

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE**

CAMILA DA SILVA BEZERRA SANTOS

**Saúde Do Trabalhador no Enfrentamento à Pandemia:
Um Estudo De Caso Sobre Os Agentes Comunitários De Saúde De
Franco Da Rocha - SP**

SÃO PAULO

2021

CAMILA DA SILVA BEZERRA SANTOS

**Saúde Do Trabalhador no Enfrentamento à Pandemia:
Um Estudo De Caso Sobre Os Agentes Comunitários De Saúde De
Franco Da Rocha - SP**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Saúde, para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.**

Orientadora:

Profa. Dr. Monica Martins de Oliveira Viana

Co-orientador (as):

Profa. Ms. Fabiana Santos Lucena

Profa. Dr. Ligia Schiavon Duarte

SÃO PAULO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Santos, Camila da Silva Bezerra

Saúde do trabalhador no enfrentamento à pandemia: um estudo de caso sobre os agentes comunitários de saúde de Franco da Rocha-SP – São Paulo, 2021.

47 f.

Orientador (a): Profa. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

Co-orientador (as): Prof. Ms. Fabiana Santos Lucena

Profa. Dra. Ligia Schiavon Duarte

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Saúde do trabalhador 2. Agentes comunitários de saúde 3. Trabalho 4. Coronavírus I.Viana, Mônica Martins de Oliveira. II. Lucena, Fabiana Santos. III. Duarte, Ligia Schiavon

CDD: 613

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos serão, nesse momento, minha pequena contribuição àqueles que de forma direta ou indireta me ajudaram a construir este trabalho. Digo pequena pelo fato de que esta monografia é, para mim, mais que um trabalho de conclusão de curso a que todos os estudantes estão submetidos. É o resultado de uma formação acadêmica intensa e gratificante.

Quero neste primeiro momento agradecer a DEUS, pela dádiva suprema da vida, por tudo que fui, sou e serei, permitindo-me vencer esta longa jornada.

As minhas Professoras/Orientadoras Mônica, Lígia e Fabiana, pelos ensinamentos, cujos temas foram de fundamental importância para elaboração desse trabalho.

Ao Instituto de Saúde - IS, pela possibilidade de realização do trabalho de campo, aos pesquisadores e aos demais funcionários que se dedicaram plenamente durante o planejamento e execução de todas as atividades, fornecendo ensinamentos necessários ao meu aprendizado.

Ao meu noivo e amigas pelo apoio e carinho oferecidos em vários momentos de minha vida e principalmente neste.

Aos meus familiares, por terem acreditado e fornecido condições para que eu concluísse mais uma etapa desta vida.

A minha querida colega da especialização Kelice pelo companheirismo, dedicação e incentivo oferecido principalmente nesta reta final do curso.

Santos, Camila da Silva Bezerra. **Título:** Saúde do Trabalhador no enfrentamento à Pandemia: Um estudo de caso sobre os agentes comunitários de saúde de franco da rocha - SP. [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2021.

Introdução: Frente aos desafios no enfrentamento a pandemia, os trabalhadores ficam expostos a fatores de desgaste psíquico no trabalho que podem exercer influência não só na sua saúde física e mental, como na sua inserção social no trabalho e no seu desempenho de atividades e na resposta que o serviço de saúde poderá prover aos usuários. **Objetivo:** Compreender os fatores relacionados à saúde do trabalhador dos agentes comunitário no contexto da pandemia. Analisar condições de trabalho estabelecidas durante a pandemia e os seus impactos na saúde ocupacional do agente comunitário; caracterizar os fatores de risco e proteção para o desgaste psíquico apresentados pelos ACSs com a chegada do novo coronavírus. **Metodologia** Trata-se de um estudo de caso, qualitativo descritivo. Que compõe uma das partes do Projeto Guarda Chuva realizado pelos alunos e pesquisadores de Pós-Graduação do Instituto de Saúde (IS). Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, que foram analisadas através da Análise temática do conteúdo. **Resultados:** O modo como o trabalho do ACS está organizado hoje, pode ser um dos principais fatores de adoecimento presente na sua relação com o trabalho, visto que os principais fatores de risco achados nesse estudo foram: a sobrecarga/cansaço, o medo e a insegurança. **Conclusão:** concluiu-se que é necessário estudos posteriores, para entender melhor as consequências geradas pela pandemia. Além da abertura de espaços de reflexão que possibilitem maior participação e troca dos ACSs com os demais membros das equipes, que gerem mais autonomia e decisão compartilhada.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; Coronavírus.

Santos, Camila da Silva Bezerra. **Occupational Health in facing the pandemic: A case study on the community health agents of franco da rocha – sp.** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2021.

Introduction: Faced with the challenges in facing the pandemic, workers are exposed to factors of psychological distress at work that can influence not only their physical and mental health but also their social insertion at work and their performance of activities and response that the health service can provide to users. **Objective:** To understand the factors related to the workers' health of community agents in the context of the pandemic. Analyze working conditions established during the pandemic and their impacts on the occupational health of the community agent; characterize the risk and protection factors for psychological wear presented by CHWs with the arrival of the new coronavirus. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive case study. That makes up one of the parts of the Umbrella Project carried out by students and researchers at the Graduate Institute of Health (IS). As a data collection instrument, semi-structured interviews were used, which were analyzed through thematic content analysis. **Results:** The way the CHA's work is organized today, can be one of the main factors of illness present in cheiro work routine since the main risk factors found in this study were: overload/tiredness, fear, and insecurity. **Conclusion:** : It was concluded that further studies are needed to better understand the consequences generated by the pandemic. In addition to opening spaces for reflection that enable greater participation and exchange of CHWs with other team members, which generate more autonomy and shared decision.

Keywords: Occupational Health; Community health agentes; work; Coronavirus.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Perfil dos Entrevistados (Escolaridade, tempo de serviço, sexo). p.22
Tabela 2	Cobertura de atenção básica e equipe de saúde da família em Franco da Rocha, 2014 a 2019. p.23
Tabela 3	Cobertura de ACS no município de Franco da Rocha (SP). 2014 a 2020. p.24
Tabela 4	Núcleos construídos a partir da Análise Temática de Conteúdo p.25
Tabela 5	Perfil das unidades básicas de saúde participantes da pesquisa. p.26

LISTA DE ABREVIATURAS

ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice De Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Breve História da Atenção Primária.....	10
1.2	A Atenção Primária No Brasil.....	12
1.3	A Prática dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil	14
1.4	A Saúde do Trabalhador ACS: Quem cuida do cuidador?	16
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	Geral.....	20
3.2	Específicos	20
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Entrevistas	21
4.1.1	Participantes	21
4.2	Local de Estudo.....	22
4.2.1	Características do Campo de Pesquisa	22
4.3	Análise dos dados.....	25
4.4	Aspectos éticos.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1	Condições de Trabalho.....	27
5.2	Fatores Associados Ao Desgaste Psíquico.....	31
5.2.1	Fatores de Risco Relacionados ao Desgaste Psíquico	32
5.2.2	Fatores de Proteção Relacionados ao Desgaste Psíquico	34
5.3	Considerações sobre Desgaste Psíquico do trabalhador em Instituições e Serviços de Saúde.....	36
6	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	44

1 INTRODUÇÃO

Para além dos desafios já existentes no país no âmbito da saúde, a Pandemia da SARS-COV-2 veio para escancarar as fragilidades do nosso sistema de saúde, e nos mostrar o quanto a Atenção Básica é essencial frente a um fenômeno como esse, que exige tanto dos trabalhadores da linha de frente, como do sistema com uma porta de entrada para população eficiente e que possa rastrear e monitorar os casos da COVID-19 (MACIEL et al.,2020).

Nesse sentido, trata-se de algo fundamental a discussão sobre a temática do trabalho do ACS e das estratégias e possibilidades dessa atuação no território, entendendo que essa categoria profissional deve ser melhor conhecida, bem como suas condições de trabalho e os fatores que impactam a saúde desses trabalhadores, visto que além disso estão na linha de frente no contato direto com o território.

1.1 Breve História da Atenção Primária

É imprescindível entendermos as concepções de Atenção Primária À Saúde para que possamos estabelecer parâmetros para analisar as práticas do Agente Comunitário De Saúde. O entendimento das premissas deste nível de atenção, que configura o lócus de atuação dos ACSs, podem nos trazer uma perspectiva do que estava prescrito no plano ideal e dos desdobramentos com a chegada da Pandemia.

O conceito de Atenção Primária à Saúde, popularmente conhecida no Brasil como Atenção Básica, surgiu frente a um movimento de críticas ao modelo vertical de combate as doenças transmissíveis, que tinham intervenções seletivas e descontextualizadas em diversos países durante 1960. Além de lançar um olhar de crítica ao modelo biomédico e hegemônico, centrado no profissional médico, hospitalocêntrico e tinha como base um olhar restrito e *patologizante* do indivíduo. Para além disso, os fins das ditaduras e os constantes processos de independências em diversos países, trouxe à tona a busca pela modernização dos sistemas de saúde, aderindo às práticas mais populares e menos elitistas que articulassem com a democratização dos saberes médicos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Essa série de eventos motivou a realização da Conferência da Alma-Ata que ocorreu em 1978, resultando em uma proposta de modelo assistencial em saúde abrangente e que garantisse saúde para todos até o ano 2000.

A Declaração De Alma-Ata foi um grande marco, pois colocou em pauta a saúde enquanto um dever do estado e um direito de todos, pressupondo a participação comunitária e incluindo o conhecimento popular nos cuidados em saúde, indo na contramão do elitismo vigente. Ao pensar a saúde de maneira abrangente, articulando suas ações com outros setores, trouxe ênfase para questões como a necessidade de garantia de saneamento básico, distribuição de alimentos de maneira adequada, prevenção e promoção em saúde, acesso a água tratada, fornecimento de medicamentos essenciais, entre outras ações que fortaleciam a concepção da atenção primária à saúde e ajudavam a cunhar o conceito de saúde para além da ideia de ausência de doenças (OMS, 1978).

Para um sistema de organização em saúde ser considerado “atenção primária a saúde” deve ter as seguintes atribuições, segundo a Declaração da Alma-Ata (OMS, 1978): deve envolver não só o sistema de saúde, mas também ações intersetoriais, oferecendo cuidados essenciais a população; deve ser o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, sendo a porta de entrada do sistema; a APS deve dar conta de ser acessível e diminuir as barreiras geográficas, financeiras culturais de acesso, ou seja deve estar próximo aos bairros onde o indivíduo reside e trabalha e ser de livre acesso para toda a população; fazer um acompanhamento longitudinal do indivíduo, abrangendo todas as fases de sua vida; deve conhecer as necessidades do território onde está implantada, e encarar a saúde do usuário enquanto ser biopsicossocial; deve coordenar o cuidado e as ações intersetoriais que sejam necessárias para casos de maior complexidade e menos frequentes; orientar a comunidade frente as suas necessidades de saúde; fazer com que a população participe ativamente; deve haver uma centralidade no grupo familiar na cultura do território e; encarar que existem diversos tipos de grupos, reconhecendo suas características de etnia, raça, socioeconômicas, e suas representações de saúde e enfermidade.

Essas premissas apresentadas acima são características de uma APS abrangente, essas mesmas características viraram alvo de críticas por agências internacionais na época, alegando serem pouco propositivas. Durante esse período da disseminação das proposições de uma APS integral surgiu, em contraponto, o conceito de APS seletiva. Como forma de adequar o conceito a outros países em desenvolvimento, a APS seletiva configurava um

pacote de serviços de baixo-custo para combater doenças em países mais pobres. Ainda que se mostrassem eficientes no que se propunham, esse modelo restrito de atenção à saúde foi questionado por desconsiderar as questões políticas e por não visar melhora no âmbito socioeconômico e da garantia das necessidades básicas, para promover melhor qualidade de vida para as populações atendidas (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009).

Especialistas no tema apontam que um sistema de saúde que é organizado pela APS integral apresenta maior eficiência, além de reduzir custos, pois a atuação de um médico generalista demanda custos menores e resulta em menor uso de medicamento. Além de resultar em melhor integração hospitalar e o uso mais racional de equipamentos médicos, segundo Giovanella e Mendonça, (2009). Dado o exposto, é importante que façamos um entendimento de como esse movimento por busca de saúde para todos, que começou no cenário internacional, reverberou no Brasil. Por isso, em seguida apresentaremos um apanhado histórico sobre o surgimento da APS no Brasil.

1.2 A Atenção Primária No Brasil

Entender a lógica da Atenção Primária à Saúde no Brasil pode nos mostrar os desafios da sua implementação efetiva e perceber o quanto ainda temos que avançar para alcançar um modelo de atenção à saúde integral e universalizado. Tendo em vista o objeto de estudo, essa contextualização é necessária para que além dessa visão macro, possamos compreender em qual contexto de saúde o ACS é inserido e que lugar esse profissional vem ocupando desde a sua inserção como um dos atores principais desse nível de atenção à saúde.

Em meados da década de 1970 no Brasil começou-se a discutir sobre Atenção Primária À Saúde. Sendo que por volta de 1920 e 1930 predominavam a atenção a saúde pelas Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), das quais só tinham acessos aqueles que tinham vínculo empregatício. Porém, durante a década de 1930 a saúde já era uma função do estado, sendo as suas principais funções a prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias e de organização de serviços rurais de profilaxia (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Na década de 80, começou-se a questionar com mais força o modelo hospitalocêntrico, com a crise previdenciária brasileira - dentre os fatores que favoreceu a crise estavam os gastos elevados com assistência médica, acabou culminando um movimento de tentativas de

mudanças de modelos e programas voltadas para a saúde como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAUDE), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procuravam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência, o investimento nos hospitais públicos das diversas esferas de governo (FARIA et al., 2010).

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde que o SUS começou a ser concretizado, o movimento da reforma sanitária encabeçado por estudantes, professores e trabalhadores da saúde. A Constituição de 1988, começa a dar seus primeiros passos em busca da implementação de um sistema de saúde universal. A estratégia da Atenção Primária em Saúde, que visava organizar a saúde de maneira regionalizada, contínua e sistematizada, começa a ser aprimorada nas cidades brasileiras (MELO et. al, 2018).

Com a implantação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), regulamentado em 1991, abre-se uma importante etapa da história da Atenção Primária brasileira. O programa estimulou mais circulação de informações importantes e ampliação da vigilância em saúde em muitos estados brasileiros. O que favoreceu a gestão, a regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde.

O PSF (Programa de Saúde da Família), que mais a frente mudou para ESF (Estratégia de Saúde da Família), foi instituído logo depois do PACS em 1994, dado os resultados colhidos pela ação dos Agentes Comunitários e por experiências desenvolvidas em países estrangeiros. O programa de saúde da família estabelecia uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, visando a atuação junto à comunidade, focado não só no indivíduo como na sua família (FARIA et al., 2010).

A partir daí, a ESF foi adotada como elemento fundamental para organizar o modelo de atenção à saúde no país, junto com o ACS o serviço de saúde aderiu uma postura mais ativa frente as necessidades e dificuldades da população. Diante dessa conjuntura, surgiu o termo “atenção básica”, regulamentada através da Norma Operacional Básica do SUS nº. 01 de 1996 (NOB 96) ressaltou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao implementar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica (FARIA et al., 2010).

“...no Brasil, o uso o termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário,

distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.” (Giovanella e Mendonça, 2009) p.582.

A PNAB veio para complementar e implantar algumas mudanças dentro do cenário das políticas de saúde. Sua primeira edição foi publicada em 2006, sendo revisada em 2011 e 2017. Hoje, já na terceira edição, acompanhamos diversas mudanças no escopo da política, e algumas descontinuidades. Para Melo et al. (2018), a nova versão evidencia um desmonte da ESF, diminuindo sua possibilidade de atuação nos territórios brasileiros, principalmente através retirada de um número mínimo de ACS por equipe, e na valorização de uma atenção básica tradicional em detrimento da ESF.

Segundo Faria et al. (2010):

“a efetivação das ações da atenção básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/ manter profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político”.

Seguindo nesse raciocínio é preciso valorizar e instrumentalizar os trabalhadores do SUS, principalmente os que trabalham na linha de frente, para que seja possível a oferta de um serviço de saúde integrado, contínuo e de qualidade, nos moldes da ESF.

Dado o parâmetro exposto até aqui, podemos observar que o processo de construção do SUS e da Atenção Básica, segundo Giovanella e Mendonça (2009), não foi uniforme em todo o Brasil, e apesar dos seus avanços, com acertos e desacertos em relação a suas principais diretrizes, não está ainda consolidado.

1.3 A Prática dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

O ACS enquanto elo fundamental entre a população e a equipe de saúde da família, teve sua trajetória até aqui fincada entre muitos desafios. Voltando um pouco na história, o PACS, como já mencionado antes, foi efetivado em meio a uma tentativa de alcançar uma população mais vulnerável, procurando efetivar um acesso a saúde mais democrático através de pessoas que já conheciam o território e tinham um certo nível de aproximação com os moradores. Esses atores, que também eram moradores do território, inicialmente, foram instrumentalizados para realizar ações de conscientização para diminuição da mortalidade materno-infantil nas regiões do norte e nordeste.

Apesar de trabalharem junto as unidades de saúde e a população desde a década de 80, os ACSs só foram reconhecidos enquanto categoria profissional em 2002, e sua profissão só foi regulamentada por lei quatro anos depois, através da Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Tendo em vista que moram na mesma região da qual fazem visitas domiciliares, acompanhando muitas vezes a situação de saúde dos seus vizinhos e conhecidos próximos, é possível afirmar que desde o início de sua constituição como profissão, o ACS esteve exposto à contradição de seu papel, pois compartilham dos mesmos conflitos e problemas da população que atendem, tendo que lidar com situações de sofrimento sem ter uma capacitação mínima para sua atuação (LUCENA, 2013).

Para entendermos efetivamente de que profissionais estamos falando, os ACS em sua maioria são compostos por mulheres em fase da vida caracterizada como adulto-jovem (20-49 anos), com ensino médio completo, e em sua maioria se declaram casadas e de raça/cor branca, essas características foram apontadas por diferentes estudos feitos em diversas regiões do país (ANDRADE et al. 2018; NISIHARA et al., 2018; GARCIA et al.,2019; LINO et al., 2012).

A respeito de seu trabalho, percebe-se que as atribuições dos ACSs perpassam não só a atuação direta com o usuário, nas visitas domiciliares, mas abrange as ações intersetoriais com outros dispositivos da região, como escolas, CRAS, CAPS, igrejas, comércios entre outros (MACIEL et al.,2020).

Na PNAB de 2017 algumas atividades foram acrescidas a jornada de trabalho do ACS, caso o mesmo tenha capacitação e ensino técnico, ele poderá realizar: aferição da pressão; realizar a medição da glicemia capilar; realizar técnicas limpas de curativo; Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE; entre outras atividades das quais não substituem as que já realizavam anteriormente. Essa mudança pode caracterizar uma sobrecarga aos profissionais dessa categoria, ou até mesmo uma tentativa de lhe atribuir funções que seriam de um técnico ou auxiliar de enfermagem o distanciando da sua prática comunitária, e o aproximando de uma atuação clínica individualista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo a Lei Nº 13.595, de 5 De janeiro De 2018 - que reformula as atribuições, a jornada e as condições, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos ACS e ACE, as atribuições dos ACS são:

o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, 2018).

Visto que o objeto desse estudo é o ACS e o objetivo é entender os fenômenos que permeiam a saúde desse trabalhador, no próximo tópico destrincharemos um pouco mais sobre suas condições de trabalho e de que forma isso impacta a sua atuação no território.

1.4 A Saúde do Trabalhador ACS: Quem cuida do cuidador?

Tendo em vista a importância da atuação do ACS no território, é compreensível abrimos aqui um parêntese para explorar o que já existe de trabalho na literatura científica sobre a temática da saúde desse trabalhador. Aqui iremos focar nas condições de trabalho e nos impactos que as mesmas causam na saúde, principalmente, psíquica do ACS.

Segundo Garcia et al. (2019) conhecer as condições de trabalho desse profissional permitem subsidiar a readequação de processos de trabalho, com intuito de melhorar a atuação para serem fornecidos para a população um melhor atendimento e em um nível maior de qualidade na assistência à saúde, procurando ir ao encontro das necessidades da clientela assistida, acarretando efetivação das políticas públicas de saúde.

Visto que as condições das quais os ACSs estão expostos no seu dia a dia de trabalho impactam não tão somente a sua saúde física, mas, além disso, pode vir a gerar desgaste e sofrimento psíquico, o que acarreta consequências diretas na execução das suas atividades e funções (RIQUINHO et al, 2018).

Por se tratar de uma atividade, em sua maioria, executada fora das dependências das unidades de saúde, em seu trabalho o ACS tem contato com uma variedade de situações singulares de seu labor (SANTOS et al, 2019). Alguns estudos apontam as seguintes condições e riscos dos quais os ACSs enfrentam: desvio de função, falta de recursos humanos,

falta de EPIs (equipamentos de proteção individual), exposição a situações de violências, a risco de acidentes e doenças relacionadas a exposição contínua ao sol e chuva, dores musculoesqueléticas e doenças cardiovasculares, obesidade, sobrecarga de trabalho, desgaste e sofrimento emocional. O trabalho do ACS se torna insalubre devido aos ambientes que precisa circular, sendo que ficam à mercê das adversidades encontradas nas microáreas que são responsáveis (MALCHER et al, 2019; SANTOS et al, 2019; DANTAS et al, 2020; GARCIA et al, 2019; OLIVEIRA e NERY, 2019).

Segundo Oliveira e Nery (2019), “o trabalho em saúde é permeado pelo trabalho vivo em ato, que é expresso pelas relações, sendo este sempre um ato coletivo e que visa à construção do cuidado com o usuário”, entretanto esse mesmo trabalho vivo em ato pode se tornar fonte de prazer ou de sofrimento para esses trabalhadores, trazendo adoecimento.

Além das condições de trabalho apresentadas anteriormente, o ACS vivencia um laço estreito com o território, e faz esse ‘elo’ dos usuários com a equipe, visto que esses são fatores importantes a serem olhados pela saúde do trabalhador, faz-se necessário esse movimento crítico e questionador acerca de quem tem cuidado do cuidador. Ao nos debruçarmos na teoria de Dejours (1998) que ao observar as relações de trabalho, dentro das instituições, com frequência, percebe a privação que o trabalhador enfrenta sobre a sua subjetividade, nos permite tomar como base sobre como tem sido atuar em meio ao cenário atual. Do qual prevalece a incerteza e insegurança, que pode potencializar os riscos ocupacionais integrados ao processo de trabalho e se relacionam com os elementos laborais, acarretando sobrecarga psíquica nos indivíduos (FERNANDES et al, 2018).

Aprofundando ainda mais na organização do trabalho desses profissionais, o fato de as equipes trabalharem de maneira acelerada, com pouca atenção e cuidado de si, corroboram para a não reflexão da prática, para a não criticidade das suas atividades, as tomando como algo que precisa apenas ser feito, sem ser pensado ou questionado, favorecendo esse adoecimento e prevalecendo uma certa normalização desse sofrimento no ambiente de trabalho (ONOCKO CAMPOS, 2014).

Devido aos grandes avanços e mudanças no cenário do trabalho, no bojo das novas tecnologias e novos modos de se fazer trabalho, instituiu uma aceleração no pensar e agir do trabalhador, intensificando o trabalho físico e mental. Olhando para o trabalhador do SUS podemos inferir que as consequências negativas dessas mudanças os afetam de maneira mais potente e drástica, pois o seu adoecimento ou sofrimento no trabalho acarreta não só um

malefício ao próprio trabalhador, mas com um movimento em cadeia, atinge os próprios usuários e o serviço de saúde (BEZERRA E LUCCA, 2016).

Segundo Fernandes et al, 2018, o trabalho do ACS pode ser considerado de alta exigência e muitas vezes se caracteriza como trabalho passivo, do qual esses profissionais estão expostos concomitantemente a um elevado grau de demandas psicológicas e baixo controle do processo de trabalho. Logo, essa dinâmica não favorece o desenvolvimento desses indivíduos no ambiente de trabalho, gerando insatisfação e desgaste.

Tendo em vista o exposto até aqui, salienta-se que a saúde do trabalhador considera o trabalho como organizador da vida social, e frente ao sistema capitalista, enquanto espaço de submissão e controle do trabalhador, entretanto, igualmente de resistência, do qual os trabalhadores assumem o lugar de atores, produzindo experiências singulares e coletivas, no conjunto das representações da sociedade (MENDES & DIAS, 1991).

Parafraseando Mendes & Dias (1991), o objeto da saúde do trabalhador é o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Do qual tenta compreender *o como e o porquê* ocorre esse processo, para que se possa desenvolver alternativas de intervenção que levem a transformação da dimensão humana do trabalho. Com isso, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica de “causa-efeito” do surgimento de doenças ou agravos, vinculados a um agente específico, ou a um grupo de fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho, o que viria a descartar a subjetividade e reduzir o fenômeno ao processo produtivo.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo a OMS/OPAS (2020) cerca de 570 mil profissionais da saúde se infectaram com a COVID-19, e 2,5 mil morreram pela doença nas Américas. Esse grupo de profissionais da linha de frente no combate ao novo coronavírus é um dos principais, senão os, mais afetados durante a Pandemia. Diante desses dados, é preciso pensar sobre as condições de trabalho a quais estão expostos e em como isso impacta não só a sua saúde ocupacional no âmbito físico, também no âmbito psicológico e social, para além das consequências no seu desempenho no ambiente de trabalho e em como isso repercute na equipe, na organização/instituições de saúde e no contato com os usuários.

Como será viver em constante estado de vigília e alerta perante uma ameaça invisível, perante ao risco de ser contaminado e de contaminar, seja o seu colega de trabalho, seja os usuários e pacientes que você atende diariamente, seja seus familiares. O desgaste psíquico e a pressão psicológica, poderão deixar consequências inimagináveis, os deixando ainda mais vulneráveis não só a adoecerem fisicamente como mentalmente. Torna-se, portanto, necessário lançar esse olhar para o sofrimento e consequência deste “*novo normal*” nas vidas dos trabalhadores de saúde

Considerando esse contexto, o presente trabalho visa a discussão olhando para uma parcela desses trabalhadores, os Agentes comunitários de Saúde do Município de Franco da Rocha, os quais estão na linha de frente, em contato diário com a comunidade, com a “*missão*” de levar informação e monitorar a população, da qual ele também faz parte.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender os fatores relacionados à saúde do trabalhador dos agentes comunitário no contexto da pandemia.

3.2 Específicos

- Analisar condições de trabalho estabelecidas durante a pandemia e os seus impactos na saúde ocupacional do agente comunitário;
- Caracterizar os fatores de risco e proteção para o desgaste psíquico apresentados pelos ACSs com a chegada do novo coronavírus.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, qualitativo descritivo, de natureza exploratória e interpretativa. Compõe uma das partes do Projeto Guarda Chuva realizado pelos alunos e pesquisadores de Pós-Graduação do Instituto de Saúde (IS).

4.1 Entrevistas

Para a coleta de dados, escolhemos o instrumento de entrevistas semiestruturadas realizadas durante os meses de outubro e novembro do ano de 2020. Foram elaborados diferentes roteiros de entrevistas (Apêndice B, C, D) para cada grupos de profissionais entrevistados. As entrevistas ocorreram através da plataforma *Microsoft Teams* por *videochamada* no local de trabalho dos entrevistados, em data e horário combinado, por e-mail, antecipadamente, com duração média de 60 minutos. A entrevista foi gravada em vídeo, depois convertida em áudio, para ser possível a sua transcrição.

A escolha de tal instrumento foi feita com o objetivo de nortear os principais tópicos que gostaríamos de abordar e investigar. A entrevista semiestruturada é reconhecida por Minayo (2010) como uma técnica de produção de dados que permite alcançar impressões e percepções daqueles indivíduos que possuem relação e relevância para o objeto de estudo.

4.1.1 Participantes

Foram feitas 13 (treze) entrevistas, sendo uma delas piloto, para teste e validação do questionário que seria utilizado, e que não foi incluída nos resultados. Das 12 (doze) entrevistas restantes, 3 (três) foram realizadas com gestores, 2 (dois) com gerentes de UBS, 6 (seis) com agentes comunitários de saúde e 1 (uma) com uma enfermeira coordenadora de uma das equipes da UBS. Foram incluídos trabalhadores da Atenção Básica do município, com no mínimo 1(um) ano de atuação, e que estivessem na linha de frente no combate contra o coronavírus. Na tabela a seguir está ilustrado alguns dados para caracterizar o perfil desses entrevistados:

Tabela 1 – Perfil dos Entrevistados (Escolaridade, Tempo de Serviço e Sexo)

ESCOLARIDADE	ENSINO MÉDIO COMPLETO	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	ENSINO SUPERIOR COMPLETO
ACS	3	3	--
GERENTES/COORD	--	--	3
GESTORES	--	--	3
TEMPO DE SERVIÇO	ENTRE 1 -3 ANOS	ENTRE 3-5 ANOS	MAIS DE 10 ANOS
ACS	4	--	2
GERENTES/COORD	3	--	--
GESTORES	2	1	--
SEXO	FEMININO	MASCULINO	
ACS	3	3	
GERENTES/COORD	2	1	
GESTORES	3	0	

4.2 Local de Estudo

4.2.1 Características do Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado no Município de Franco da Rocha, localizado na região metropolitana do estado de São Paulo, em duas UBS da região. Franco da Rocha, segundo IBGE, tem **149.502 hab.** (2017), com um IDHM de 0,731 (ATLAS, 2010). Em 2019, segundo estimativas da SEADE, a população estaria em torno de 150.151 hab. A região tem sua origem com o Povoado de Juqueri. Seu desenvolvimento iniciou-se com a construção da ferrovia São Paulo Railway e, em 1885, iniciou-se a construção do Hospital Psiquiátrico Juquery, cujo funcionamento foi determinante para o progresso da região. Somente em 1944, torna-se um município autônomo e recebe seu nome atual.

Em 2017, o município contava com 12 Unidades Básicas de Saúde, com 23 equipes atuando de acordo com o modelo de Estratégia Saúde da Família e 01 equipe NASF, com uma cobertura de 74,2% da população. Além das Unidades Básicas, o Município dispõe de uma rede de atenção à saúde composta por: 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 02

hospitais gerais; 01 hospital psiquiátrico; 02 Vigilância em Saúde (01 municipal e 01 estadual); 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS II, 01 CAPS infantil e 01 CAPS álcool e outras drogas; 02 centrais de regulação de vagas; 03 Polos de Academia da Saúde; 03 Farmácias de dispensação de medicamentos excepcionais/especiais e 02 Farmácias Hospitalares. Para os serviços de Apoio Diagnóstico, o município conta somente com 07 serviços privados que prestam serviços ao SUS (Prado et al., no prelo).

Com relação a cobertura da atenção básica no município temos os seguintes dados apresentados na tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Cobertura de atenção básica e equipe de saúde da família em Franco da Rocha, 2014 a 2019.

Competência	População	Nº ESF Cob.	NºEAB Param. Cob.	Nº eSF equivalente	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
JUL/2014	141.824	5	0	11	17.250	12,16%	49.500	34,90%
JUL/2015	143.817	5	0	20	17.250	11,99%	78.240	54,40%
JUL/2016	145.755	22	0	12	75.900	52,07%	110.700	75,95%
JUL/2017	147.650	20	0	17	69.000	46,73%	120.750	81,78%
JUL/2018	149.502	21	0	9	72.450	48,46%	99.780	66,74%
JUL/2019	152.433	21	0	7	72.450	47,53%	92.940	60,97%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica. E-mail: nti.dab@saude.gov.br. Dado gerado em: 20 de agosto de 2020 - 16:31h. Desenvolvido pela Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS
Cálculo: $n^{\circ} eSF * 3.450 + (n^{\circ} eAB param. + n^{\circ} eSF equivalentes) * 3.000 Estimativa populacional * 100$

O indicador de cobertura populacional estimada na Atenção Básica atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Aqui iremos olhar para o índice de cobertura de eAB e eSF, escolhendo um mês correspondente do ano de 2014 a 2019, para uma comparação.

Na tabela 2 podemos observar um comparativo entre as equipes de AB e ESF, trazendo a estimativa da população coberta nas duas modalidades e os devidos percentuais. Em suma pode-se averiguar um aumento na cobertura da ESF, passando de 12,16% em julho de 2014 para 47,53% em julho de 2019. Destacando que em julho de 2018 e 2019 a estimativa de população coberta se manteve, mas devido ao aumento populacional houve uma

leve queda em seu percentual. Com relação a cobertura de ACS no município temos os seguintes dados:

Tabela 3 – Cobertura de ACS no município de Franco da Rocha (SP). 2014 a 2020.

Competência	População	Nº ACS Cob.	Estim. Pop. Cob. ACS	Cobertura ACS
JUN/2014	141.824	26	14.950	10,54%
JUN/2015	143.817	23	13.225	9,20%
JUN/2016	145.755	94	54.050	37,08%
JUN/2017	147.650	74	42.550	28,82%
JUN/2018	149.502	95	54.625	36,54%
JUN/2019	152.433	81	46.575	30,55%
JUN/2020	154.489	122	70.150	45,41%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica. E-mail: nti.dab@saude.gov.br.

Dado gerado em: 20 de agosto de 2020 - 17:30h

Cálculo: $(n^{\circ} ACS * 575) \text{ Estimativa populacional} * 100$

Desenvolvido pela Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS

Ao observarmos o indicador de cobertura de ACS no município, podemos perceber seu crescimento e impactos que podem vir a gerar a população, com uma equipe maior de ACS o vínculo entre as equipes e a população se dar de maneira mais orgânica facilitando o acesso da população a saúde e informação, principalmente na prevenção de agravos e de educação em saúde.

Conforme o indicador (tabela 3) o número de ACS na região aumentou 4,7x de junho de 2014, que havia 26 agentes comunitários de saúde, a junho de 2020 com 122 agentes, totalizando uma cobertura de 45,41% da população total de 154.489 (estimativa). É possível notar que em junho de 2014 só 10,54% da população estava coberta e que durante o período levantado houve algumas baixas nos quadros de ACS do município. Como podemos ver em junho de 2016 que havia 94 ACS e em junho de 2018 passou a ter apenas 74 agentes, cobrindo 28,82% da população.

Através das entrevistas também foi possível traçar o perfil das UBSs das quais os entrevistados faziam parte:

Tabela 4 – Perfil das unidades básicas de saúde participantes da pesquisa

	UBS 1	UBS 2
Nº DA POP. ATENDIDA	12 000 (aprox.) *	9 000 (aprox.) *
Nº DE EQUIPES	3*	2*
Nº de ACS	14 ACSs*	10 ACSs*
Nº de ACSs afastados	2 ACSs*	2 ACSs*

*número informado pela gerência no período que ocorreram as entrevistas

Com relação a população atendida a UBS2 atende tanto população urbana como a rural, e a UBS1 relatou ter uma população bem mesclada entre pessoas com condições sociais e necessidades bem diferentes, algumas caracterizam-se como mais vulneráveis. O território do qual a UBS1 faz parte foi caracterizado tanto pela gerência e coordenação, como pelos ACSs com um local que tem alguns bairros de difícil acesso para visitas domiciliares, sejam elas feitas pelos ACSs como por outros profissionais, tendo que acionar muitas vezes um transporte da secretaria de saúde, ou na indisponibilidade deste utilizam os próprios veículos pessoais.

Os dados e indicadores expostos tem o objetivo de nortear e tornar mais sustentável as discussões que serão feitas no decorrer do desenvolvimento da temática. Visto que se faz importante acompanhar essas mudanças no município apresentados pelos índices de cobertura da atenção básica e de ACSs, e entender de qual contexto estamos falando e em quais condições se encontra a região de Franco da Rocha no âmbito da saúde pública.

4.3 Análise dos dados

A análise foi realizada com base no método de análise temática do conteúdo, para o qual, Minayo (2010) recomenda a realização dos seguintes passos:

- Leitura flutuante, onde é possível entrar em contato intenso com o material da pesquisa, retomando-se os objetivos iniciais;
- Constituição do corpus, em que é possível apreender a totalidade do universo estudado, através de leitura exaustiva do material, verificando-se a pertinência do material;
- Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Nesse momento retomam-se as indagações iniciais e foram reformuladas as hipóteses do estudo;

- Exploração do material: É realizado recorte do texto segundo as categorias apreendidas através das etapas anteriores;
- Tratamento dos dados obtidos e interpretação: Propõem-se nessa fase, a análise das categorias, trabalhando os significados, inter-relacionando-os ao quadro de referência adotado na pesquisa e conceitos que emergiram através da coleta de dados.

Na etapa de tratamento dos dados obtidos, as entrevistas foram divididas em grupos, de gestores, gerentes/coordenador e ACSs, para manter o anonimato foram codificadas de 1 à 12, com o prefixo do cargo ao qual ocupavam (Exemplo: GEST1; GER3; ACS6) e os dados coletados foram categorizados, na etapa de sistematização, inicialmente em 9 tópicos observados nas respostas dos participantes, e para serem realizadas as análises foram divididas e agrupadas em 1 eixo maior de tema. Como apresentado na tabela 5 abaixo:

Tabela 5 – Núcleos construídos a partir da Análise Temática de Conteúdo

Tema	Categorias	Subcategorias
Saúde do trabalhador	Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Carga Horária • Instrumentos de Trabalho • Organização do Trabalho
	Fatores associados ao desgaste psíquico no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores de proteção • Fatores de risco

Fonte: Elaboração própria

4.4 Aspectos éticos

O presente estudo respeitou as diretrizes compostas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de estudo realizado em instância do SUS, foi feita a devolutiva dos resultados para os gestores e saúde do município de Franco da Rocha, em conformidade com a Resolução 80/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados, tanto das entrevistas como os dados secundários, em atenção às Resoluções supra citadas, ocorreu somente após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde sob o CAAE 36066920.3.0000.5469 e Número do Parecer: 4.231.566. Todos os participantes leram e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o consentimento foi registrado em vídeo durante as entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos tópicos a seguir apresentamos os resultados da coleta de dados pela perspectiva da Psicodinâmica do trabalho *Dejouriana* e buscando respaldo em outros autores com um olhar para a institucionalização, buscando dialogar sobre como o trabalho do ACS vem se modificando com o momento atual da Pandemia, para compreendermos se algumas situações de desgaste, precariedade, riscos ocupacionais e desafios da prática já existiam ou surgiram com o novo cenário de crise política, econômica e de saúde pública brasileira. Os resultados serão apresentados a partir da temática principal de saúde do trabalhador, e seus subtemas: Condições de Trabalho e Fatores de risco e de proteção na atuação do ACS.

Para os resultados e discussão feito nesse estudo lançamos mão da coleta feita em todas as 12 (doze) entrevistas, da qual foi possível ter um parâmetro tanto do olhar dos gestores e gerentes, além dos próprios ACSs.

5.1 Condições de Trabalho

Frente as grandes mudanças e readequação dos processos de trabalhos que foram necessários na atenção básica durante a Pandemia, o trabalho dos ACSs também sofreu modificações. Foi preciso continuar com as visitas domiciliares e o contato com o usuário, porém de maneira diferente que estavam acostumados.

Para isso foram emitidos por órgãos como o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde protocolos e orientações não só para a Atenção Básica em geral, como especificamente para os Agentes Comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b). Essas orientações consistiam em documentos que readequavam a rotina e o processo de trabalho dos ACSs, das quais priorizavam o contato do profissional com os usuários, com recomendações de cuidados e medidas protetivas. Em alguns desses materiais mencionados, foi dado ênfase ao cuidado com os usuários crônicos (Secretaria De Estado Da Saúde, 2020), dos quais ainda permanecem como alvo principal do acompanhamento feito pelos ACSs, o que nos faz lembrar do modelo de APS seletiva e focalizada.

Dentro desse cenário pandêmico, alguns dos ACSs se perguntaram “o que fariam?” “como trabalhariam?” qual era realmente o seu papel frente a essa mudança estreme no cotidiano e nas condições do seu trabalho:

Entrevistado ACS9: *“a gente ficou meio ‘nossa, como a gente vai fazer agora? Nosso trabalho vai mudar completamente, como a gente vai se adaptar. A gente tem que fazer de outra maneira’.”*

O ACS muitas vezes apenas orientado a transmitir informação, foi colocado em um cenário de ‘guerra’ para realizar atividades das quais muitas vezes não foi preparado, não foi capacitado para tal enfrentamento. Falas como “A gente está no meio de uma bomba aqui”, acabaram vindo à tona durante a entrevista.

Nesse contexto bem adverso da Pandemia, o trabalho do Agente Comunitário foi colocado em questão. E ficou ainda mais clara a potencialidade do trabalho do ACS e o quanto devido a sua pouca formação muitas vezes, o limitou nesse enfrentamento de maneira mais presente e eficaz. Segundo Rosa e et.al (2012) os agendamentos e recados, entregas de folhetos constituem sim, um instrumento de trabalho e de mediação entre o ACS e a população, porém não pode ser o único meio. Podendo chegar a ser uma simplificação das potencialidades do trabalho desse profissional. Foi possível perceber tamanha verdade em um dos discursos dos Gestores entrevistados:

Entrevistado GEST2: *“É...eu acho que a gente conseguiu, inclusive, nos despertar pras fragilidades deles né? Eu acho que a gente entendeu da necessidade da formação mais contínua... É... nos mostrou, inclusive, que a gente começa com outra formação e capacitação, mas a gente não sabe qual é a real necessidade, né?”*

Visto que existem muitas fragilidades na atuação do ACSs, apesar das suas potências, nesse momento (de pandemia) os gestores e gerentes enfrentaram uma resistência para que “voltassem” a atuar para o território. O que nos faz questionar se esse papel, essa atuação do agente estava tão clara assim para eles, como para os gerentes e gestores, e do modo que está oficializado na PNAB (2017), por exemplo. Segundo os documentos oficiais dos quais embasam a atuação desses profissionais no território, o ACS é um dos atores principais para que a lógica da Atenção Básica se estenda para todo território, através dele, os princípios e diretrizes que norteiam a operacionalização de uma APS integral podem ser colocados em ação: universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da

comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A fala a seguir ilustra essa dificuldade da apreensão do ACS sobre o seu trabalho segundo um gestor:

Entrevistado GEST1: “[...]só que nesse meio da pandemia a gente teria que mostrar para eles a importância deles estarem em campo, porque eles também tinham medo da pandemia, né, então assim, a gente teve que enfrentar isso junto com eles, né. [...] E... alguns agentes comunitários não têm nenhuma formação, eles tinham que entender que eles são da área da saúde, e que a área da saúde está ali na linha de frente.”

Não podemos deixar de mencionar, que o ACS foi instituído com o intuito de reverter a lógica do modelo de atenção à saúde, biomédico, hospitalocêntrico, seletivo e focado na doença. Porém, o mesmo está dentro de uma instituição da qual se apropria e reproduz seus sistemas culturais, simbólicos e imaginários, que segundo Enriquez (1989), constituem a formação da sua identidade enquanto indivíduo e grupo. E que podem vir a limita-los diante das suas potencialidades, impossibilitando-os de realizar atividades além daquelas pré-estabelecidas, evidenciando um predomínio do trabalho morto, regrado e instrumentalizado, sobre o trabalho vivo, que viabilizaria o uso da criatividade, sendo dessa forma um aspecto restritivo e que ocasiona a perda da liberdade no trabalho (SANTOS, HOPPE, KRUG, 2019).

Quando entramos nos aspectos mais extrínsecos do trabalho durante a pandemia, foi mencionado pelos gestores e gerentes a extensão da carga horária de trabalho, os trabalhadores da AB tiveram que trabalhar aos finais de semana. E durante a semana as unidades de saúde passaram a estar abertas até as 22h. tornando ainda mais árdua essa jornada de trabalho e mais extensa. Diante de tais circunstâncias que geram estresse, desgaste, adoecimento, faz sentido que os próprios trabalhadores utilizem de estratégias para tentar manter o equilíbrio psíquico.

Outro aspecto direcionado as condições de trabalho incluído nas entrevistas foi sobre o fornecimento dos EPIs, e demais instrumentos de trabalho. Percebemos que em Franco da Rocha a questão da disponibilidade de EPIs não foi um problema, desde os ACSs entrevistados até os gestores foi enfatizado a não falta de equipamentos de proteção, tendo até itens a mais do que necessários para os ACSs, por exemplo,

Entrevistado GER5: “No município não faltou EPI pra ninguém, a gente recebeu tudo, a gente recebeu tudo, desde álcool pra ACS, de luva, máscara, jaleco, todos receberam.”

Sobre capacitação e orientações durante esse período de readequação do trabalho dentro da Atenção Básica, trouxeram falas de suporte não só da própria equipe como de profissionais externos, via videochamada e presencial:

Entrevistado ACS9: *“...primeiramente a gente teve o auxílio do médico epidemiologista que veio aqui na Unidade e passou para a gente a parte técnica sobre os vírus que ele conhecia”*.

Porém segundo os relatos foram orientações/capacitações voltados para um olhar clínico e individualizado. Segundo Silva e Damaso (2002 p.78), os meios de educação continuada desses trabalhadores deviam adotar uma estratégia educativa crítica “[...] capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções”.

Com o advento das tecnologias, foi integrado ao trabalho dos ACS instrumentos de trabalhos, como os *tablets*, o *WhatsApp*, e o aumento da rotina de atendimento ou procura dos usuários por meios telefônicos. Segundo relatos essas ferramentas já existiam antes da Pandemia, e foram só implementadas com mais afinco, devido as medidas de distanciamento e impossibilidade de um contato maior presencialmente.

Entrevistado ACS11: *“...só o tablet mesmo que já foi um grande avanço. Abandonar todos aqueles papéis e ter uma coisa que... né? Você tem na palma da mão ali e consegue controlar muito bem, ele te avisa, te coloca no rumo.”*

Apesar do *tablet* ter sido bem aceito tanto pela gerência como pelos ACSs, que inclusive mencionaram que tiveram treinamento e suporte adequado para aprender a utilizar o equipamento nas suas atividades diárias, a opinião sobre o uso do *WhatsApp* na rotina de trabalho gera controvérsias, como aparece na fala de um dos ACSs

Entrevistado ACS7: *“A gente nem gostava muito de fazer isso (usar o WhatsApp) porque o paciente vinha falar com a gente e a gente num tava em horário de trabalho, os próprios pacientes entendiam isso, agora com a pandemia eles tem bastante medo de vir até a unidade é... nós usamos”*

O fato de estarem sempre muito próximos da comunidade - característica citada pelo Ministério da Saúde como fundamentais para o bom desempenho das atividades do ACS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011) - e trabalharem para além da sua carga horária, inicialmente pode até ser visto como compromisso social, proatividade no trabalho, mas contribui para a sobrecarga e falta de limitação das suas funções abarcando até mesmo coisas que a própria instituição não consegue cobrir enquanto demanda da população(SANTOS, HOPPE, KRUG,

2019). Trabalhos como o do ACS, que exigem um contato muito próximo aos usuários, podem gerar sobrecarga psíquica. Segundo Bezerra e Lucca (2016), quando as demandas das atividades de trabalho são excessivas e há pouco controle ou autonomia para sua realização, pode haver desencadeamentos de situação de estresse, podendo provocar sofrimento psíquico e adoecimento.

Visto que um dos objetos de trabalho do ACS é o usuário, faz-se necessário lançar um olhar para as condições das quais estão sendo realizadas as visitas; a forma como os usuários recebem esse contato também mudou, conforme relatado nas entrevistas foi percebida uma diferença na acolhida dos moradores do território, visto que a maioria não queria mais receber as visitas dos ACSs:

Entrevistado ACS8: “Então, era uma coisa mais próxima, né? A gente entrava na residência das pessoas, tomava café... Porque acho que o trabalho do agente de saúde na verdade é ganhar confiança, né, do munícipe, do paciente.”

Principalmente devido ao distanciamento social, e o medo das pessoas de receber um profissional da saúde em sua residência (mesmo que conforme as orientações seja uma visita peridomiciliar), nos mostra o quanto a organização e o resultado do trabalho do ACS podem vir a ser prejudicados, visto que a busca ativa e a orientação comunitária no território se fizeram como atividade primordial em meio a pandemia para controle dos casos da covid-19 (SAPS, 2020b).

Tendo em vista este cenário, e a própria readequação do trabalho na AB, discorreremos no próximo tópico sobre como essas e outras condições podem ser consideradas fatores de risco ou de proteção na atuação do ACS.

5.2 Fatores Associados Ao Desgaste Psíquico

Ao observarmos as condições de trabalho mencionados no tópico anterior, podemos perceber que alguns aspectos podem ser geradores de risco ou de proteção para saúde do trabalhador; buscaremos aqui fazer alguns recortes sobre essa dinâmica, lançando um olhar mais crítico para questões voltadas para a institucionalização e o desgaste psíquico que esses fatores podem acarretar na atuação do ACS. Tendo como base de que fatores de risco podem afetar tanto o trabalho, vida social e saúde física e psicológica do sujeito. E que os fatores de proteção podem acarretar segurança, motivação e reconhecimento.

5.2.1 Fatores de Risco Relacionados ao Desgaste Psíquico

Durante as entrevistas questionamos sobre qual a reação que a equipe teve quando surgiram os primeiros casos de COVID-19, alguns dos ACSs expressaram uma certa resistência, mesmo com toda a pressão e sobrecarga que eventualmente poderiam estar sofrendo em meio a um cenário pandêmico, trazendo relatos de uma certa normalidade no enfrentamento da pandemia:

Entrevistado ACS8: *“até hoje eu consegui seguir em frente com a mente legal, entendeu?”*.

Aparecendo até mesmo relatos sobre outros profissionais da saúde, mas não se englobando na situação, como se fosse algo distante, porém compreensível:

Entrevistado ACS12: *“Na verdade, o pessoal ficou muito “doido”. Não queria vir trabalhar, sempre estavam dizendo, “ah, eu não vou, eu vou morrer, eu não quero ir na casa de ninguém, eu não vou, eu vou lá pegar doença?”*

Oliveira e Nery (2019) pontuaram algumas estratégias que podem ser utilizadas em momentos de sofrimentos pelos trabalhadores:

“olhar as dificuldades remetendo ao aprendizado; compartilhar os problemas com a equipe; ter condutas mais profissionais e menos emocionais; solicitar suporte mental do trabalhador junto à coordenadoria; impor limites junto à comunidade; participação ativa das atividades do ACS; fazer psicoterapia; ter consciência das limitações enquanto profissional; observar as dificuldades como um desafio que deverá ser superado; crença em Deus; afastar os problemas da cabeça; chorar; desenvolver atividades de lazer, como exercício físico ou frequentar a igreja; buscar o apoio das pessoas; o uso de medicamentos; a meditação; solicitar afastamento e/ou licença saúde” (p. 1510)

O que nos mostra que a resposta ao sofrimento e sobrecarga de tentar normalizar ou ainda se “distanciar” do problema, ou ainda racionalizar é algo que aparece na literatura e condiz com o que coletamos em campo nessas entrevistas.

Alguns outros ACSs demonstraram certa insegurança e apreensão diante do cenário Pandêmico. Mencionando o quanto foi amedrontador, e que apesar das circunstâncias o “sentir medo” não ia adiantar de nada naquele momento. Trazendo relatos de como foi um “baque” se deparar com a imprevisibilidade de uma doença “nova” e desconhecida. Nos mostrando a diversidade de expressões desse sofrimento produzido pelas condições atuais do

trabalho, a resposta que o indivíduo evidencia perante o desgaste e o sofrimento sofre influência da sua própria subjetividade e vivências. A instituição é palco tanto do sofrimento próprio dos sujeitos individuais que ela exprime como do sofrimento ligado ao ser--conjunto, segundo Onocko Campos (2014 p.153), o sujeito é criativo se tornando capaz de produzir modos diversos de se colocar e se relacionar com o mundo, parafraseando, ou com o seu próprio sofrimento.

Quando os gestores foram questionados sobre o que provavelmente os trabalhadores relatariam nessas entrevistas, foi mencionado cansaço, medo, e sobre a carga horária, além dos impactos e adoecimentos que poderiam ter sido gerados pela pandemia e essa nova rotina de trabalho:

Entrevistado GEST3: “as pessoas estão extremamente cansadas, as pessoas não tiraram férias, os profissionais tiveram que enfrentar tudo isso, alguns vendo os colegas adoecerem, alguns perderam colegas de trabalho que foram a óbito, nós sabemos que teve agente comunitário que foi para a UTI então foi um ano realmente muito pesado para os profissionais de saúde. Além da urgência e emergência, da rede básica também, eles tiveram...tudo isso teve um impacto muito forte para eles.”

Sobre os impactos dos afastamentos e adoecimentos nas equipes, surgiram relatos de como isso influenciou no trabalho e na perspectiva do trabalho do ACS, dos quais especificamente foi mencionado a ocorrência de casos nas equipes e o quanto todos ficaram em pânico:

Entrevistado ACS7: “[...]ficou um clima bem pesado quando começou a afetar a equipe.”

A preocupação até mesmo com os familiares e a possibilidade de contaminar os outros ou de ser contaminado, também apareceu como um fator que impacta e prejudica não só a saúde desse profissional, como seu próprio desempenho:

Entrevistado ACS8: “O trabalho continua o mesmo. Mas, assim, o que acontece é nossa preocupação, eu tenho isso... Essa preocupação de.... Claro, me proteger, né, porque eu tenho família, né. Eu tenho uma... Minha mãe é de terceira idade, eu moro com ela..., Mas eu tenho essa preocupação também de proteger a pessoa. [...] ... É impossível você não ficar pelo menos apreensivo, né. Querendo ou não é uma pandemia que tá acontecendo, que a gente nem conhece muito bem o que vai acontecer, como que ela é, né...”

Sá (2001 p.154) expõe que “Independentemente das condições objetivas em que o trabalho se realiza, a própria natureza do trabalho em saúde – o ter que lidar com a dor, a

morte, o sofrimento, os corpos dos outros – é extremamente ansiogênica e, conseqüentemente, produtora de defesas.”

Como indicado por Dejours (1998) o precário equilíbrio adotado pelas defesas psíquicas do trabalhador frente as intempéries do trabalho, torna o trabalhador vítima do seu próprio trabalho, pois nessa situação não conseguirá alcançar gratificação, somente sofrimento. Quando o desejo é subjugado, o resultado é a produção de sofrimento.

Esse sofrimento não se apresenta de maneira harmônica, segundo Dejours (1993) estão associados a aspectos históricos, ocupacionais e àqueles favoráveis ou não para a vida do trabalhador, pertinentes à própria subjetividade e ao labor. Esse sofrimento no trabalho, pela uma visão da psicodinâmica do trabalho, pode ser expresso através da energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho e se acumula no aparelho psíquico, ocasionando sentimento de desprazer e tensão. Ou ainda, quando o sujeito produz soluções favoráveis para sua vida, especialmente, para sua saúde.

Esse mecanismo muito presente e acentuado na fala dos ACS, ainda pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho, pode nos dizer sobre uma maneira de manter e sublimar o sofrimento no trabalho, ou seja, uma estratégia para tentar manter a normalidade, ou o equilíbrio propriamente dito dentro da dinâmica do trabalho.

5.2.2 Fatores de Proteção Relacionados ao Desgaste Psíquico

Diante do cenário de convencimento dos ACSs, pelos gerentes e gestores, também se viu a necessidade de providenciar esse apoio psicológico para a equipe, que estava trabalhando com horários estendidos, e muitos sem folga ou férias.

Alguns dos entrevistados do grupo de agentes comunitários de saúde, mencionaram que receberam esse apoio e falaram com muita ênfase, sobre o quanto esse suporte foi relevante para atividades das quais precisavam realizar, e também na convivência e no trabalho em equipe. Alguns relataram que o acompanhamento foi feito através de uma conversa em grupo junto com a/o Psicóloga/o do NASF, e para além do contato em grupo, os profissionais da psicologia também estavam disponíveis a livre demanda, caso quisessem um apoio ou suporte psicológico individual.

Entrevistado ACS12: “não sei se foi a gerente, ou a nossa gerente de saúde, ou a apoiadora... que... pediu para a psicóloga ter um dia com

a gente... então, já teve dois encontros desses... então, a psicóloga reservou um dia da agenda dela, e ela veio aqui e a gente fez uma conversa, foi muito bacana o atendimento aqui...”

Alguns gestores mencionaram também um auxílio financeiro, como uma bonificação pelo trabalho exercido em meio a uma Pandemia. Salienta-se que o Sistema Único de Saúde prevê a adoção de ações na área de saúde do trabalhador e que, dessa forma, esses profissionais podem, também, se perceber como cidadãos (OLIVEIRA e NERY, 2019).

Nessa perspectiva, o relacionamento dos ACSs com a equipe da qual faz parte também é crucial, para a manutenção de um bem-estar no ambiente de trabalho, visto que segundo Pupin e Cardoso (2011) a falta de ‘harmonia’ na equipe prejudica o desempenho e a troca com interdisciplinaridade da equipe. Em algumas falas na entrevista foi relatado o trabalho em equipe como colaboração e disponibilidade para ajudar o outro, alguns utilizam até o termo “família” para caracterizar essa relação com outros ACSs e equipe; foi mencionado também o bom relacionamento com a gerência, e em como isso faz a diferença na realização e desempenho das suas atividades, gerando segurança e apoio.

Visto que a motivação ou reconhecimento do seu trabalho também se caracteriza como fator de proteção, vale mencionar o que encontramos nas entrevistas sobre o sentido que o ACS encontra para a sua atuação no território. A fala muito marcada de gratificação, missão de vida, percorre por ACSs com menos tempo na função até os mais velhos, que atuam na Atenção Básica à longa data:

Entrevistado ACS12: “É uma gratificação que não tem como explicar ... [...]é um bem que você faz, sem esperar algo em troca, mas é tão gratificante, a paz interior é tão grande, que eu não sei dizer. O agente de saúde é muito importante. Eu acho que é muito importante nas casas.”

Nas entrevistas o vínculo que o ACS tem com os usuários se apresentou enquanto fator de proteção, que os fazem se sentir como agentes de transformação, através dessa troca eles conseguem um reconhecimento e reafirmação da sua função enquanto não só alguém que leva encaminhamentos e preenche fichas, mas de alguém que tem uma importância e que ver as ações realizadas no seu trabalho enquanto produtora de direitos, que facilita o acesso do indivíduo ao sistema único de saúde e a outros setores que facilitam ou até mesmo trará melhoras para a qualidade de vida daquele indivíduo, usuário.

Todavia na literatura científica estudada, o contato com os usuários muitas vezes aparece como fator que permeia o desgaste psíquico, devido a exposição as intempéries e situações muitas vezes de precariedade, violência, que encontram no território, faz com que os ACSs se deparem com um sentimento de impotência, gerando sofrimento psíquico. Esse resultado apresentado nas entrevistas causa estranheza, mas não descartamos a possibilidade de existir um viés pela forma que o roteiro foi elaborado, ou pelas condições em que as entrevistas foram feitas (através de videochamada, e no local de trabalho desses ACSs).

5.3 Considerações sobre Desgaste Psíquico do trabalhador em Instituições e Serviços de Saúde

Visto que os fatores de risco tanto os fatores de proteção relacionados ao trabalho do ACS em diferentes cenários, ou em diferentes grupos pode se configurar de maneira diferente da qual foi exposta neste estudo, é necessário que salientemos que esse resultado deriva também de um contexto do qual esses trabalhadores estão inseridos, presente na APS. Por isso nos propomos aqui a fazer algumas considerações sobre o exposto, com um olhar mais macro para as situações apresentadas.

Segundo Rosa et al (2012) “a concepção do trabalho do ACS prevê que deve configurar-se por uma postura profissional ativa e mediadora, tanto para a garantia do direito à saúde quanto para a operacionalização dos serviços de saúde”. Entretanto, a fala “romantizada” expressada tanto pelos gestores e gerentes, tanto quanto pelos ACSs coletadas nas entrevistas, nos faz pensar nesse lugar do qual é colocado esse profissional. Tomaz (2002) menciona que o ACS não é um super-herói, afirmam que o seu trabalho deve ser menos romantizado e mais claro e específico.

Dado o exposto faz sentido pensarmos que, segundo Onocko Campos (2014) “a forma como a instituição opera produz modos de subjetivação, efeitos tanto sobre os pacientes, quanto sobre os profissionais. Estes, por sua vez, também são produtores da própria instituição”. Nesta perspectiva é necessário lembrar que os ACSs estão inseridos numa instituição da qual possui sistemas culturais, simbólicos e imaginários, dos quais ‘ditam’ o seu modo de pensar, agir e viver dentro dessa organização, da qual fazem parte da construção do que é “Ser” um Agente comunitário de saúde (ENRIQUEZ, 1989).

Campos (2015) afirma que a Organização resulta, pois, da adesão, mais ou menos voluntária, desses valores instituídos, arranjos e normas. Declarando que a adesão a estas formas Organizadas pode ser mais ou menos autônoma. A reorganização destes arranjos e normas pode ser mais ou menos livremente gerida.

Entre o grupo de agentes comunitários existe uma representatividade coletiva, sobre o que é ser agente comunitário, sobre o que se faz e ainda sobre o que lutam. Representando um sistema de valores compartilhado, do qual se apropriam para enfrentar os desafios diários da sua profissão, que exige se deparar com as condições de sua comunidade diariamente, podendo ou não, gerar sentimento de impotência ou ainda de *salvador* da sua comunidade (ENRIQUEZ, 1989).

Ainda segundo Sá (2001), tal perspectiva considera os indivíduos, os grupos e as organizações como inseridos numa história e numa cultura que os antecede e em parte determina seus comportamentos e dinâmicas – portanto heterônomos, reprodutores – mas também únicos, singulares, criativos, sempre capazes de alguma parcela de originalidade – portanto autônomos, capazes de produção de mudanças (p.63)”. Complementando, Campos (2015) traz que tanto os Sujeitos estão influenciados por estas circunstâncias, quanto, também, as influenciam, modificando-as. Os Sujeitos sofrendo e fazendo a história, ao mesmo tempo.

Para Dejours (1993) o sofrimento no trabalho é inevitável, o que diferencia é a forma como cada trabalhador lida com isso no seu dia a dia. Quais estratégias os indivíduos utilizam para alcançar esse equilíbrio entre o bem-estar e a “loucura” do trabalho? Tendo em vista a importância, e o valor para qual se fala sobre o trabalho do ACS, vemos em alguns discursos algumas estratégias para lidar com esse provável sofrimento, que em muitas falas fica velado por um conformismo, uma habituação com o estado do que já se apresenta no trabalho.

Utilizando do pensamento de Mendes-Gonçalves (2017) para sintetizar esse movimento que se apresenta na prática em saúde dos ACSs, é notável uma confluência de forças que fundamentam o sistema assistencial, do qual esses trabalhadores estão inseridos, que faz parte de um contexto sócio-histórico, que vai inegavelmente influenciar na infraestrutura, nos instrumentos, nos objetos e objetivos desse trabalho. Porém quando o PACS foi implantado, ele foi pensado justamente em atuar em um outro modelo (de uma APS integral e abrangente), para reverter a lógica do modelo biomédico vigente na época, como já mencionamos anteriormente. Todavia, a lógica de trabalho dos ACSs é diferente do modelo que ainda permanece incrustado nas veias do nosso sistema único de saúde. Fazendo com

que eles sejam condicionados a atuar muitas vezes de maneira individualizada e com enfoque clínico. Isso gera sobrecarga e desgaste psíquico, pois não tem lugar na Atenção Básica focalizada, vigente, para uma atuação contrária.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou compreender os fatores que permeiam a saúde do trabalhador, principalmente nesse momento de enfrentamento a covid-19. Através desse estudo de caso, conseguimos perceber como o trabalho na Atenção básica precisou ser readequado em Franco da Rocha - SP, e como os ACSs responderam a essas mudanças. Foi possível entender como as condições das quais esses trabalhadores estão expostos impactam a sua atuação efetiva no território e em como isso reflete na sua saúde física, psíquica e inserção social no trabalho.

Dentre os achados, os principais elencados aqui como fatores de risco na atuação do ACS frente ao desgaste psíquico, podemos citar: medo, insegurança, o modo de organização do trabalho, a própria ameaça iminente de ser contaminado, ver os colegas se afastando e adoecendo devido ao coronavírus. Dentre os fatores de proteção relacionados ao desgaste psíquico, foi essencial aos ACSs de Franco da Rocha terem a oportunidade de ter apoio/suporte psicológico, ter a equipe como suporte, e uma gerência acessível para ajuda-los, e a própria percepção dos ACSs de quanto a sua atuação no território é importante, foram identificados como protetivos diante desse momento.

Tendo em vista que o trabalho em saúde, que antes já era extremamente ansiogênico, se tornou ainda mais adoecedor em meio a Pandemia. As muitas estratégias necessárias para tornar o ambiente o menos insalubre possível para esses trabalhadores, funcionaram mais como uma redução de danos, do que efetivamente uma solução permanente.

Sabe-se pouco ainda sobre as prováveis consequências da pandemia na vida dos trabalhadores em saúde, mas abre-se aqui a possibilidade de efetuar a reorganização do trabalho dos ACS, tendo em vista que o modo de organização do trabalho também gera adoecimento, para que eles integrem a equipe de modo mais participativo, e que se crie para todos espaços de reflexão sobre o seu papel e de decisão compartilhada sobre o trabalho. Esta, é uma medida fundamental para a proteção da saúde do trabalhador: mais democracia, mais participação.

Como limitação principal desse estudo destaca-se o a forma como foram feitas as entrevistas, por vídeo chamada, e sem contato prévio devido a pandemia.

REFERÊNCIAS

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. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1648-1656. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231047/29203> Acessado em 10 set de 2020.

ATLAS. **Franco da Rocha - SP**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL, 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). Brasília: Diário Oficial da União, 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018. Brasília, 2018. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf> acessado em 20 jan 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11350.htm acesso em 20 jan 2021

BEZERRA, Jairon Leite Chaves; LUCCA, Sérgio Roberto de. Fatores psicossociais de estresse no trabalho de agentes comunitários de saúde no município de Parnaíba, Piauí. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 42-59, 2017. Disponível em <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1878> Acessado em 12 de dez 2020.

CAMPOS, GWS. A coprodução de sujeitos e de coletivos: a função Paideia. In: CAMPOS, GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 5ª. edição. São Paulo: Hucitec, 2015, p. 67-85.

CONGRESSO NACIONAL (BR). Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro e 2006, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Congresso Nacional; 2006 [cited 2017 Aug 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11350.htm

CONGRESSO NACIONAL (BR). LEI Nº 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Congresso Nacional; 2018. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm

DANTAS, A. A. G., de Oliveira, N. P. D., dos Santos Silva, M. D. F., & de Sousa Dantas, D. (2020). Condições de saúde e estado Nutricional de agentes comunitários de Saúde no interior do nordeste Brasileiro. *Revista Ciência Plural*, 6(1), 32-43. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17157> acessado em 5 set 2020.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré Editorial, 1998

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. Em: Enriquez et al. A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

FARIA HP, COELHO IB, WERNECK MAF, SANTOS MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde [Internet]. 2nd ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2010. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 122, p. 229-248, Dec. 2010. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200006&lng=en&nrm=iso>.

FERNANDES, Gilmara Aparecida Batista et al. Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2018. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55918/pdf> acessado em 7 de jan 2021

GARCIA, ACP; Lima, RCD; Lima EFA, et al. Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. 2019.11(n. esp):339-344. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.339-344> acessado em 20 de nov 2020

GIOVANELLA, L., Mendonça, M. H. M. D., Buss, P. M., Fleury, S., Gadelha, C. A. G., Galvão, L. A. C., & Santos, R. F. D. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saúde pública*, 35, e00012219. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf> acesso em 10 set 2020

GIOVANELLA, L., & Mendonça, M. H. M. D. (2009). Atenção primária à saúde. In *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 575-626).

LINO, Mônica Motta et al. PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26375>>. Acesso em: 11 dec. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26375>.

LUCENA, Fabiana Santos. O que pode Um Agente Comunitário de Saúde? Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo - 2013.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. 4185-4195, Oct. 2020 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804185&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Dec. 2020. Epub Sep 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

MALCHER, CMSR, Tembra AL, Amorim FC, Souza TRM, Pessoa MS. Fotoproteção em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Belém-PA. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019;14(41):1798. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1798](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1798) acesso em 20 set 2020

MELO, E. A., MENDONÇA, M. H. M. D., OLIVEIRA, J. R. D., & ANDRADE, G. C. L. D. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42, 38-51 acesso em 08 ago 2020

MENDES-GONÇALVES, RB. Prática de Saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, R. de C. M.; SANTOS, L. Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. 1ª ed. São Paulo, SP: Hucitec; Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2017, p. 192-250.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec; 2010

NISIHARA R, Santos JC, Kluster GM, Favero G, Silva AB, Souza L. Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná. *Rev Bras Med Trab*.2018;16(4):393-399 disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236350/31345> acesso em 10 ago 2020

OLIVEIRA, Juliana da Silva; NERY, Adriana Alves. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1503-1512, 2019. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238995/32321> acesso 18 nov 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata [Internet]. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde; 1978 [acessado em 05 nov. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

OPAS/OMS. **Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-americas&Itemid=812. Acesso em: 11 dez. 2020

ONOCKO CAMPOS, R. Sejam heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental. In: ONOCKO CAMPOS, R. *Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces*. 2ª. edição. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 148-172.

PRADO M. et al. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: análise de situação de saúde (2011-2017), no prelo.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 141-152, marzo 2012 . Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 enero 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Fazer de “soldadinho”: as dificuldades no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Psico*, v. 42, n. 1, 12 jan. 2011. Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6211> acessado 5 jan de 2021

RIQUINHO, D. L., Pellini, T. V., Ramos, D. T., Silveira, M. R., & Santos, V. C. F. D. (2018). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 163-182. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S19817462017005005101&script=sci_arttext&tlng=pt>. acessos em 15 jan. 2021. Epub 11-Dez-2017. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>.

SA, Marilene de Castilho. **Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.1, pp.151-164. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100013>. Acessado em 15 de jan 2021

SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos; KRUG, SUZANE BEATRIZ. Agente comunitário de saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280403, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280403>. acesso em 10 jan 2021

SANTOS, D. S. D., Pereira, R. S. F., Almeida, M. C. D. S., Oliveira, F. S., Rocha, M. D. S., Souza Filho, Z. A. D., ... & Soares, A. P. G. (2019). Acidentes ocupacionais com agentes comunitários de saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*, 401-407. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236350/31345> acesso 10 dez 2020

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 75-83, 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf> acesso em 10 jan 2021

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015.

SEADE. **Perfil Municipal**. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – SAPS (Ministério da Saúde). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. 2020a. 33p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200320_ProtocoloManejo_ver03.pdf>

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – SAPS (Ministério da Saúde). Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Recomenda%20ACS%20COVID19.pdf>>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; COSEMSSP - Conselho de Secretários Municipais De Saúde. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19. 2ª versão. 2020. 34p. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/organizacao_das_acoes_na_aps_junho_2020.pdf>

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Para Gestores

1. Do ponto de vista ideal, como você entende o papel da atenção básica no SUS e o papel dela no enfrentamento da COVID-19?
2. Do ponto de vista ideal, como você entende que seria o papel do ACS no enfrentamento a pandemia?
3. Como você avalia as recomendações do Ministério da Saúde acerca da organização da APS no enfrentamento à pandemia?
 - a. E sobre o trabalho dos ACS?
4. Para você, quais eram as características da APS do município nos meses imediatamente anteriores à pandemia?
5. Com a pandemia, quais foram as estratégias implementadas para a AB?
 - a. Com relação aos ACS, alguma estratégia foi implementada?
 - b. Quais foram as diretrizes estabelecidas para orientar o trabalho deles durante a pandemia?
 - c. Que instrumentos de trabalho (ferramentas tecnológicas, equipamentos e orientações) foram disponibilizados no contexto da pandemia?
 - d. Houve contratação e capacitação de profissionais neste período?
 - e. Quais tipos de apoio você recebeu para formular as estratégias da SMS para a COVID-19?
 - i. Ministério da Saúde
 - ii. OMS
 - iii. SMS
 - iv. Outras secretarias do município
6. Você poderia destacar algum exemplo de atuação das equipes durante a pandemia?
7. Lista de exemplos: Fast tracking; Readequação de fluxo para pacientes suspeitos; Busca Ativa; Orientação e Monitoramento de pessoas/famílias em isolamento domiciliar; Orientação da população em geral; Visita domiciliar (peridomiciliar); Treinamento sobre uso de EPI, de máscara e higienização das mãos; Busca ativa de sintomáticos e contactantes; Identificação e Apoio às famílias mais vulneráveis; Teleatendimento.
8. Também entrevistaremos os gerentes de UBS e agentes comunitários sobre o trabalho realizado por eles durante a pandemia, o que você acha que eles vão destacar?
9. Em quais recomendações técnicas você se baseou para a elaboração dessas estratégias?
10. Na prática, como você considera que ocorreu a atuação da AB no enfrentamento à COVID-19?
11. Quais pontos críticos e positivos da rede você passou a identificar desde o início do combate à COVID-19?
12. Quais são as principais devolutivas que os trabalhadores da AB têm feito à gestão? (feedbacks, demandas, canais de comunicação entre gestão e trabalhadores).
13. Como você avalia o trabalho realizado aqui no município pelos ACS para o enfrentamento à pandemia? (dificuldades e avanços).
14. Na sua avaliação, como você acha que a SMS conseguiu lidar com a diferentes demandas, recomendações e pressões de outros setores da gestão municipal com as do Estado e do Ministério da Saúde?

APÊNDICE C – Roteiro De Entrevista Para Gerentes

1. Qual sua formação acadêmica?
2. Qual a função e há quanto tempo a exerce?
3. Qual função você exercia antes da coordenação?
4. Quantas equipes você coordena atualmente?
5. Há quanto tempo trabalha com essa(s) equipe(s)?
6. Qual a composição das equipes? Há falta de algum profissional no momento? Se sim, qual e há quanto tempo?
7. Qual a população adscrita? Quais são as principais características dessa população?
 - a. Pergunta complementar: Vocês costumam trabalhar com a construção do Mapa? Como esse Mapa é elaborado e atualizado?
 - b. Se não, o que utiliza para delimitação e caracterização do território?
8. O que destacaria do trabalho das equipes, antes da pandemia? Quais eram os principais desafios?
9. Como estavam organizadas as reuniões de equipe? (Quem participava? Com qual periodicidade? Quais eram as pautas?) E como estão agora?
10. Como eram realizadas as visitas domiciliares? (Quem fazia? Para quem? Com que frequência?) E como estão agora?
11. Quando foi confirmado que existia casos comunitários e que seria preciso adotar o protocolo de segurança, qual foi a reação da equipe? e dos ACS's?
12. Com a Pandemia, quais medidas foram tomadas para organizar o trabalho da equipe da sua unidade?
 - a. Pergunta complementar: e para organizar o trabalho dos acs?
13. Como era o trabalho dos ACS's e como tem sido?
14. Como é feito o acompanhamento do trabalho deles (ACS's)?
 - a. Pergunta complementar: São estipuladas metas? Se sim, qual(is)?
15. Quais medidas foram tomadas para a saúde do trabalhador?
16. Em relação aos afastamentos de licença médica, houve alguma alteração com a Pandemia? Quais? E quais são as causas desses afastamentos/motivo?
17. Como você acredita que ficarão as práticas em saúde após a pandemia?
 - a. em relação a utilização de recursos digitais, qual o seu impacto na rotina de trabalho da ubS e na saúde dos trabalhadores?
18. Quais são as principais devolutivas dos trabalhadores da sua unidade?

APÊNDICE D – Roteiro De Entrevista Para Acs

1. Há quanto tempo você exerce essa função?
2. Qual seu nível de escolaridade?
3. Reside na mesma região na qual exerce sua função?
4. Como foi sua chegada no serviço?
 - a. Quando você ingressou na função como foi a preparação para o desempenho das suas atividades?
5. Como era a sua rotina de visitas antes da pandemia? Você pode descrever como era normalmente uma visita sua de rotina?
 - a. Com que frequência você faz as visitas?
 - b. Em que condições você fazia isso (sozinho ou com equipe)?
 - c. Qual o objetivo da sua visita?
 - d. Quais eram as ações realizadas no território além das visitas?
6. Como você entende a importância das visitas que você faz?
7. Como é o território que você atende?
 - a. Como é trabalhar nesse território? (compreender a relação criada entre os problemas que são apresentados no território e as ações da equipe de saúde)
 - b. Desafios e pontos fortes do seu trabalho no território
 - c. Importância do seu trabalho no território
 - d. Como é essa população que você atende no território (características da população, vulnerabilidades, perfil sociodemográfico)?
8. Para você, como é trabalhar como Agente Comunitário?
 - a. Trabalho com usuários
 - b. Trabalho com o gerente/coordenador da UBS
 - c. Trabalho com a própria equipe
 - d. Trabalho com outros setores
9. Quando foi confirmado que existia casos comunitários de COVID-19, qual foi a sua reação?
10. Como tem sido para você trabalhar como ACS durante a pandemia?
 - a. Trabalho com usuários
 - b. Trabalho com o gerente/coordenador da UBS
 - c. Trabalho com a própria equipe
 - d. Trabalho com outros setores
11. Como está o clima da equipe? Você percebeu alguma diferença agora durante a pandemia?
 - a. Afastamentos por adoecimento/licença médica
12. Você tem recebido EPI para atuar no município? (máscara, álcool gel, etc).
13. Você tem recebido algum outro tipo de apoio?
14. Como ficou a sua rotina de trabalho após o início da pandemia?
 - a. Foi disponibilizado algum material/recurso de trabalho que não era utilizado antes (uso de celular, telefone, protocolo)?
 - b. Como foi o treinamento/ orientação para atuar no território e atender os usuários?
15. Como você acha que vai ficar o seu trabalho daqui pra frente?