na medida em que é valorizado pelo capital social de que dispõe, possibilitando maior conhecimento sobre as

práticas de saúde da comunidade, aumentando a efetividade do cuidado oferecido e possibilitando maior confiança entre equipe profissional e usuário. O trabalho do ACS caracteriza-se, em grande parte, pelo uso das tecnologias leves de cuidado, o que implica a necessidade de uma capacitação adequada e do acompanhamento do trabalho, especialmente por imprimir sobrecargas emocionais e demandar do trabalhador recursos internos (psíquicos, afetivos) que não são possíveis de desenvolver somente com capacitações técnicas.

Segundo a Lei nº 10.507/2002¹¹, as atribuições específicas do ACS são: i) realizar visitas domiciliares (VD) periódicas para monitoramento de situações de risco à família; ii) promover ações de educação para a saúde individual e coletiva; iii) registrar dados e informações para fins de controle e planejamento das ações de saúde; iv) realizar cadastramento das famílias e manter os dados atualizados; v) orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS); vi) desenvolver atividades programadas pela equipe e atender a demanda espontânea; vii) estimular a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde locais; viii) utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; ix) participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. Além das atribuições específicas, o ACS também deve realizar atividades comuns à equipe da USF, como o acolhimento.

Diante da complexidade da tarefa, a formação oferecida aos ACSs **não lhes possibilita ter ferramentas suficientes para lidar com** a complexidade das demandas cotidianas do trabalho^{12,13,14}. A experiência das autoras destaca que, para além das atribuições específicas e comuns do ACS, observa-se uma situação que pode se configurar como ‘desvio de função’, pois a grande maioria desses profissionais assume responsabilidades administrativas e de recepção na unidade que não estão previstas em suas atribuições. Hipotetiza-se que, devido à complexidade mencionada, **às** competências necessárias ao desenvolvimento das tecnologias leves de cuidado, **à** frágil condição de planejamento estratégico das equipes de saúde da família para organizarem de forma mais efetiva e eficaz os papéis, responsabilidades e metas de cuidado, **às** fragilidades de formação e capacitação dos ACS, além dos vínculos de trabalho precarizados, dedicar-se mais às funções administrativas pode ser uma busca de segurança e de espaços mais protegidos de trabalho.

Silva e Dalmaso¹⁵ apontam para as duas dimensões do saber que envolvem o trabalho do ACS: a técnica e a política, atentando para o fato de os centros de formação enfatizarem o aspecto técnico em detrimento do político. Explicitam a fragilidade na formação profissional frente às aptidões necessárias **à** realização do trabalho e o despreparo para a execução do papel político desse trabalhador, que está inteiramente ligado **à** busca de melhores condições de vida e cidadania; além de ser a base para a efetivação do controle social.

Merhy e Franco⁵ apontam, para além do conhecimento técnico, a importância do conhecimento no âmbito das relações para a produção do cuidado. Estas, que compreendem as tecnologias leves, quando predominantes nas **relações de cuidado, caracterizam o Trabalho Vivo**. O envolvimento

do profissional de maneira ativa, presente e criativa permite maior apropriação de habilidades e recursos, constituindo fonte de crescimento profissional e satisfação no trabalho. As ações de saúde centradas, hegemonicamente, em procedimentos técnicos, executados de maneira repetitiva, que não propiciam o envolvimento e a participação criativa, caracterizam o Trabalho Morto – fonte propícia ao desgaste e ao sofrimento do trabalhador.

O modelo de formação e trabalho do ACS pode ser fonte de desgaste e sofrimento, na medida em que não aporta instrumentos suficientes para agir sobre a realidade vivenciada. Faltam espaços garantidos nas equipes para acolhimento e problematização das vicissitudes do trabalho. Para lidar com tais lacunas, muitas vezes, o ACS conta somente com o seu ‘saber fazer’, baseado em suas experiências de vida, no senso comum, na religião, e, mais raramente, com os saberes e recursos das famílias e comunidades^{9,13,15}.

Segundo Ferreira e colaboradores¹⁶, no cotidiano do trabalho, a realidade é entrecortada em primeiro plano pelos afetos que acontecem em vários fluxos de intensidade e se formam no encontro entre trabalhadores, usuários e comunidade. Dependendo da forma como esses encontros acontecem e são significados pelos profissionais de saúde, podem aumentar seu potencial para o trabalho ou diminuí-lo, gerando desgaste e sofrimento. Alguns estudos importantes foram feitos a respeito da saúde mental e física do ACS, evidenciando aspectos de vulnerabilidade e sofrimento ligados à sua prática^{4,7,17,18}. Os fatores apontados como possíveis fontes de desgaste e sofrimento emocional seriam os sentimentos de impotência frente a situações de precariedade da população, o sentimento de invisibilidade com relação aos esforços realizados, a porosidade das fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais.

Jardim e Lancman¹⁹ apontam, ainda, que o fato de o ACS residir na comunidade onde trabalha gera uma fonte adicional de sofrimento, na medida em que aumenta o contato e a exposição do profissional, misturando a vivência pública/privada e impossibilitando um possível distanciamento das situações de trabalho. Martinez e Chaves¹⁷ e Mendes e Ceotto⁷ ressaltam a sobrecarga emocional desse trabalhador, provinda de inúmeros complicadores existentes no dia a dia da profissão; percebe-se, ainda, que não há, na maioria das equipes de USF, suporte e apoio suficientes a esse profissional para a realização do seu trabalho.

Tais dados corroboram o que as autoras vivenciaram no PRMSFC-UFSCar em USFs de um município no interior do estado de São Paulo, ao observarem desgastes e queixas desses profissionais relativas ao desenvolvimento do próprio trabalho, que muitas vezes não encontram espaço e lugar apropriado para serem tratadas de forma ampliada, considerando as subjetividades e os afetos envolvidos. Tais necessidades provocaram algumas iniciativas de ações de apoio, tais como: grupos de cuidando do cuidador, visitas domiciliares conjuntas (ACSs e residentes de diferentes áreas da saúde), discussão de casos e acompanhamento conjunto seguindo a lógica do matriciamento em saúde, além dos apoios informais ofertados pelos residentes a partir da busca singular e privada que alguns ACSs os endereçavam. Destaca-se, ainda, que, na época do estudo, o município contava com

uma Rede Escola de Cuidados à Saúde, através da qual alunos de graduação e pós-graduação (latu sensu – PRMSFC), vinculados à universidade, estavam inseridos organicamente nos serviços de saúde locais, potencializando e tensionando o trabalho interprofissional em saúde, especialmente no que diz respeito ao modelo de matriciamento em APS.

O investimento e o cuidado adequados ao trabalhador de saúde devem ser estratégias fundamentais para o fortalecimento da APS^{14,20} e para uma atuação em saúde que contemple a complexidade das relações população-usuário e da própria realidade dos serviços, contribuindo para um cuidado em saúde mais eficaz e para melhores condições de trabalho. Objetivou-se com este estudo-intervenção identificar as principais necessidades e sobrecargas de trabalho de ACSs de duas equipes de saúde da família no interior de São Paulo, a fim de possibilitar intervenções mais efetivas e específicas de cuidado a esse trabalhador da saúde.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Método

Trata-se de uma investigação qualitativa desenhada como pesquisa-ação desenvolvida a partir da técnica de Grupo Focal do tipo Exploratório, ferramenta que permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, conhecer as principais representações, percepções, crenças, linguagens e simbolismos referentes a um dado objeto ou fenômeno estudado²¹. O moderador-pesquisador de um grupo focal deve facilitar o processo de interação e discussão dos participantes²².

Para este estudo, optou-se pelo tipo exploratório de Grupo Focal, justificado pelo interesse em produzir conteúdos que poderão apoiar nossas hipóteses sobre o processo de trabalho do ACS, além de permitir a produção de novos sentidos, identificar necessidades e expectativas sobre o referido objeto. O Grupo Focal como instrumento de investigação e intervenção permite que, na medida em que diferentes olhares acerca de um fenômeno possam ser colocados, a interação com as representações e concepções prévias, mediadas no processo grupal, possam favorecer não apenas a partilha de saberes e formas de viver, mas, também, deslocamentos e transformações de tais representações prévias^{23,24}.

A Pesquisa foi aprovada pelo CEP-UFSCar sob parecer nº 139/2012.

2.1.1. Contexto empírico do estudo:

A definição do campo empírico teve como critério os cenários de prática e formação das autoras, a Rede Escola de Cuidados em Saúde (especialmente as USFs), que, na época do estudo, contava com 11 equipamentos de saúde.

O território de abrangência da USF localiza-se na periferia de uma cidade de médio porte

no interior do estado de SP e abrange três bairros. Nessa USF, trabalham duas equipes de ESF, compostas, na época do estudo, por: 02 médicos, 02 enfermeiras, 04 auxiliares de enfermagem, 02 dentistas, 02 auxiliares de odontologia, 11 ACS, cobrindo o total da área adscrita (destaca-se que 01 ACS **não assumiu**, 01 ACS saiu do trabalho porque mudou de profissão, 01 ACS estava de licença maternidade). As duas equipes trabalhavam no mesmo espaço físico, mas apresentavam dinâmicas próprias de trabalho; tais diferenças muitas vezes foram disparadoras de conflitos, desconfortos e comparações, gerando demandas para a gestão das equipes. Outro fator singular dessa USF diz respeito à sua localização, que é externa à área de abrangência, o que traz uma série de repercussões para o trabalho do ACS, na medida em que este tem no território e nas VDs seu principal local e instrumento de trabalho.

A população adscrita é composta, em sua maioria, por crianças e adultos jovens. As famílias são predominantemente nucleares, formadas por 3 a 4 pessoas, com renda mensal de, aproximadamente, R\$600,00 a R\$1.500,00. Os bairros que compõem o território existem há 35 anos, e sua população é proveniente, principalmente, do Paraná e do Nordeste.

2.1.2. Participantes e operacionalização do estudo

Foram convidados a participar do estudo todos os ACSs (10) de duas equipes de saúde da família nas quais uma das autoras atuou durante os dois anos de sua residência multiprofissional em saúde (PRMSFC-UFSCar). Aceitaram participar e colaboraram com o estudo 08 ACSs. Os critérios de inclusão no estudo foram: ser ACS nas USFs que a residente matriciava e aceitar participar do grupo focal.

Foram realizados 6 encontros de grupo focal, com duração de 90 minutos cada, considerando que os dois primeiros encontros levantariam os principais temas associados às sobrecargas física e emocional no trabalho, e os encontros seguintes seriam destinados a aprofundar os temas levantados. O encontro final objetivou avaliar a utilização dessa técnica como ferramenta de apoio para o desenvolvimento do trabalho do ACS.

Os dados provenientes dos encontros do grupo focal foram audiogravados, registrados manualmente e submetidos à análise de conteúdo temática^{22,24}, buscando sistematizar núcleos de sentido e categorias analíticas, que elucidariam as diferentes e relevantes formas pelas quais os participantes se relacionam com o tema proposto.

O grupo focal foi conduzido por um moderador-pesquisador, responsável por trazer um elemento disparador para ser trabalhado pelo grupo a partir dos objetivos do estudo, auxiliado por um observador, responsável por captar as informações não verbais expressas pelos participantes e por ajudar o moderador-pesquisador a analisar possíveis vieses causados pela forma de coordenação.

2.2. Resultados e Discussão

A análise dos dados produziu sete núcleos de sentido, distribuídos em quatro eixos temáticos, nomeados a partir da inspiração dos sentidos mais prevalentes em cada eixo:

Eixo 1: Vitaminas: diz respeito às principais motivações encontradas pelos ACSs no seu trabalho, assim como às condições apontadas por eles como favoráveis à sua realização. Os núcleos de sentido que compuseram este eixo são: Motivações no Cotidiano de Trabalho, Condições de Trabalho, Reconhecimento afetivo e técnico do próprio trabalho.

Eixo 2: Espinhos: diz respeito às dificuldades e necessidades identificadas para desenvolver o trabalho. Os núcleos de sentido que compuseram este eixo são: Estrutura e Cotidiano de trabalho, Fragilidades estruturais e contradições do trabalho, Sobrecarga e desgaste (físico, técnico, emocional).

Eixo 3: Ferramentas: identificação e uso de ferramentas/tecnologias necessárias para o trabalho. O núcleo de sentido que compôs este eixo é: Estrutura e Cotidiano de trabalho.

Eixo 4: Frutos: reconhecimento a respeito dos produtos/frutos do próprio trabalho. O núcleo de sentido que compôs este eixo é: Produtos do trabalho.

A seguir, é apresentado o quadro descritivo das Categorias Analíticas: os Eixos Temáticos e os respectivos núcleos de sentido:

Quadro 1- Quadro descritivo das Categorias analíticas e seus respectivos núcleos de sentido

Eixos/Núcleos de sentido	I. Vitaminas	II. Espinhos	III. Ferramentas	IV. Frutos
Motivações no Cotidiano de Trabalho	Salário, segurança, estabilidade, reconhecimento pelo trabalho			
Condições de Trabalho	Relações interpessoais de qualidade, apoio da equipe, espaços de expressão e resolução de conflitos, compromisso com o cuidado ao usuário			
Reconhecimento afetivo e técnico do próprio trabalho	Acolhimento das famílias nas VDs, recebem presentes dos usuários, o vínculo é mais reconhecido do que o êxito técnico do trabalho			
Estrutura e Cotidiano de trabalho		Atividades de <u>Cuidado</u> (VDs, entrega de guia de consultas, orientações), <u>Gestão</u> (reuniões de equipe, capacitações, registros de dados nos sistemas de regulação do SUS), <u>Administração</u> (registro de atividades realizadas, agendamentos na própria USF e na rede de saúde, recepção, manejo dos prontuários, agendamento de exames, emissão do cartão SUS)	Capacitação prévia insuficiente para executar o trabalho, instrumentos relativos a procedimentos previamente definidos (protocolos definidos pela gestão ou pela equipe), sistemas de registro. Tecnologia leve: experiência cotidiana, práxis e vínculo, reuniões de equipe, situações de matriciamento.	

Fragilidades estruturais e contradições do trabalho		Duplo vínculo (profissional e pessoal) do ACS com a comunidade; dificuldades em lidar com situações de sofrimento, doença e morte; relações desiguais de poder (dificuldades de expressão nas reuniões clínicas e administrativas); falta de ferramentas para oferecer um cuidado ampliado à saúde, que transcenda o modelo biomédico; falta de instrumentos para lidar com demandas de dependência química		
Sobrecarga e desgaste (físico, técnico, emocional)		Desgaste físico (locomoção pelo território, excesso de atividades administrativas), desgaste emocional (ambiente de trabalho sob pressão, muitas e variadas demandas dos usuários, equipe e gestão, necessidade de manejar relações de conflitos com os usuários, demandas de sofrimento psíquico, falta de condições para manejar os aspectos emocionais e subjetivos do Cuidado em saúde)		
Produtos do trabalho				Promover melhor compreensão do usuário a respeito da USF, maior compreensão e uso correto das medicações, promover autocuidado (exames, ações preventivas, comparecimento aos agendamentos), maior vínculo da comunidade com a USF

Os Eixos Temáticos foram organizados a partir dos objetivos do estudo, e os núcleos temáticos revelaram conteúdos e significados que, embora comuns do ponto de vista de descrição de fenômenos, podem ganhar significados particulares a partir da posição em que os participantes se colocam. Por exemplo, a categoria “reconhecimento do trabalho” surge tanto como potência quanto como indicador de invisibilidade do trabalho do ACS.

Para o eixo **Vitaminas**, tem-se o núcleo de sentido **motivações no cotidiano de trabalho**, no qual destacaram-se o salário, a segurança e a estabilidade no emprego. Esses indicadores vão ao encontro dos achados de Bachilli e colaboradores²⁵, quando apontam que a opção pela profissão de ACS decorre muito mais das limitações e lacunas das escolhas feitas anteriormente do que pela apropriação consciente desse espaço profissional. As relações interpessoais na equipe, o reconhecimento pelo trabalho realizado e a valorização profissional surgiram como motivadores para a escolha profissional. Como contraponto, observaram-se a invisibilidade dos esforços realizados e a falta de valorização profissional como fonte de sofrimento emocional no trabalho^{7,17,18}. Vale ressaltar, aqui, que o reconhecimento mencionado positivamente está no campo das relações interpessoais no trabalho, vinculado à forma de organização do trabalho na ESF, onde as equipes, em geral, constroem laços de proximidade. Por outro lado, existe a insatisfação com o reconhecimento do trabalho técnico e de um saber próprio aos ACSs, que, em espaços formais de discussão e decisão, sofrem os impactos da lógica da verticalização dos saberes especializados vinculada a diferenças de classes sociais e profissionais.

Destacam-se as **Condições de trabalho** que facilitam e garantem a sua realização com maior qualidade e competência: a importância de um ambiente de trabalho com relações interpessoais de qualidade, onde as pessoas sejam cordiais e onde se possa contar com o apoio e a união da equipe; gestão e mediação das relações interpessoais no trabalho, que são garantidas através de espaços de expressão e resolução de conflitos. A qualidade da relação da equipe com o usuário e o comprometimento com o território foram destaques nos encontros do grupo focal, com efeito de motivar os ACSs a realizar da melhor maneira possível o seu trabalho.

O Reconhecimento Afetivo e Técnico do próprio trabalho surgiu como referência às relações estabelecidas com os usuários, muitas vezes demonstrado na linguagem de agradecimento, no preparo da casa para as VDs e na entrega de presentes. No entanto, o reconhecimento do êxito técnico não aparece de forma clara. Essa evidência aponta a relevância do vínculo e os efeitos das tecnologias leves de cuidado, ao mesmo tempo que coloca o desafio de equilibrar essa potência dos laços com a competência técnica, tanto dos ACSs quanto dos demais profissionais das USFs. Muitas vezes, o ACS só reconhece como fruto do trabalho os resultados de encaminhamentos feitos aos outros profissionais, como, por exemplo, quando convence o usuário a ir à consulta médica, a realizar o exame, a tomar a medicação. Essas ações de mediação entre usuário e equipe de saúde são necessárias e importantes. O estudo de Guanaes e Pinheiro (2016) caminha na mesma direção. Não obstante, observa-se que o reconhecimento do trabalho fica restrito a essa mediação de caráter unidirecional, na qual o ACS reproduz o discurso técnico (biomédico), em geral, sem posicionar-se

de forma mais reflexiva a respeito das orientações que precisa efetuar. Ainda na cadeia de ações do ACS, ele precisa levar para a USF as demandas, os dados sobre o cotidiano da família ou do usuário e os possíveis riscos à saúde do território. Em geral, esse conjunto de dados é partilhado de forma protocolar, indicando que a voz autoral dos ACSs poderia ser considerada na horizontalidade das relações do trabalho em saúde.

O reconhecimento técnico do próprio trabalho está condicionado às ações de saúde ligadas aos procedimentos objetivos de organizar o fluxo no serviço de saúde, ancorados em uma assistência muitas vezes reducionista e pontual, perdendo de vista uma das faces mais importantes da ESF – as ações de cuidado ampliado e integral, como prevenção e promoção, que exigem um olhar ampliado, contextualizado e processual do processo saúde-doença.

No **Eixo Espinhos**, destacam-se a **Estrutura e o cotidiano de trabalho**, que consistem em: VDs, entrega de guia de consultas, orientação aos usuários, participação em reuniões e capacitações, preenchimento dos sistemas de regulação do SUS, registro das atividades realizadas, agendamento de paciente nos serviços da média e da alta complexidades, atividades de recepção para receber e encaminhar os usuários, registro da agenda médica, preparo e armazenamento de prontuários e exames, emissão do cartão SUS. Os relatos apontaram a incoerência do investimento maciço de tempo dedicado às funções chamadas pelo grupo como ‘funções de recepção’, que têm o sentido de trabalho não produtivo, atividade especificamente administrativa. Essas tarefas vêm acompanhadas de sentimentos de desânimo, cansaço e stress.

Outros estudos corroboram esse viés administrativo endereçado aos ACSs^{26,27} em detrimento da diminuição do tempo de trabalho dedicado às funções de cuidado previstas para esse profissional. As funções administrativas aparecem como um trabalho automatizado, em que o ACS passa a ser mero executor de funções e de manutenção do fluxo da USF. Caracteriza-se como atividade mecânica, distanciada do trabalhador que a executa, na medida em que as normas e demandas do trabalho impõem um ritmo ao trabalhador que restringe seu espaço de criação e autonomia, evidenciando a predominância do trabalho morto, como descrito por Merhy e Franco⁵, provocando um prejuízo importante na relação ACS-usuário. Não obstante, observa-se, em algumas circunstâncias, pouca disposição para a realização das VDs, principal atividade prevista para o ACS, que o coloca em contato direto com a população e com o seu contexto social-familiar:

Reis e colaboradores²⁶ destacam que, no trabalho em domicílio, o profissional perde a proteção das paredes do consultório, confrontando-se com as singularidades da família, suas angústias e subjetividades. Portanto, essa atividade, que, ao mesmo tempo, possibilita uma maior compreensão dos processos de saúde e doença e de cuidado, também provoca no profissional um encontro com situações emocionais dos usuários e deles mesmos com as quais não estão preparados para lidar, constituindo-se, portanto, em maior desafio. As ações de cuidado requerem habilidades mais complexas e demandam maior investimento de trabalho técnico e humano, no sentido do uso de tecnologias leves de forma competente e adequada.

A fragilidade na apropriação e no uso dessas ferramentas necessárias, que instrumentalizariam esses profissionais para o enfrentamento das questões de saúde da comunidade, e os sofrimentos advindos das dificuldades no trabalho e das condições de vida colaboram para que o próprio ACS se distancie de sua função principal, na tentativa de se defender de situações que lhe causam sofrimento e impotência. Esses mecanismos de defesa já foram apontados por Dejours²⁷ como tentativas dos trabalhadores de negar ou minimizar a percepção da realidade que os faz sofrer, na tentativa de manter um equilíbrio psíquico no trabalho e na vida pessoal. Mendes e Morrone²⁸ afirmam o papel contraditório das estratégias de defesa, pois elas, ao mesmo tempo que são necessárias para manter o equilíbrio psíquico, podem levar ao imobilismo e à alienação do profissional. À medida que se afastam das situações angustiantes, perdem, também, a possibilidade de conhecer e agir sobre o contexto de sofrimento do usuário, comprometendo, assim, a efetivação de suas ações de saúde.

Com relação às **fragilidades estruturais e contradições** do trabalho, destacou-se o duplo vínculo (profissional e pessoal) do ACS com a comunidade, que produz efeitos ambivalentes: aproxima da população, mas restringe sua privacidade e seus momentos de descanso e de distanciamento do trabalho. Conseguir separar esses papéis, tanto pra si quanto para a comunidade, apresentou-se como tarefa que só os mais experientes conseguiram organizar, de maneira que isso não os incomodasse tanto na vida pessoal e, ao mesmo tempo, não minasse seu terreno de atuação profissional. Apesar da mudança no requisito de moradia próxima (o ACS não precisa mais residir na área de abrangência da ESF), na época deste estudo, tal obrigatoriedade era vigente, e, ainda hoje, grande parte dos ACSs reside na área que deve cuidar. Isso também coloca esses agentes em situações de vulnerabilidade, pois sofrem das mesmas carências e dos riscos que a população do território.

O vínculo, estratégia tão cara à Saúde da Família, não aparece como ferramenta a ser trabalhada e pensada com esses profissionais, mas é entendida como característica já dada, a priori, cabendo a eles dar conta dessa complexidade de situações às quais estão expostos. A respeito dessas lacunas na formação, observa-se uma simplificação do potencial do trabalho do ACS, em especial, da concepção de territorialidade das ações e de vínculo com o usuário²⁶.

No contexto em que prevalece uma lógica procedimental e profissional centrada, observa-se um sentimento de impotência, na medida em que o ACS reconhece como fruto do trabalho apenas as ações do núcleo do atendimento médico e seus derivados. Ao se deparar com as diversas limitações da rede de serviços, sobressaem-se os sentimentos de trabalho perdido e frustração.

As fragilidades da Rede de Atenção à Saúde, que deveriam compor o cuidado junto às Unidades de Saúde da Família, constituem fonte de desgaste na medida em que não possibilitam uma continuidade ao cuidado prestado, gerando sensações de impotência e frustração, prejudicando, também, o vínculo de confiança da população com o ACS, cujo discurso fica enfraquecido²⁴. Paralelamente a isso, é importante discriminar ações de saúde realizadas pelos ACSs que não estão ligadas diretamente aos encaminhamentos dentro da rede, mas que se apresentam como

fonte de bem-estar e apoio aos usuários, como, por exemplo, o acolhimento, a escuta qualificada e o acompanhamento das vivências subjetivas das famílias frente às situações de dificuldade enfrentadas. Essas ações de saúde não costumam ser reconhecidas como tais pelos próprios ACSs, prevalecendo os sentimentos de impotência e frustração.

Destacaram-se as dificuldades de expressão nas reuniões clínicas e administrativas. Seis, entre os oito ACSs, não se sentiam à vontade para se expressar na equipe nem para dividir casos e preocupações como gostariam, aumentando suas angústias vinculadas ao êxito no trabalho. É importante uma visão atenta dos gestores para esses aspectos, a fim de possibilitarem espaços de expressão e valorização das várias vozes presentes na equipe, que, além de enriquecerem as trocas e aprendizagem, possibilitam o desenvolvimento de novas ferramentas de cuidado e um apoio importante aos profissionais envolvidos com o caso.

Ainda no **Eixo Espinhos**, identificam-se **Sobrecargas e desgastes** (físico/técnico/emocional), especialmente no que diz respeito ao desafio de manejar relações de conflitos com os usuários. Instrumentalizar o ACS para lidar com os conflitos e olhar de maneira ampliada para o usuário aparece como necessidade fundamental da ESF. Esse embate com um personagem tão estratégico da APS – considerado um elo da equipe com a população – é motivo de desgaste e sofrimento, pois os agentes assumem a função de depositários das insatisfações da comunidade. A possibilidade de identificação entre usuários e ACSs aproxima e também produz sobrecarga para o trabalhador. O espaço físico delimitado da USF e o horário de trabalho não se aplicam integralmente ao agente comunitário de saúde. Essa condição o deixa vulnerável porque ele trabalha ‘na rua’ parte do tempo (VDs, territorialização, cadastramento) e vive na comunidade. As demandas podem ocorrer a qualquer momento, inclusive quando o ACS está fora de seu horário de trabalho e sem o apoio da equipe.

Destacaram-se, também, as dificuldades em lidar com situações de sofrimento, doença e morte, situações que demandam cuidado diferenciado, como sofrimento psíquico grave, uso/abuso de substâncias psicoativas, ou famílias em situações muito precárias de laços familiares e sociais. Frente a uma situação de despreparo técnico e humano geradora de sofrimento, o profissional tende a se desresponsabilizar pelo usuário e pela situação, afastando-se. O Ministério da Saúde indica que um dos aspectos que mais se destacam na avaliação dos serviços de saúde é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe²⁰. Essas demandas têm em comum os desafios dos riscos psicossociais, que têm determinantes complexos e requerem um conjunto articulado de ações, e, em geral, representam os maiores desafios apontados pelas equipes da saúde da família. A natureza do cuidado de base territorial impõe esses tipos de desafios, que precisam ser compartilhados por toda a equipe e apoiados pela RAS. Ocorre que os ACSs muitas vezes se veem ligados diretamente a esses riscos e não conseguem identificar na equipe o apoio necessário, além de sofrerem os efeitos de um trabalho fragmentado e das fragilidades da rede de serviços.

A má gestão interna das unidades e o excesso de funções administrativas têm colaborado para o afastamento das relações com o usuário e para uma possível mecanização do trabalho, que mantém o profissional afetivamente distante dessa atividade, sem muitos espaços de autonomia e criatividade. Observa-se, também, um ambiente que o leva a trabalhar sob pressão, que tem origem tanto nos usuários quanto na equipe. Além disso, a diversidade de demandas em um curto espaço de tempo também provoca esgotamento emocional, caracterizado por sentimentos de desânimo, cansaço, fadiga e afastamento afetivo. Observou-se um desencorajamento para a realização das VDs, justificado pela distância percorrida nas visitas, pela exposição excessiva ao sol e à chuva. No entanto, é importante contextualizar esse discurso de sofrimento emocional proveniente da falta de ferramentas para lidar com a realidade vivenciada pelos usuários e suas famílias, que muitas vezes origina estratégias de defesa como o distanciamento afetivo, a impessoalidade, a diminuição da comunicação com o usuário e sua família, a minimização ou negação da realidade geradora de sofrimento e a preferência por procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal^{30,31}.

A sobrecarga emocional do ACS tem fontes que transcendem o fato de serem trabalhadores de saúde, mas porque agem especificamente devido ao papel que assumem perante a comunidade. Além de aspectos comuns a trabalhadores de saúde, tais como: dificuldade de lidar com situações de doença, morte, sofrimento, conflitos e desentendimentos, sentimentos de impotência e frustração, observa-se que esses sentimentos se agravam por serem direcionados a pessoas que, ao mesmo tempo, são usuárias do seu serviço e seus familiares, amigos e vizinhos.

Pupin³⁰ e Mendes e Ceotto⁷ apontam a importância de espaços de escuta e elaboração dos conflitos e dificuldades provenientes do contato com os sujeitos-alvo do cuidado. Estes autores destacam a importância de o grupo construir tais espaços para reconstruir as relações de trabalho e a identidade social desse conjunto de trabalhadores. Silva e Menezes¹⁸ ressaltam o esgotamento profissional e os transtornos mentais comuns aos ACSs e apontam a importância de estratégias organizacionais e individuais de intervenção, como treinamento, capacitação e supervisão, que visem a minimizar os danos à sua saúde e a melhorar a qualidade de vida no trabalho, que repercutem, também, na qualidade dos serviços prestados à população.

Importa destacar os espaços de Educação Permanente (EP) como fundamentais para instrumentalizar o ACS para enfrentar a realidade do dia a dia^{12,33,34}. Considerando a insuficiência de ações de EP, o ACS acaba buscando recursos próprios, como a religião, a conversa com os colegas de trabalho e com o residente de psicologia, visando a atenuar e elaborar sentimentos que expressam insegurança, impotência, contratransferências com o sofrimento e necessidades das famílias do território, denotando ausência de espaços para trabalhar essas questões de maneira coletiva e institucional¹³. A formalização de EP voltada para apoiar o trabalho do ACS favoreceria o desenvolvimento de habilidades e ferramentas emocionais adequadas aos desafios de seu trabalho.

O **Eixo Ferramentas**, composto pelo núcleo de sentido **Estrutura e cotidiano de trabalho**, tem como elemento-chave a origem e a preparação do ACS para assumir seu papel. Dos oito

ACS participantes do estudo, dois fizeram um curso obrigatório de seis meses para a admissão, cinco fizeram um curso de duas semanas e um não recebeu qualquer tipo de capacitação. Todos os entrevistados consideraram a capacitação recebida como insuficiente para prepará-los para sua função e apontam como fonte de aprendizagem o próprio contato com o usuário. Foi apontado no grupo focal a urgente necessidade de capacitação para desenvolverem suas funções de forma adequada e competente.

Com relação à formação prévia para o trabalho, observa-se não existir um padrão de formação fixo e específico para a função, o que foi observado também por Figueiras e Silva³¹. Segundo as autoras, a maioria dos ACSs apontou como importante para a sua formação a experiência adquirida com o tempo de prática. Considerando a complexidade das situações encontradas no dia a dia do trabalho, demonstra-se a importância de uma capacitação conectada com a vivência prática, que possa ser construída através das experiências dos próprios ACSs, de maneira dialogada, reflexiva e formativa.

Para o **Eixo Frutos**, formado pelo núcleo de sentido **Produtos do trabalho**, observou-se que o reconhecimento e a percepção sobre os frutos do próprio trabalho surgiram de forma diluída, pouco clara, com dificuldades em discriminar os produtos diretos do seu trabalho. Entretanto, no decorrer dos encontros grupais, foi possível reconhecer tais produtos, na medida em que o trabalho foi percebido como contínuo, em todos os momentos de contato com o usuário: quando acessam a USF, na sala de espera, antes das consultas, na pós-consulta, em atividades junto à comunidade (em geral, atividades de educação em saúde). Essas ações constituem, em sua maioria, acolhimentos, escuta ampliada, orientações, mediações das demandas das famílias junto à equipe, entre outros. Os frutos do trabalho mais citados nos encontros do grupo focal foram: promover melhor compreensão do usuário a respeito da USF, promover maior compreensão e uso correto das medicações, promover autocuidado (exames, ações preventivas, comparecimento aos agendamentos), maior vínculo com a unidade de saúde. Destaca-se, aqui, a dimensão do cuidado coletivo e de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, denotando o desenvolvimento de ações legítimas da ESF, valorizando o papel estratégico do ACS.

Apesar da visibilidade construída ao longo dos encontros do grupo focal, tais atividades ficaram diluídas nas ações de outros profissionais e nem sempre eram valorizadas pelos próprios ACSs e pela equipe de saúde, o que é demonstrado em comentários de quando recebem presentes dos usuários: *“mesmo sem ter feito nada além de ir na sua casa”*. As ações de escuta, atenção e vínculo não são facilmente reconhecidas como ações de saúde – as tecnologias leves. Isso pode ser consequência de um contexto ainda muito voltado pra valorização do saber técnico, em detrimento dos outros saberes, e de um funcionamento ainda embasado no modelo biomédico.

3. Conclusão

A predominância de um modelo de cuidado tecnicista e produtivista nos serviços de saúde impede o reconhecimento de ações de promoção e cuidado no âmbito relacional e subjetivo, desvalorizando esse tipo de atividade e, conseqüentemente, dificultando a apropriação desse campo de trabalho pelos ACSs. O pouco reconhecimento e a falta de autonomia sobre o próprio trabalho colaboram para o sentimento de desvalorização profissional, presente no contexto deste estudo.

Destaca-se que a técnica do Grupo Focal para abordar o trabalho dos ACSs, a partir da pesquisa-ação, ofereceu de fato um espaço de reflexão sobre o próprio trabalho e para as relações que se estabelecem com ele. Observou-se uma boa apropriação desse dispositivo, que possibilitou a expressão de preocupações, pensamentos e sentimentos. Os principais ganhos proporcionados pela técnica do Grupo Focal foram: i) espaço de cuidar do próprio trabalho: potência da técnica grupal em favorecer o manejo de aspectos subjetivos no trabalho; ii) possibilidades de troca e aprendizagem, de maneira que os conhecimentos adquiridos pelos agentes servem de apoio e ferramenta para pensarem em novos posicionamentos enquanto profissionais e em novas práticas de saúde; iii) espaço de cuidado de si: proporcionaram a oportunidade de olhar para si, para além do aspecto profissional, e permitiram a expressão das angústias e sobrecargas do dia a dia do trabalho; iv) espaço de vínculo: oportunidade de cuidado e fortalecimento de vínculos no trabalho e de reconhecimento do outro; v) espaço de fortalecimento e autonomia, para desenvolver um olhar ampliado para o próprio trabalho e para os seus recursos, possibilitando um olhar crítico sobre a realidade e maior autonomia.

Tais achados apontam a necessidade de repensar os espaços de formação e capacitação em serviço, levando em conta a importância de espaços mais dinâmicos de discussão e construção, valorizando a vivência prática e os diversos saberes da equipe multiprofissional, como já afirmado por Dall'Agnol e Trench³². Essa estratégia, em sintonia com os princípios da EPS, proporciona uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social e se confirma como instrumento de transformação da realidade sociopolítica no contexto do trabalho em saúde.

Buscando uma síntese das fragilidades e potencialidades do trabalho desses ACSs, destacam-se as dimensões técnicas e intersubjetivas. Ressalta-se a predominância do Trabalho Morto sobre o Trabalho Vivo, na medida em que o ACS dedica menos tempo às VDs, sua principal ferramenta de trabalho, assumindo muitas funções administrativas, colaborando para a predominância de relações superficiais e burocráticas com o usuário⁵, sendo fonte de desmotivação, desânimo e cansaço. O reconhecimento técnico do próprio trabalho está condicionado aos procedimentos médicos e pontuais, demarcando a ausência de ações de cuidado ampliado e integral ou o reconhecimento destas. Defende-se, então, a necessidade de fortalecimento de práticas ampliadas de saúde nos centros formadores e nos serviços já vigentes, envolvendo os seus trabalhadores de maneira mais profunda e ativa.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
2. Dutra, VFD., Oliveira, RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*. 2015;15 (4): 529-540.
3. Lemke, R. A., Silva, R.A.N. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*; 2013;25(n. esp.2): 9-20.
4. Lancaman, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 2009, vol.43, n.4, p.682-688.
5. Merhy, E.E.; Franco, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Ano XXVII, set/dez 2003, v.27, n. 65, Rio de Janeiro.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2000.
7. Mendes, F.M. de S.; Ceotto, E.C. Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. *Saúde e Soc.* São Paulo, 2011 v.20, n.2, p.496-506.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 2009.
9. Costa, S.M.; Araújo, F.F.; Martins, L.V.; Nobre, L.L.R.; Araújo, F.M.; Carlos Rodrigues, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, 18(7): 2147-2156.
10. Lima; J.C.; Moura, M.C. Trabalho Atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, Brasília, jan/abr 2005 v.20(1):103-133.
11. Brasil. Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.
12. Obregón, P.L.; Diamente, C.; Sakr, M. Contribuição na formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Varia Scientia*, jan/jul 2009, v.09(15):45-55.
13. Peres, C.R.F.B.; Caldas Junior, A.; Silva, R.F.; Marin, M.J.S. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Escola de Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, 11(2), 179-198, jan, 2018.

Enfermagem USP 2011; 45(4):905-11.

14. Guanaes-Lorenzi, C.; Pinheiro, R.L. **A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016, 21(8):2537-2546.

15. 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 – Comunic., Saúde, Educ.* fev 2002 v.6(10):75-96,

16. Ferreira, V.S.C; et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abr. 2009 v.25(4):898-906,.

17. Martinez, W.R.V; Chaves, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2007, v.41(3): 426-33.

18. Silva, A.T.C.; Menezes, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2008 v.42(5): 921-929.

19. Jardim, T.A.; Lancman, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação.* jan./mar. 2009 v.13(28): 23-35.

20. Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 4. ed. Brasília, 2008.

21. Gatti, B. A. *Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.* Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

22. Gondim, S.M. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia.* 2003 V.2(24):149-161.

23. Lervolino, A.S.; Pelicioni, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2001 v.35(2):115-121.

24. Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

25. Bachilli, R.G.; Scavassa A.J.; Spiri, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. ***Ciência & Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, jan./fev. 2008 v13(1):51-60.

24. Vilela, R.A.G.; Silva, R.C.; Filho, J.M.J. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 2010 v.35(122):289-302, São Paulo.

25. Queirós, A.A.L.; Lima, L.P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, jul./out.2012 v.10(2): 257-281, Rio de Janeiro.

26. Reis, M.A.S.; Fortuna, C.M.; Oliveira, C.T.; Durante, M.C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, set/dez 2007 v.11(23):655-66.

27. Dejours, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez. 1987

28. Mendes, A.M.; Morrone, C.F. Vivências de prazer – sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Org) *Trabalho em Transição, Saúde em Risco*. Brasília, Editora Unb, 2002.

29. Rosa, A.J; Bonfanti, A.L.; Carvalho, C.S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc*, 2012 v.21(1):141-152, São Paulo.

30. 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, 2008.

31. Figueiras, A.S.; Silva, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2011 v.21(3):899-915, Rio de Janeiro.

32. Dall’Agnol, C.M; Trench, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, jan 1999 v.20(1):5-25.

33. Zambenedetti G, Piccinini C.A, Leite de Figueiredo Sales A.L, Mainieri Paulon S; Azevedo Neves da Silva, R. *Psicologia e Análise Institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes Comunitários de Saúde*. *Psicologia Ciência e Profissão* 201434690-703. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282033510011>. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

34. Santos, P.F.; Pinto, J.R.; Pedrosa, K.A. A Educação permanente como ferramenta no trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Brasília, set.2016 10(3):177-189.

Artigo apresentado em 30/01/2017

Artigo aprovado em 25/10/2017

Artigo publicado no sistema em 06/03/2018