



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JÉSSYCA DO COUTO CAMPOS DE JESUS

**ADOCIMENTOS, EVENTOS E AGRAVOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Brasília

2014

JÉSSYCA DO COUTO CAMPOS DE JESUS

**ADOCIMENTOS, EVENTOS E AGRAVOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Brasília

2014

JÉSSYCA DO COUTO CAMPOS DE JESUS

**ADOCIMENTOS, EVENTOS E AGRAVOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Data de Defesa: 04/12/2014

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Profa. Dra. Aldira Guimarães Duarte Dominguez
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Aos meus pais, a quem devo a minha eterna gratidão.

A todos os sanitaristas, futuros sanitaristas e demais profissionais da saúde que se interessarem pelo tema.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser o senhorio da minha vida e me ajudar a chegar até aqui e a Sua amada Mãe, Nossa Senhora por toda proteção e amor incondicional.

Aos meus amados pais e irmão por todo amor, compreensão e acreditação, sempre ajudando com palavras positivas e confiando na minha capacidade, mesmo quando minhas forças já não se faziam tão presentes.

Aos meus avôs a quem tenho total admiração e carinho, por toda força e palavras de incentivo recebidas.

Aos meus familiares e amigos, mesmo durante as minhas ausências, por todo companheirismo recebido ao longo dessa jornada.

A Universidade de Brasília, que a quatro anos atrás, abriu as portas desse grande universo de aprendizagens, experiências e oportunidades para que eu também pudesse fazer parte.

As amigas construídas durante o período de graduação, que contribuíram com minha formação a partir das trocas de experiências, novas descobertas e, sobretudo por todo companheirismo mesmo diante das situações difíceis e pelos agradáveis momentos de descontração que proporcionaram contagiante risadas.

A Profa. Mariana Sodário Cruz, a quem tenho grande admiração, pela oportunidade de tê-la como orientadora. Por toda ajuda, ensinamentos e paciência durante esse curto, porém, enriquecedor período de construção do estudo, meu muitíssimo obrigada.

Aos professores Aldira Guimarães Duarte Dominguez e Everton Nunes da Silva, pela disponibilidade em fazer parte da banca e pelas contribuições pessoais acerca do trabalho.

E a todos os professores, meu eterno agradecimento por todo empenho e bagagens passadas durante a graduação os quais trouxeram grande aporte para o meu crescimento e amadurecimento tanto profissional como pessoal. E aos demais servidores, por todos os serviços prestados e colaboração para que esse ambiente acadêmico se tornasse um espaço ainda mais prazeroso e proveitoso.

*“O melhor dos ensinamentos pode vir daquele
que imaginava não ter nenhum conhecimento”
Autor Desconhecido*

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais inseridos no sistema público de saúde e responsáveis por contribuir com a qualidade de vida da comunidade, a partir da criação de vínculo com os sujeitos da área adstrita, da prestação de assistência através de visitas domiciliares, cadastro e encaminhamento das famílias às unidades. O presente trabalho teve como objetivo analisar as doenças e agravos relacionados ao exercício da profissão de agentes comunitários de saúde no Brasil, apontando os fatores associados ao processo de trabalho, através de uma revisão sistemática. Foram utilizadas cinco bases de dados (LILACS, MEDLINE, BDENF, SCIELO e Redalyc) e os artigos foram submetidos ao *checklist* STROBE. Dez artigos permaneceram no estudo, pois condiziam com a questão norteadora e critérios de inclusão. Os resultados apontaram que os problemas psicológicos são os que mais afetam a saúde dos agentes, sendo também constatada a presença de problemas físicos e violências, influenciados pelo processo de trabalho e por aspectos ambientais. Desta forma, conclui-se que muitos são os fatores relacionados ao trabalho que comprometem a saúde dos agentes comunitários de saúde e que podem trazer consequências tanto para o trabalho desempenhado, quanto para sua qualidade de vida. Deve-se pensar maneiras de minimizar esses achados e propiciar maior assistência à saúde e segurança a esses profissionais, realizando mais pesquisas que abordem o processo de trabalho e os adoecimentos provenientes desse processo, em outras dimensões que não foram contempladas pelo presente estudo. Vale ressaltar que propiciar uma educação continuada, que atenda as fragilidades e necessidades vivenciadas pelo ACS, pode ser uma maneira a garantir a saúde desse trabalhador na sua integralidade, bem como vislumbra-se a necessidade do aprimoramento das políticas públicas existentes.

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

ABSTRACT

The Community Healthcare Agents are professionals involved in the public health system and responsible for contributing to the community's quality of life, from linking to with the people from astricted area, the provision of assistance through home visits, registration and refer families to healthcare units. This study aimed to analyze the labor related illnesses of community healthcare agents in Brazil, pointing to factors related to the labor process through a systematic review. Five databases were used (LILACS, MEDLINE, BDENF, SCIELO and Redline) and the articles submitted to the STROBE checklist. Ten articles remained in the study, for the reason that as matched the guiding question and inclusion criterias. The results showed that psychological problems are the ones that affect most the health of the agents, and also found the presence of physical problems and violence, influenced by the work process and environmental aspects. Thus, can be concluded that there are many factors related to work that compromise the health of community healthcare agents and can bring consequences for the work performed, as to their quality of life. Should think of ways to minimize these findings and provide greater assistance to health and safety to these professionals, conducting more research about the work process and the illnesses from this process, in other dimensions that were not dealt with in this study. It is noteworthy that provide continuing education that meets the weaknesses and needs by the ACS, can be a way to ensure the health of workers wholly, and sees the need of improvement of public policies.

Keywords : Community Healthcare Agent; illness; occupational health;

LISTA DE ABREVIACOES

ACE- Agentes Comunitários de Endemias

ACS- Agente Comunitário de Saúde

BDENF - Base de dados de enfermagem

DECS – Descritor em Ciências da Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde,

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PICO – Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes*

PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégia PICO.....	33
Quadro 2. Levantamento inicial de artigos de acordo com descritores selecionados no banco de dados da BVS, Scielo e Redalyc, Setembro-Outubro, 2014.	42
Quadro 3. Distribuição dos artigos pré-selecionados, segundo título, base de dados disponível, periódico e ano de publicação, Setembro-Outubro, 2014.....	44
Quadro 4. Distribuição dos artigos selecionados, segundo autores, título, tipo de estudo, estado e região de realização e média STROBE, Setembro-Outubro, 2014.	49
Quadro 5. Categorização dos resultados obtidos, Setembro- Outubro, 2014.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), 2007.....	37
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática, Setembro-Outubro, 2014.	41
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1. Objetivo geral	17
3.2. Objetivos Específicos	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1. Saúde do trabalhador	18
4.2. Direitos garantidos com base na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.....	20
4.3. A importância do Agente Comunitário de Saúde.....	23
4.4. Peculiaridades da atuação do ACS.....	28
5. METODOLOGIA	32
5.1. Tipo de pesquisa.....	32
5.2. Estratégia PICO	32
5.3. Procedimentos para coleta de dados.....	33
5.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	34
5.5. Análise dos dados	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

1. INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) compõem um grupo de profissionais da saúde responsável por, juntamente com os demais trabalhadores das unidades de saúde nos quais estão inseridos, contribuir com a qualidade de vida da comunidade. Essas ações são realizadas por meio da prestação de assistência, tendo como premissa a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de visitas domiciliares, cadastro e encaminhamento das famílias às unidades, sendo verdadeiros elos do contato dos pacientes com os demais profissionais inseridos no sistema. Os ACS também realizam orientações sobre educação em saúde e hábitos saudáveis, fazem o monitoramento das situações de risco e estimulam a comunidade a participar das questões direcionadas às ações em saúde. Além disso, ao irem ao encontro dos pacientes, os ACS têm a possibilidade de identificar as necessidades apontadas pelos usuários e observar demais fatores que podem estar relacionados com o problema apresentado ou vir a contribuir com o aparecimento de outros. Podem ser descritos, nessa dimensão, como a base do SUS, por estarem desempenhando o papel estratégico na consolidação do modelo curativo, hospitalocêntrico de atenção para um modelo domiciliar baseado na promoção da saúde.

Para atender essas demandas e como critério para a inserção na profissão, o agente deve residir na localidade onde prestará os serviços, requisito bastante interessante quando se pensa em um profissional da saúde inserido na comunidade não só como trabalhador, mas como morador, tendo uma maior familiaridade e conhecimento a respeito das demandas e necessidades da população.

Considerando a perspectiva histórica da profissão, vale ressaltar que ela surgiu a partir do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, baseado em experiências anteriores ocorridas no Ceará que, conforme afirma Faria et al. (2008, p.70), “permitiu mais veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS”. O estado do Ceará, a partir do modelo de assistência adotado para suprir os problemas emergenciais de saúde que o atingiam, sobretudo as classes sociais mais baixas, consagrou-se como uma referência para o desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ÁVILA, 2011).

O PSF foi criado em 1994, com o objetivo de ampliar as ações e serviços disponibilizados na atenção básica. Era, e ainda é, composta por uma equipe formada por multiprofissionais (entre eles médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde), cada profissional trabalhando de acordo com suas especificidades, mas de modo complementar, com objetivo de ofertar aos usuários do SUS um serviço integral e de qualidade.

A mudança de PSF para ESF se deu, principalmente, devido ao fato de o PSF buscar reorganizar os serviços de saúde sem que houvesse um período determinado para seu desenvolvimento ou encerramento, fato peculiar ao conceito de um programa em saúde. Para evitar essa confusão de conceitos e reforçar a mudança do modelo assistencial, o PSF tornou-se uma estratégia, a ESF. Assim, a ESF dá continuidade aos objetivos do PACS, mas como um programa mais abrangente expandindo para outros estados e municípios brasileiros.

O Agente Comunitário de Saúde está diretamente enquadrado nessa nova lógica assistencial, já que tem como premissa ir ao encontro das necessidades da comunidade, esclarecendo as dúvidas pertinentes e fazendo o encaminhamento conforme cada caso em questão. Entretanto, analisando as especificidades do histórico da profissão e também de sua atuação, percebe-se que essa classe profissional pode apresentar diferenças importantes em relação a outros profissionais também inseridos na ESF, principalmente em relação ao processo de trabalho desempenhado, com possibilidades de adoecimentos e agravos distintos de outras categorias, com necessidade de ações diferenciadas para seu manejo.

Para elucidar esse ponto, faz-se necessário compreender de que adoecem os ACS no Brasil, além dos agravos possíveis no exercício da profissão. Essa problematização se consolida de fundamental importância, principalmente em se tratando de profissionais intimamente envolvidos com a população e constantemente expostos a uma série de situações e variáveis ambientais potencialmente de risco à saúde, além das características próprias dos seus trabalhadores, tais como traços sociais e demográficos.

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo é de fundamental importância ao campo da Saúde Coletiva, pois se faz necessário que futuros gestores tenham um olhar mais atencioso às questões que dizem respeito à saúde dos trabalhadores, especialmente daqueles que estão diretamente envolvidos com o cuidado, trabalhando em prol da garantia e melhoria da saúde dos indivíduos.

Apesar das inúmeras categorias profissionais que também poderiam se inserir nesse estudo, optou-se em estudar os agentes comunitários de saúde porque estes se diferem dos demais profissionais por realizarem uma atividade inversa, ou seja, em vez de esperarem os pacientes procurarem pelos serviços de saúde, vão ao encontro da comunidade e suas necessidades, sendo um profissional essencial para se estabelecer um modelo de assistência que permita uma maior aproximação profissional-usuário, rompendo o distanciamento que muitas vezes é construído dentro da unidade. Estudar o processo de adoecimento desse profissional se faz necessário, pois, diariamente, o agente comunitário de saúde está envolvido com ações em prol da saúde da comunidade, enquanto que a própria saúde pode não ser priorizada e os cuidados sendo tomados somente quando há algum problema instalado.

Além disso, outros fatores foram determinantes para a escolha do tema: o enorme apreço da autora em olhar e cuidar do próximo e de suas necessidades, despertado antes mesmo da graduação e ansiado através da realização de trabalhos voluntários e reforçado nas disciplinas cursadas, além da participação em projeto voltado à saúde do trabalhador, que trouxeram grandes aprendizagens e encantamento e geraram forte impacto na decisão do grande protagonista desse estudo, os Agentes Comunitários de Saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar as doenças, agravos e eventos relacionados ao exercício da profissão de agentes comunitários de saúde no Brasil e os fatores associados ao processo de trabalho.

3.2. Objetivos Específicos

- Listar os agravos relacionados ao trabalho dos agentes comunitários de saúde no Brasil, segundo a literatura nacional;
- Elencar os eventos e as doenças desencadeadas pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde, citadas pela literatura nacional;
- Descrever os principais agravos, eventos e adoecimentos dos agentes comunitários de saúde e relacioná-los ao processo de trabalho desempenhado por essa categoria profissional no Brasil.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Saúde do trabalhador

A Saúde do Trabalhador constitui uma área de fundamental importância no SUS, por ter como premissa oferecer aos trabalhadores uma assistência integral no seu processo de saúde e doença, seja por meio de medidas de promoção, prevenção ou reabilitação. A saúde é assegurada pela Lei Orgânica 8.080/1990 como um grupo de operações desde ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde, com intuito de contribuir para que haja uma boa recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a inúmeros fatores prejudiciais a saúde decorrente do tipo de trabalho executado bem como das condições as quais estão expostos.

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma os pontos acima no momento em que diz:

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (BRASIL, 2001a).

Durante muitas décadas o direito a saúde foi associado ao *status* do indivíduo, isto é, recebia cuidados apenas a parcela da população que o governo entendia como merecedora. O direito a saúde era voltado apenas para as classes altas da sociedade e, algumas classes trabalhadoras que contribuíam com a previdência, não recebiam a integralidade da assistência que se preconiza hoje na Constituição. A transição do modelo previdenciário para o SUS foi histórico na maneira de se compreender o modelo de atenção à saúde atual, pois o cuidado prestado anteriormente olhava apenas para a doença, não priorizando no que poderia ter desencadeado o problema, nem tampouco como preveni-lo.

A sociedade por muitos anos tem passado por diversas transformações, avanços e desafios, desde a Reforma Sanitária com as inúmeras lutas de grupos sociais pelo direito universal a saúde independentemente de classe social, tipo de trabalho ou quaisquer outros privilégios que impedisse o acesso à saúde para toda população. A conquista do Sistema

Único de Saúde que se tem atualmente é prova de todo esforço da sociedade pela garantia de seus direitos.

O Sistema Único de Saúde garantido pela Constituição deve ser compreendida como um direito assegurado a todos os cidadãos e tem sido uma conquista fundamental, principalmente quando se discute a importância da saúde do trabalhador. No momento atual, têm esse direito não só aqueles com direitos garantidos pela previdência social, mas de todas as pessoas residentes no Brasil ou que estejam dentro do território nacional, recebendo cuidados não somente diante do problema já instalado, mas também priorizando ações continuadas que ajudem na preservação do bem-estar do indivíduo, uma vez que, a saúde envolve todo contexto em que a pessoa está inserida. No caso dos trabalhadores, desde suas ações pessoais à vida social e profissional, incluindo o ambiente e as situações que diariamente estão inseridos.

Em relação aos trabalhadores, há que se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos Processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001b).

Em vista disso, a saúde e o bem-estar, pontos cruciais para a qualidade de vida individual e coletiva é um direito assegurado a todos os cidadãos conforme preveem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que regulamentou o Sistema Único de Saúde. Por isso, devem-se propiciar condições favoráveis à eliminação bem como ao controle de doenças e agravos juntamente com a oferta de assistência que além do olhar sobre a doença, permita a realização de ações que visem a minimizar e prevenir o surgimento de agravos à saúde.

Nesse sentido, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) assume importante papel na saúde do trabalhador:

É uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A compreensão do processo saúde doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 822).

4.2.Direitos garantidos com base na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Antes de discorrer a respeito das Políticas criadas para a saúde do trabalhador é importante fazer uma retomada sobre o que são as políticas públicas e o seu grau de importância para a sociedade. Desde os conteúdos de história ministrados durante a formação escolar, as políticas públicas já se faziam presente ainda que não tão aprofundadas.

Rodrigues (2010, p.13) traz que a Política pública “é o processo pelo qual os diversos grupos que compõem a sociedade – cujos interesses, valores e objetivos são divergentes – tomam decisões coletivas, que condicionam o conjunto dessa sociedade [...] e se convertem em algo a ser compartilhado”.

É interessante observar como esse termo, políticas públicas, se insere em várias situações do cotidiano e muitas vezes não é percebido. Há várias políticas voltadas para o idoso, a gestante, a criança, a utilização de álcool e outras drogas, saúde da mulher e várias outras que a partir de diferentes pontos de vistas e opiniões busca através da formulação das políticas, estabelecer questões que visem o bem comum do público para o qual a política é dirigida. Nesse sentido, as Conferências Nacionais de Saúde trouxeram, ao longo dos anos, significativos avanços para a conquista do que se tem hoje na saúde. Esses avanços foram sendo alcançados gradativamente e, a cada Conferência uma nova oportunidade de debater e discutir sobre a formulação das políticas públicas de saúde.

Em 07 de novembro de 2011, foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) tendo como objetivos “a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011a).

A criação dessa política foi um grande marco dos direitos garantidos aos trabalhadores, pois se constituiu por meio do trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego e foi um grande auxílio para a criação da política voltada para a saúde do trabalhador (BRASIL, 2011b).

Propiciar condições de trabalho que permita a realização dos serviços de forma segura, promovendo a orientação de cuidados que devem ser tomados com a saúde, juntamente com todo suporte necessário desde esclarecimentos de dúvidas, ao fornecimento de informações sobre a importância que determinadas ações tomadas podem trazer para evitar o aparecimento de doenças ocasionadas pelo trabalho, bem como a presença de acidentes pela falta da adoção

ou do cuidado com simples medidas que podem influenciar na qualidade de vida dos trabalhadores é fundamental.

Dessa forma, Martinis e Chaves (2007) trazem observações bastante interessantes quanto ao modelo de atenção que se tem no Brasil e que conseqüentemente acaba gerando efeitos sobre os trabalhadores:

As experiências, na atenção básica no Brasil, têm presenciado a subordinação dos modelos à doença e à intervenção médica individual, submersos em estruturas de organização técnica e administrativa, colocadas e recolocadas a serviço desse ideário, praticamente, isentos de discussões democratizadas que pudessem expandir-se e efetivar-se a ponto de captar as reais necessidades de usuários e trabalhadores (MARTINIS; CHAVES, 2007, p. 427).

Outro ponto importante é que por mais que a sociedade tenha várias diferenças culturais, regionais e, sobretudo pessoais e livre arbítrio para ir e vir, assim como para se expressar, é necessário estabelecer algumas questões a serem seguidas, sejam obrigações ou direitos, a fim de minimizar as diferenças sociais no que diz respeito às desigualdades presentes na sociedade.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora assegura a todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, 2012).

Em seu oitavo artigo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora traz:

Se deve garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede. (BRASIL, 2012).

O ambiente de trabalho para a maioria dos trabalhadores funciona como uma segunda casa, pois geralmente é onde passam a maior parte do dia. No entanto, nem sempre o local tem condições adequadas para acomodá-los, nem tampouco é feito investimentos em um ambiente mais salubre para o bem-estar dos indivíduos, preocupando-se na maioria dos casos apenas com o nível de produção que o trabalhador é capaz de atingir.

O trecho abaixo de Lara (2011) assegura que:

O trabalho, no modo de produção capitalista, é determinado pelo processo de produção, no qual acidentar e adoecer são resultantes de relações sociais em que o trabalhador torna-se apêndice da máquina. O trabalho que deveria gerar prazer, felicidade, na ordem do capital, causa fadiga, doenças, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. Muitos acidentes de trabalho, quando não matam, podem deixar mutilações e dependências (LARA, 2011, p. 79).

Os argumentos utilizados acima fortalecem a ideia de que o modo em que é estabelecido o processo de trabalho incluindo o convívio diário, as relações interpessoais, as condições do local de trabalho e o período de serviço refletem diretamente na saúde dos trabalhadores.

Por isso quando se pensa em meios de propiciar boas condições de saúde, deve-se levar em consideração o ambiente que o trabalhador está inserido, juntamente com os riscos que o trabalho oferece e saber dos trabalhadores se os direitos mínimos estão sendo respeitados e o quão satisfeito estão com o trabalho e com a equipe, já que a relação entre os profissionais pode influenciar tanto no nível de produção como na aceitação e procura dos serviços.

Portanto, condições salubres de trabalho são essenciais para que, além de contribuir para o alcance de bons resultados de produção evite que haja acidentes ou prejuízos à saúde dos trabalhadores tendo estes que se afastem do trabalho por conta dos malefícios ocasionados pelo exercício das atividades executadas, seja em longo prazo ou não. Tendo sempre que ser oferecido aos trabalhadores os materiais e equipamentos necessários para evitar acidentes.

Vale ressaltar que quando há o afastamento de um trabalhador proveniente do trabalho, os custos para a instituição e para o Estado, esse último representado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) são enormes. Para as instituições, entre as consequências desse afastamento está a contratação de funcionários/empregados temporários para preencher a vaga do funcionário/empregado afastado, enquanto que ao INSS recai o dever de assegurar ao funcionário/empregado que precisou se ausentar por problemas de saúde, a concessão de todos os benefícios que lhes são de direito.

No Brasil, uma parte substancial dos custos diretos com acidentes de trabalho recai sobre o Ministério da Previdência Social que, por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), tem a missão de garantir o direito à previdência social (SANTANA et al., 2006, p.1006).

Com isso, o aumento de gastos para a instituição e conseqüentemente para a economia do país, é bastante significativo e poderiam ser prevenidos se houvesse maior investimento na qualidade de vida do trabalhador ao desempenhar suas atividades. Oferecer maior assistência durante todo período de trabalho desde a contratação até cada atividade desempenhada evitaria que, após algum tempo de trabalho houvesse prejuízos ou perda de rendimento do profissional e conseqüentemente seu afastamento.

4.3. A importância do Agente Comunitário de Saúde e Peculiaridades em sua atuação.

A profissão de agente comunitário de saúde foi criada em 2002, através da Lei 10.507 (BRASIL, 2002). Posteriormente, foi revogada pela Lei nº 11.350, de 2006 (BRASIL, 2006). O texto atual vigente indica todas as competências que cabem a esse profissional, criado exclusivamente para trabalhar no SUS, a fim de contribuir com maior efetividade nas ações de saúde que são oferecidas à população. No artigo terceiro da lei citada acima diz que:

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

Trata-se de um trabalhador formal, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, como vem descrito, no artigo oitavo da Lei 11.350/06 a respeito do vínculo empregativo desse trabalhador:

Os Agentes Comunitários de Saúde admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a lei local dispuser de forma diversa (BRASIL, 2006).

Em discordância com o que versa a Lei 11.350/06, Côrrea, Pfeiffer e Lora (2009) vêm questionar alguns pontos importantes, pois observaram que lacunas precisam ser melhor revistas. Entre essas lacunas, destacam que poderia haver a separação da lei para as diferentes categorias profissionais abordadas por ela, isto é, uma direcionada aos ACS e outra aos Agentes Comunitários de Endemias (ACE), pois, apesar de ambos trabalharem diretamente na comunidade, os objetivos e ações que executam são completamente distintas.

Esta lei de 2006, apesar de revogar a anterior de 2002, que criava a profissão de agente comunitário de saúde, em nenhum momento fala de profissão, apenas de atividades, inclusive descrevendo-as no “Parágrafo único”, o que não existia na lei anterior. Mesmo o texto trazendo a distinção entre o agente comunitário de saúde

(ACS) e o agente de combate às endemias (ACE), coloca-os juntos, apesar de diferentes, na mesma lei. Também não são listadas as atividades dos ACE como no caso dos ACS (CÔRREA, PFEIFFER E LORA, 2009, p. 188-189).

Apesar disso, a profissão do ACS é diferenciada das demais profissões de saúde, devido o papel desempenhado pelos agentes e os requisitos exigidos, estando entre eles, residir na área em que atua e participar de um curso introdutório, que na lei traz que deve ser de forma introdutória e continuada, mas ao se observar na prática, não há a continuidade dessa formação ou não é totalmente satisfatória.

Entre as atividades que são da incumbência desse profissional, destaca-se:

Paragrafo único: São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação: I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Atuar diretamente na localidade onde reside possibilita a identificação mais precisa dos agravos à saúde que estão presentes no ambiente, bem como a identificação do perfil da população, fator este que pode contribuir para a agilidade do trabalho do ACS ou gerar sobrecarga, devido a proximidade que se tem com a comunidade, em tempo integral.

Além disso, cada um dos ACS é responsável por determinada área de abrangência, na qual têm que cadastrar as famílias e realizar as visitas mensais, dessa forma, atuando diretamente na comunidade indo ao encontro às pessoas e as suas necessidades.

O agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel singular, ao se constituir um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população” (GAVALOTE et al., 2011, p. 232).

Com isso, observa-se que dentre as possibilidades de crescimento e desenvolvimento do trabalho, a construção de vínculos, a comunicação, a valorização profissional, tanto por parte da equipe como também da comunidade, são pontos cruciais, juntamente com a confiança, pois possibilita que o contato com a população seja mais aberto contribuindo para que haja um conhecimento aprofundado sobre a realidade e a necessidade dos indivíduos e de suas famílias, facilitando a prestação da assistência.

Em um estudo realizado por Brand, Antunes e Fontana (2010) pôde-se notar que:

Os ACS tornaram-se, ao longo dos anos, uma figura importante para a qualidade do cuidado solidário e humanizado em saúde realizado pela esfera pública. Conhecer seu trabalho, especialmente as dificuldades e facilidades a esse relacionadas, podem ser instrumentos auxiliares na articulação de ações que garantam qualidade de vida, eficácia e eficiência no desempenho de suas funções (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010, p.42).

O reconhecimento do trabalho por parte da equipe e principalmente da população faz com que os ACS sintam-se valorizados e tenham a auto-estima elevada por verem que há uma devolutiva dos demais atores envolvidos. Esse fato pode ser constatado nas afirmações de Lara, Brito e Rezende (2012, p. 679) “O sucesso das orientações e das práticas educativas apontadas pelos ACS confere significado ao seu trabalho e eleva sua auto-estima e reconhecimento social, contribuindo para a consolidação de sua identidade social”.

Esse profissional “busca fazer adaptações necessárias a cada situação encontrada, conciliando experiências pessoais e práticas alternativas que fazem parte do seu universo cultural” (LARA; BRITO; REZENDE, 2012, p.672). Por isso que, diferentemente dos demais profissionais da ESF, o ACS se diferencia justamente por esse conhecimento obtido através da vivência com a comunidade, que um médico ou qualquer outro profissional dificilmente teria.

O contato dos profissionais da saúde inseridos na unidade com os pacientes se dá através da anamnese, quando é realizada, e durante os poucos minutos de uma consulta ou algum outro tipo de assistência. Já o contato do paciente obtido com o agente ocorre de modo mais aprofundado, onde esse profissional além de realizar o primeiro contato, acompanha as evoluções do paciente tendo a possibilidade de nesse percurso conhecer a realidade em que as pessoas vivem e até que ponto o ambiente pode influenciar no seu estado de saúde, fator o qual os demais profissionais não conseguem observar por realizarem o atendimento dentro das unidades de saúde.

Além disso, dentro da unidade de saúde muitas vezes devido barreiras construídas entre o paciente e o profissional ou pelo fato do paciente não ver a importância de se relatar determinada situação, as pessoas acabam optando por ocultar informações que podem ser primordiais para o diagnóstico. Enquanto que ao ACS, essas informações podem ser transmitidas mais facilmente pela proximidade com os moradores ou mesmo pela percepção do agente no momento da visita domiciliar.

O Agente Comunitário de Saúde dentro da Estratégia de Saúde da Família diferencia-se dos demais profissionais da equipe porque, além de prestar assistência, mora na própria comunidade onde trabalha, e com isso há uma maior aproximação do contexto social e dos aspectos culturais da população local, isto é, “esse profissional é incorporado a uma nova maneira de se pensar a saúde, pois é da reciprocidade dos sujeitos envolvidos nas atividades que depende a resolutividade das ações que contemplam as necessidades da comunidade” (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011 p. 875).

Jardim e Lancman (2009) vêm reforçar as afirmações de Marzari, Junges e Selli (2011) sobre o diferencial desse trabalhador dentro do serviço de saúde e trazem uma reflexão interessante sobre a influência que o trabalho pode ter no processo de adoecimento do profissional, podendo gerar grandes impactos sob a vida do trabalhador.

O trabalho do agente traz diversas novidades à atenção primária em saúde e aos próprios trabalhadores, destacando-se o fato da obrigatoriedade de morarem e trabalharem na mesma comunidade. Esta dupla inserção na comunidade os leva a terem duplo papel: o de ser simultaneamente agente e sujeito. Tal relação cria uma porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade, ou seja, o agente não possui o distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar, visto que acontecem nos mesmos espaços físicos e na relação com a mesma comunidade. Assim, a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico a esse trabalhador, podendo esse sofrimento se tornar patogênico (JARDIM; LANCMAM, 2009, p. 125).

Os argumentos anteriores reforçam a ideia de Filgueiras e Silva (2011), no que distingue o Agente Comunitário de Saúde dos demais profissionais e ao mesmo tempo o torna um profissional essencial para a rede:

E, por ser o ACS responsável pelo cadastramento das famílias e pelo levantamento de seus perfis sócio-econômico e epidemiológico, entende-se que seu papel é de extrema importância para o incremento do PSF, pois ele é o elemento que circula no território, responsável por uma microárea e por um número determinado de pessoas (FILGUEIRAS; SILVA, 2011, p. 201-202).

Ávila (2011) também afirma que os ACS executam uma variedade de tarefas as quais classifica em três grupos “ações de prevenção e promoção da saúde, ações de mediação entre o serviço de saúde e os usuários e ações de acompanhamento e reabilitação”. Ou seja, um tripé de ações que ao ser amplamente oferecida a população permite uma maior aproximação na prática do conceito de integralidade na assistência.

A grande contribuição que esse profissional traz para o sistema faz com que haja a necessidade de maiores investimentos em sua formação, pois além da proximidade que tem com a população é importante ter o mínimo de formação técnica para saber agir mediante as

situações as quais consegue identificar e que estão ao seu alcance e até mesmo nas situações em que precisa encaminhar aos demais profissionais da equipe.

Essa ideia é sustentada nas falas de Lara, Brito e Rezende (2012), quando trazem que “É imprescindível à capacitação dos trabalhadores para que reconheçam os valores culturais das comunidades articulando a cultura popular e o conhecimento técnico-científico”. Nota-se, a partir dessa afirmação a necessidade de maior valorização do profissional, buscando formar o ACS não só para atender as necessidades da população, mas capacitá-lo para que este profissional se sinta útil no desempenho de suas funções, dentro da equipe e na comunidade.

E possibilitando que o agente tenha a convicção que seu papel é de extrema importância dentro da equipe e que tem um potencial de atuar mediante as mais diversas situações, não somente por ter a missão de ajudar a comunidade, mais porque foi capacitado e adquiriu conhecimentos e experiências para prestar assistência da melhor forma possível, a partir de um trabalho conjunto com a equipe na qual cada integrante tenha suas funções específicas, mais que juntas, se complementem e saibam identificar e valorizar as potencialidades de cada membro.

Fazer parte do mesmo universo sócio-cultural e linguístico da comunidade tem possibilitado a composição de bons encontros entre o ACS e os usuários, que tendem a aumentar a sua “potência de agir”, e se expressa positivamente no modo de cuidar. As relações, experiências e vivências que foram sendo construídas no cotidiano de sua vida e trabalho criam laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança, de cumplicidade entre as famílias e o ACS que vão contribuir com a formação de uma subjetividade solidária, e a instituição de uma nova ética no modo de fazer saúde (FERREIRA et al., 2009, p. 902).

Essa atenção e respeito dado aos pacientes contribuem bastante para que uma confiança e maior vínculo possam ser estabelecidos, pois os usuários percebem que são ouvidos e que não há uma superioridade entre ele e o profissional, possibilitando uma maior aproximação do profissional à família e, por conseguinte, observações mais precisas sobre os fatores que podem estar contribuindo e ou desencadeando agravos à saúde.

A inserção do ACS no contexto da atenção primária à saúde (APS) está pautada na representação de vínculo e no elo na relação serviço comunidade, o que o torna também um potente “mediador” de tensões da clientela, por atender às inúmeras demandas de saúde (GALAVOTE et al., 2011, p.232).

4.4. ACS e Processo de adoecimento

O trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde é fundamental numa sociedade, por serem esses profissionais os responsáveis por contribuir com a melhoria do bem-estar dos indivíduos. Em um estudo realizado por Camelo, Galon e Marziale (2012), no qual se identificou as formas de adoecimento entre os trabalhadores de saúde, registrou-se que "A presença de formas de adoecimento pelo trabalho do ACS deve provocar a reflexão dos futuros trabalhadores e gestores dos serviços de saúde no sentido de rever a prática diária destes profissionais, identificando as situações de riscos e consequentemente melhorando a qualidade do trabalhador".

Pelas falas dos autores, nota-se que apesar dos ACS lidarem com as mais inusitadas situações que requerem bastante atenção, dedicação e profissionalismo, nem sempre tem esses cuidados garantidos a própria saúde, seja por acomodação, falta de ambiente adequado e recursos disponíveis ou mesmo decorrente do tipo de trabalho desempenhado (CAMELO, GALON E MARZIALE, 2012). Nesse sentido, o gestor assume um papel primordial de propor melhorias para o sistema de saúde como um todo, sempre lembrando de que esse profissional também compõe esse sistema e ainda de forma mais completa, já que atua tanto na posição de profissional do sistema como de usuário dele.

No trabalho desenvolvido pelos ACS essa situação não é diferente, principalmente por esses profissionais exercerem a maioria de suas atividades no ambiente externo as unidades de saúde e por irem ao encontro da população, estão frequentemente expostos a vários fatores, entre eles, os ambientais, nos momentos das visitas e as situações que passam e presenciam dentro desses ambientes.

Exercer atividades fora da unidade de saúde e adentrar na residência das pessoas torna-se um grande desafio para os ACS, já que não tem a proteção do ambiente de trabalho nem o auxílio constante dos demais profissionais em todas as visitas. Além disso, mesmo estando dentro do período de trabalho, entrar nas residências nem sempre é permitido e quando há abertura dos moradores para receber a assistência e passar aos agentes as informações necessárias, nem sempre ocorre de maneira satisfatória.

A partir do momento que os ACS entram nas residências, apesar de terem alguns protocolos a seguir, o desencadear das visitas não depende só dos agentes, mas também da família que os recebe. Além disso, envolve não só a parte profissional do agente, mas também a parte emocional desses trabalhadores que estão sujeitos a presenciar cenas de violência e

agressões verbais, quando não sofrerem essas agressões diretamente ou indiretamente, através do que presenciam.

Ao entrar no espaço privado das pessoas, as ACS tomam conhecimento não apenas da (dura) realidade das pessoas e de suas famílias, de suas dificuldades e possibilidades, mas, sobretudo, das suas próprias realidades, das suas dificuldades e possibilidades, da sua margem de ação. Além disso, diante do quadro de desamparo de certas pessoas, seu envolvimento e sua implicação afetiva poderiam se tornar fonte de seu próprio adoecimento (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010, p. 297).

As situações e condições que os agentes comunitários de saúde presenciam diariamente podem atrapalhar o andamento de suas atividades e até desencadear problemas psicológicos diante das cenas que vivenciam e das limitações que são construídas em meio a esse trabalho, já que nem tudo aquilo que presenciam ou escutam são capazes de solucionar, o que muitas vezes lhes traz sentimentos de incapacidade, desmotivando-os e podendo acarretar depressões e outros problemas psicológicos, principalmente quando além de presenciarem situações desagradáveis e há um forte envolvimento com a família, fazendo com que o agente sofra com as situações não só no ambiente de trabalho mas no seu cotidiano fora dele.

As descrições de vivências depressivas, de angústia, frustração e desamparo nos relatos foram recorrentes, visivelmente relacionadas ao fato do ACS se cobrar ostensivamente de modo a atender e superar as expectativas – as reais e as idealizadas. As da comunidade, as dele e as da equipe, uma tríade que constrói e reforça componentes de idealização com relação aos limites de atuação do ACS. (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 430).

Outro fator que pode comprometer a saúde desses profissionais é referente à exposição, tanto nos ambientes externos quanto nos internos às casas, como a presença de lixos entulhados, podendo ter cacos de vidro e outros objetos perfuro-cortantes; água acumulada ou infectada; mordida de cachorros e demais animais com alguma doença; falta de asfalto; exposição prolongada ao sol, podendo desencadear manchas e doenças de pele e desidratação; exposição prolongada a chuva, podendo acarretar tosses, resfriados e até mesmo uma pneumonia; sem contar para aqueles moradores que fazem uso de cigarro ou alguma outra substância no momento das visitas, tornando o agente, um usuário passivo e conseqüentemente futuro portador de problemas respiratórios.

Estudos como os de Ramos, Tilton e Nardi (2008) demonstram que muitos afastamentos provenientes de problemas de saúde desencadeados ao longo da profissão surgem devido ao modo em que é organizado o trabalho, podendo contribuir ou acarretar ainda mais prejuízos à saúde do trabalhador e por outro lado enfatiza que o retorno do

profissional ao seu local de trabalho pode lhe gerar insegurança justamente por ser o retorno ao local onde teve a saúde afetada.

Por vezes, o adoecimento está relacionado a formas de organização do trabalho impostas, ritmos acelerados e intensos, de difícil controle por parte dos trabalhadores. No afastamento do trabalho por adoecimento profissional, as questões da organização e das condições de trabalho estão em destaque, pois o adoecimento origina-se do trabalho. Nessas situações, o "fora" do trabalho, ao mesmo tempo em que evidencia a possibilidade da saúde (pois o trabalhador se afasta da fonte de adoecimento), também marca o sujeito com a incapacidade e a fragilidade, pois a lógica do "retorno" ao trabalho está orientada para a mesma função ou atividade que originou o adoecimento (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008, p.219).

Assim, nos casos em que mesmo após a identificação dos riscos presentes no ambiente não se é tomada nenhuma atitude em busca de melhorias, o profissional que havia ficado doente pode ter seu estado de saúde agravado novamente e ainda em níveis mais evoluídos, sem contar que os demais profissionais que também ficam expostos aos agravos podem a qualquer momento ter que se ausentar. No entanto, quando se fala do trabalho externo que é realizado, infelizmente o agente nem tampouco o sistema de saúde tem controle sobre os riscos que se pode achar no percurso das visitas, nem exigir que os moradores mudem seus ambientes e hábitos.

Cabe ao profissional explicar aos pacientes o porquê que determinadas mudanças devem acontecer de modo que a partir da orientação passada, os moradores optem por realizar as mudanças. À Secretária de Saúde cabe o dever de garantir que mesmo diante das inesperadas situações que o ACS possa se inserir, que esse profissional tenha sempre disponíveis, equipamentos e materiais que possam minimizar e prevenir os riscos a sua saúde no momento de realização das visitas.

Apesar de outros profissionais de saúde também estarem sujeitos a passarem por essas situações, o que torna os ACS mais expostos, é justamente esse contato tão direto e próximo que suas atividades exigem. O que os torna indiretamente, no momento da assistência, um membro da residência, já que vivenciam as particularidades das famílias que talvez outro profissional não tivesse acesso.

Camelo, Galon e Marziale (2012) afirmam que “são delegadas a estes trabalhadores múltiplas tarefas, com um alto grau de exigências e responsabilidades, para as quais, dependendo do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização, e de seu preparo para exercê-las, podem levar ao adoecimento”. Ou seja, além das atividades externas a unidade, muitos ACS ainda contribuem com a equipe realizando atividades burocráticas as quais na maioria dos casos não são de sua responsabilidade. Mas, pela falta de profissionais ou porque lhe é incumbida à atividade acabam realizando e ficando sobrecarregados. E muitos

ainda sentem-se totalmente responsáveis pela obtenção de bons resultados na execução da atividade, do contrário gerando sentimentos de frustração e até mesmo ineficiência.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de pesquisa

Realizou-se um estudo qualitativo, por meio da metodologia de Revisão Sistemática (RS) que, conforme afirma De-la-Torre-Ugarte-Guanilo e Takahashi e Bertolozzi (2011):

É uma metodologia rigorosa proposta para: identificar os estudos sobre um tema em questão, aplicando métodos explícitos e sistematizados de busca; avaliar a qualidade e validade desses estudos, assim como sua aplicabilidade no contexto onde as mudanças serão implementadas, para selecionar os estudos que fornecerão as Evidências Científicas e, disponibilizar a sua síntese, com vistas a facilitar sua implementação na Práticas Baseadas em Evidências (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011, p.1.261).

Essa metodologia, “ao viabilizarem, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos” (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p. 84).

Optou-se pela Revisão Sistemática, uma vez que é um tipo de método que possibilita a realização de um estudo mais detalhado, ao passo que propicia maior autenticidade das informações com intuito de obter maior aprofundamento sobre a temática em questão e responder a questão norteadora inicial: De que adoecem os Agentes Comunitários de Saúde?

Para maior compreensão do que trata essa metodologia e buscando maiores informações para o enriquecimento do estudo, a autora deste trabalho realizou um curso online de revisão sistemática e metanálise, oferecido gratuitamente pela Universidade Federal de São Paulo, para iniciar a parte metodológica do presente trabalho.

5.2. Estratégia PICO

Para o aprofundamento da pergunta de pesquisa, foi construída para o estudo a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes*), pois é uma ferramenta que contribui para a formulação das questões de pesquisa e possibilita que se construa um estudo a partir da descrição dos componentes relacionados aos problemas observados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Quadro 1. Estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.
I	Intervenção	Atividades aborais com ACS.
C	Controle ou comparação	Atividades laborais em geral, exceto ACS.
O	Desfecho (“ <i>outcomes</i> ”)	Adoecimento e ocorrência de agravos relacionados ao processo de trabalho em Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

A delimitação de estratégia foi de fundamental importância para a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados, conforme descrição em tópicos seguintes.

5.3. Procedimentos para coleta de dados

O levantamento dos estudos acerca da temática abordada foi realizado por meio do banco de informações bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e BDENF (Base de dados de enfermagem); a base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e a base de dados da Revista Redalyc. Todas as bases citadas são públicas, disponibilizadas gratuitamente na internet e os dados foram coletados entre os meses de Setembro e Outubro de 2014.

Os descritores utilizados foram escolhidos com base nos estudos de Nascimento e David (2008), que tiveram como objetivo o levantamento dos riscos que os ACS estavam expostos durante o exercício da profissão. Optou-se pela escolha do artigo como base para os descritores, visto que a metodologia utilizada contribuiu para que os ACS participantes do estudo expusessem suas opiniões sobre condições ou situações de saúde que viam como determinantes ou agravantes do trabalho que executavam.

Os descritores utilizados para a busca foram: Agentes comunitários de saúde *and* estresse; Agentes comunitários de saúde *and* ansiedade; Agentes comunitários de saúde *and* alta pressão; Agentes comunitários de saúde *and* diabetes mellitus; Agentes comunitários de saúde *and* sangramento nasal; Agentes comunitários de saúde *and* falta de ar; Agentes comunitários de saúde *and* diarreia; Agentes comunitários de saúde *and* gastrite; Agentes comunitários de saúde *and* úlcera gástrica; Agentes comunitários de saúde *and* duodeno; Agentes comunitários de saúde *and* escabiose; Agentes comunitários de saúde *and* saúde do trabalhador; Agentes comunitários de saúde *and* acidente; Agentes comunitários de saúde *and* saúde mental. Alguns descritores sofreram adaptações na escrita para se adequarem com o DeCS.

Entre as palavras que foram excluídas estavam: dores nos membros inferiores, dor na coluna e queimaduras solares, por não serem consideradas descritores, enquanto que as palavras: cansaço (descriptor: astenopia), Insônia (descriptor: Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono), bronquite, conjuntivite, rinite, parasitas /verminoses (descriptor: helmintos), tensão, pediculose (descriptor: Infestações por Piolhos), apesar de serem descritores, não apresentaram resultados em nenhuma das bases de dados utilizadas quando cruzadas com o descriptor Agentes Comunitários de Saúde.

Para confirmação dos descritores de saúde, as palavras selecionadas foram aplicadas no Descriptor em Ciências da Saúde (DeCS), sendo que algumas eram descritores não-controlados que, segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007) são palavras que sofrem variações na grafia ou representam seus sinônimos. Também foram incluídos no estudo os descritores saúde do trabalhador, saúde mental e acidente, visto serem temas que tem grande relação com os ACS e a pergunta de pesquisa, podendo trazer estudos com grandes contribuições. Somados, obteve-se um total de 15 descritores, todos cruzados com o descriptor Agentes Comunitários de Saúde, utilizando o operador booleano, isto é, o termo conector AND (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

5.4. Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão foram utilizados somente artigos com fontes primárias de estudo, de revistas nacionais e internacionais, com dados coletados no Brasil e que estivessem disponíveis na íntegra. A fim de obter acesso a maior quantidade de artigos possíveis sobre a temática, não houve restrição do período mínimo da publicação dos artigos, a não ser que

fossem publicados somente até junho de 2014, data da coleta. Contudo, os resultados trouxeram artigos a partir do ano de 2005.

Os critérios de exclusão foram os artigos de outro idioma que não o português, sem texto completo, posteriores ao mês de junho de 2014, estudos com revisão sistemática e integrativa, que não estavam disponíveis online e que não traziam nos resultados a separação entre os achados referentes ao agente comunitário de saúde e demais categorias profissionais.

5.5 . Análise dos dados

A análise dos artigos ocorreu em três etapas de forma organizada e criteriosa. As etapas constituíram de levantamento dos artigos nas bases de dados; filtragem pela leitura de títulos e resumos para avaliação crítica dos artigos segundo tipo de estudo, local de execução e tipos de doenças e agravos; e leitura aprofundada dos que foram selecionados na segunda etapa, para certificar a fidedignidade dos estudos e incluir somente aqueles que de fato respondem a pergunta em questão. As etapas foram realizadas por dois pesquisadores.

Na primeira etapa, foram utilizados os bancos de dado disponíveis na base BVS (Lilacs, Medline e BdEnf) , na SciELO e na Revisa Redalyc respeitando os procedimentos de coleta de dados e os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Para a segunda etapa, como instrumento de seleção para confirmação da qualidade dos artigos, utilizou-se a Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology), que no ano de 2008 teve sua primeira tradução para o português realizada pela Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, juntamente com os pesquisadores que desenvolveram o STROBE internacional (Malta M. et al., 2010).

O STROBE em português conhecido como Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia trata-se de um instrumento bastante valioso, pois permite analisar se os artigos selecionados para um determinado estudo possuem todas as informações necessárias para responder a pergunta em questão contribuindo para seleção mais refinada e de maior qualidade dos artigos a serem utilizados.

Apesar da iniciativa STROBE ter o objetivo principal de avaliar a qualidade dos artigos a serem publicados em periódicos, não impede que seja usado para avaliar a qualidade dos artigos que serão utilizados em um estudo e que inclusive, atualmente tem sido bastante usado com esse intuito (ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2014) e é desta forma que se insere no presente trabalho.

Além disso, mesmo existindo outras ferramentas específicas para esse fim, optou-se pela utilização do STROBE devido sua simplicidade e praticidade de analisar as informações, servindo para todo tipo de estudo e também em decorrência do curto período para a realização do presente trabalho que exigiu buscar por alternativas mais práticas de avaliação dos artigos, sem perder, no entanto, a qualidade do estudo.

Nesse estudo, foram utilizados os mesmos critérios de pontuação do estudo desenvolvido por Mendes et al. (2012), empregando como critérios de avaliação o *checklist* (Tabela 1) de Malta et al. (2010), contendo 22 itens tidos como fundamentais pela declaração STROBE para avaliar cada parte do artigo desde o título até os resultados e discussões e evitar possível viés. Para cada item foi atribuído a nota 0 ou 1, e ao final cada artigo recebeu uma nota de 0 a 22 com base na somatória dos valores atribuídos para cada item.

A pontuação destinada aos itens foi realizada a partir da média do total das notas da avaliação de cada artigo realizada por dois revisores independentes. Além disso, foi definido que seriam considerados estudos de qualidade elevada, àqueles que apresentassem uma média superior a 50% do total da pontuação.

Tabela 1. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado . Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado.
Introdução		
Contexto/ Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles. Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.

Continuação

Continuação Tabela

Item	Nº	Recomendação
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes. Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Control: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados Participantes	13	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Dados descritivos	14	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Estudos de Caso-Control: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Desfecho	15	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo. Estudos de Caso-Control: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

Para facilitar a análise dos artigos, foi criada a categoria Adoecimento/Evento/Agravo, distribuídas segundo o Processo de trabalho e/ou fatores que influenciam no processo de trabalho, com intuito de realizar melhor apreciação das questões relacionadas à presença ou susceptibilidade de problemas na saúde dos trabalhadores.

Foram incluídos na categoria todos os levantamentos referentes à presença de manifestações físicas e psíquicas, associados ao processo de trabalho e fatores influenciadores, seja por meio do processo de trabalho em si ou ao ambiente em que o trabalho era executado e que direta ou indiretamente influenciava na presença ou desencadeamento de problemas à saúde dos profissionais.

Além disso, para melhor sistematização dos achados e tendo como base os conceitos de agravo e evento trazidos pela Portaria nº104 de 2011 (BRASIL, 2011a), que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional, foi realizado uma categorização (Quadro 1) disponível nos resultados, para identificação dos problemas que tem comprometido e/ou contribuído com a saúde dos ACS.

Para descrição e indicação dos conceitos utilizados no presente estudo, no artigo 1º da Portaria nº 104/11 compreende-se por doença, agravo e evento:

- I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;
- II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;
- III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença (BRASIL, 2011a).

Os resultados foram organizados em fluxograma e quadros-resumos, com a finalidade de facilitar a compreensão dos estudos incluídos e excluídos, de acordo com os critérios estabelecidos para o estudo, bem como das categorias-síntese.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

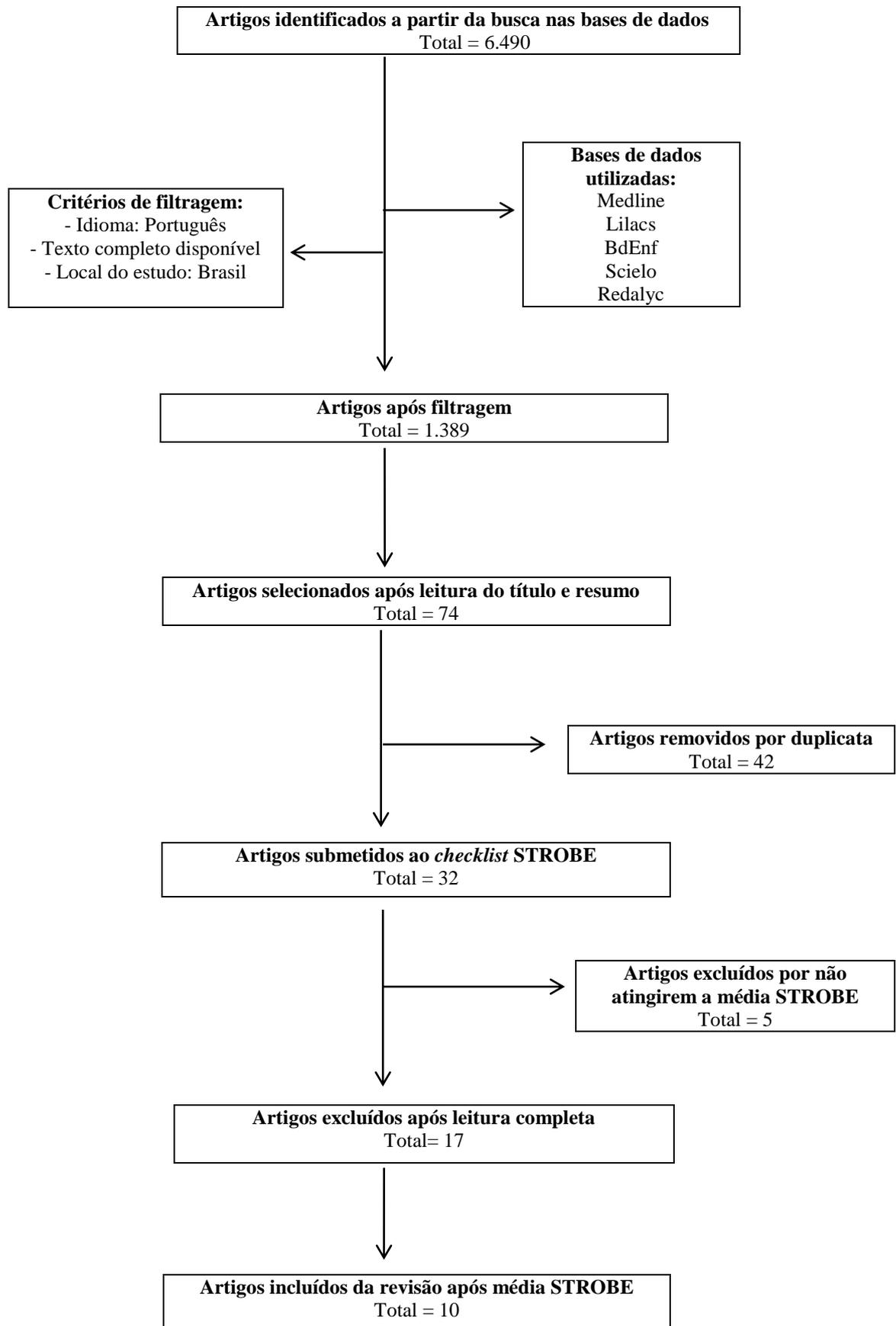
Após o levantamento dos artigos nas bases de dados selecionadas, foi realizada a leitura do título e resumo de todos os artigos que apareceram após a filtragem, os quais foram pré-selecionados para serem analisados mais detalhadamente, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

Dos artigos selecionados, obteve-se um total de 74 artigos, sendo 42 deles repetidos e por isso, foram excluídos conforme a síntese do processo de seleção apresentada na Figura 1. Os principais motivos das exclusões foram decorrentes da presença de artigos que falavam dos agentes comunitários de saúde como cuidador e não como sujeito a ser cuidado e artigos que não respondiam a pergunta do estudo (Quadro 2).

Durante a análise dos artigos, observou-se que por mais que os descritores cruzados com Agentes Comunitários de Saúde possam ter relação e comprometer diretamente a saúde dos ACS, os artigos publicados na base da Scielo não enfatizaram problemas que podem vir a ser desencadeados e comprometer a saúde desses trabalhadores, retornando a menor quantidade de resultados para a maioria dos descritores.

As buscas realizadas também permitiram notar que das três bases utilizadas no presente estudo, a Redalyc foi a que apresentou mais resultados para a maioria dos descritores pesquisados e também a que teve maior quantidade de artigos pré-selecionados, apesar de muitos dos artigos terem sido excluídos por não responderem a pergunta em questão ou estarem repetidos.

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática, Setembro-Outubro, 2014.



Quadro 2. Levantamento inicial de artigos de acordo com descritores selecionados no banco de dados da BVS, Scielo e Redalyc, Setembro-Outubro, 2014.

DESCRITORES	Total de artigos encontrados em cada base e número de artigos por base de dados selecionada						Total de artigos após filtragem			Artigos previamente Selecionados			Principais motivos das exclusões
	BVS				Scielo	Redalyc	BVS	Scielo	Redalyc	BVS	Scielo	Redalyc	
	Medline	Lilacs	Bdenf	Total BVS									
Agentes comunitários de saúde and estresse (descriptor correto: Esgotamento profissional)	7	10	4	21	1	7	7	1	7	3*	1	4*	Texto completo não disponível e artigos repetidos. O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo; ACS como cuidador;
Agentes comunitários de saúde and ansiedade	49	2	—	51	1	157	8	1	157	0	1*	6*	Artigos repetidos; O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo; ACS como cuidador;
Agentes comunitários de saúde and alta pressão	131	14	4	145	—	3	1	—	3	—	—	—	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo; ACS como cuidador.
Agentes comunitários de saúde and diabetes mellitus	151	8	2	161	—	103	1	—	103	—	—	1	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo; ACS como cuidador.
Agentes comunitários de saúde and sangramento nasal (descriptor correto: epistaxe)	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo.
Agentes comunitários de saúde and falta de ar (descriptor correto: dispneia)	—	—	—	—	—	4	—	—	4	—	—	—	Artigos referentes a estudos realizados em outros países; O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo.

Continua

Continuação do quadro

Agentes comunitários de saúde and diarreia	53	26	—	79	3	83	1	—	83	—	—	—	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo.
Agentes comunitários de saúde and gastrite	1	—	—	1	—	9	—	—	9	—	—	—	Artigo referente a estudos realizados em outro país; O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo.
Agentes comunitários de saúde and úlcera gastrica	1	—	—	1	—	2	—	—	2	—	—	—	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo.
Agentes comunitários de saúde and duodeno (descriptor correto: duodenopatias)	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	Artigo referente a estudos realizados em outro país.
Agentes comunitários de saúde and escabiose	—	1	—	1	—	7	—	—	7	—	—	—	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo
Agentes comunitários de saúde and saúde do trabalhador	2.055	357	63	2.412	9	247	137*	2	247	15*	2	15*	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo; O ACS tido apenas como cuidador.
Agentes comunitários de saúde and acidente	2	2	1	4	2	216	1	2	216	—	1	5*	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo
Agentes comunitários de saúde and saúde mental	2.276	135	28	2.411	22	325	41	22	325	6*	5	10*	O assunto do artigo não respondia a pergunta do estudo; O ACS tido como cuidador.

*Possui artigos repetidos.

Abaixo, seguem os 32 artigos previamente selecionados, os quais foram lidos na íntegra e submetidos ao *checklist* STROBE.

Quadro 3. Distribuição dos artigos pré-selecionados, segundo título, base de dados disponível, periódico e ano de publicação, Setembro-Outubro, 2014.

Título	BVS	SciELO	Redalyc	Periódico e Ano
1. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva.	X			Caderno de Saúde Pública, 2009.
2. Avaliação da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa – MG.	X			Revista APS, 2008.
3. Acidentes com material biológico em Trabalhadores.	X			Revista Brasileira de Enfermagem, 2014.
4. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil).	X			Ciência & Saúde Coletiva, 2011.
5. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	X			Caderno de Saúde Pública, 2012.
6. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde.	X	X		Revista Saúde Pública, 2008.
7. Grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais.	X			Revista Enfermagem, 2010.
8. O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa – Paraíba – Brasil.	X			Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2011.
9. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.	X			Ciência & Saúde Coletiva, 2012.
10. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento.	X			Revista Enfermagem, 2009.
11. Percepção do risco no trabalho em Saúde da Família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil.		X		Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2009.
12. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: Possibilidades e limites.		X		Revista Gaúcha Enfermagem, 2012.

Continua

Continuação Quadro

13. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos Agentes Comunitários de equipes de Saúde da Família.	X			Revista Enfermagem, 2009.
14. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil).	X	X	X	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.
15. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família.	X			Revista Esc. Enfermagem, 2007.
16. A prevalência da violência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Sidrolândia, MS.			X	Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, 2006.
17. Riscos à saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de Sidrolândia, MS			X	Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, 2006.
18. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família.			X	Acta Paulista de Enfermagem, 2010.
19. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde Comunitários de Saúde.			X	Ciência & Saúde Coletiva, 2010.
20. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho.			X	Psicologia em Estudo, 2011.
21. Agentes Comunitários de Saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar.			X	Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2008.
22. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana			X	Psicologia: Reflexão e Crítica, 2012.
23. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida.			X	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2010.
24. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: cenários de paixões e afetamentos.			X	Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 2013.

Continua

Continuação Quadro

25. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo Agente Comunitário de Saúde.			X	Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2009.
26. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde.			X	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2010.
27. Ser saudável: representações de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.			X	Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, 2012.
28. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família".			X	Arquivos Brasileiros de Psicologia, 2005.
29. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil.		X		Caderno de Saúde Pública, 2012.
30. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes Comunitários de saúde: um processo participativo.	X			Revista de Enfermagem, 2008.
31. Influência do programa Escola da Coluna em agentes comunitários.			X	ConScientia e Saúde, 2013.
32. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família1.			X	Revista Latino-americana de Enfermagem, 2004.

Após os artigos (Quadro 2) passarem pela avaliação STROBE, foram selecionados os que atingiram percentuais acima de 50%. Dos 32 artigos, cinco foram excluídos (FIGUEIREDO et al., 2009; GALAVOTE et al., 2011; JARDIM; LANCMAN, 2009; MARTINI et al., 2012; VIEIRA; CORDEIRO, 2005) por não atingirem a média, restando um total de 27 artigos.

Numa etapa posterior, foi realizada uma minuciosa análise dos 27 artigos pelos revisores, decidindo selecionar para fazer parte da revisão 10 artigos que trouxeram em seus resultados relatos e levantamentos de adoecimentos e/ou eventos e agravos. Os 17 artigos não selecionados abordavam o profissional agente comunitário de saúde, mas não tinha como objetivo estudar diretamente os aspectos referentes à situação de saúde desses profissionais e outros não distinguem os resultados encontrados de acordo com cada categoria profissional analisada.

As características sociodemográficas dos ACS apontadas nos dez artigos selecionados (Quadro 3), demonstraram que nessa categoria profissional, a predominância quanto ao sexo é feminino, o que vai ao encontro as análises feitas por Gavalote et al. (2011), quando afirmam que entre os ACS, o perfil feminino tem ocupado maior espaço na profissão e que pode ser decorrente da proximidade que a profissão exige para com os moradores, além de estar intimamente ligado com as características marcantes de gênero: de acolher, prestar cuidados, dar atenção. Reforça ainda que os homens também são capazes de realizar as mesmas funções, mas essa ideia surge também da observação cultural, da mulher como aquela que tem o instinto materno de cuidar e olhar os filhos, sendo que no trabalho do agente, passa a desempenhar funções semelhantes no momento da assistência a comunidade.

A maioria dos agentes abordados pelos estudos havia concluído o ensino médio e compuseram grupos relativamente jovens, mas no geral, a profissão engloba tanto profissionais jovens quanto os de faixas etárias acima dos 50 anos.

Quanto ao local de realização do estudo, 4 foram realizados na região Sudeste, 2 na região Sul, 2 na região Nordeste, 1 na região Centro-Oeste e 1 realizado em duas regiões Sul e Nordeste e nenhum na região Norte. O tipo de estudo que teve ocorrência foram os estudos transversais. As referências mais antigas foram (MINHOS; CONTRERA-MORENO, 2006) e (NETTO ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006) e a mais recente realizada no ano de 2013 (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Após a seleção dos artigos, para uma maior compreensão dos objetivos dos estudos bem como dos resultados alcançados e metodologia utilizada em cada um deles, foi criado o quadro abaixo a fim de contribuir também com a identificação das principais questões que tem sido abordada no Brasil, nos últimos anos, referentes à presença ou desencadeamento de doenças, eventos e agravos decorrentes do trabalho e que podem comprometer a saúde dos ACS distribuídos entre as diferentes regiões do país. Além disso, traz a média STROBE atribuída pelos revisores após avaliação.

Quadro 4. Distribuição dos artigos selecionados, segundo autores, título, tipo de estudo, estado e região de realização e média STROBE, Setembro-Outubro, 2014.

Autor(es) e ano	Estado e Região	Tipo de estudo	Método da coleta	Objetivos do estudo	Média STROBE
Barbosa, Rose Elizabeth Cabral; Assunção, Ada Ávila; Araújo, Tânia Maria de, 2012	Minas Gerais (Sudeste)	Transversal	Questionário autoaplicado organizado em blocos de questões.	Avaliar a associação entre a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos e características individuais, do emprego e do trabalho em uma população de trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	19
Silva, Andréa Tenório Correia da; Menezes, Paulo Rossi, 2008.	São Paulo (Sudeste)	Transversal	Aplicação de questionários e consulta ao Sistema de Informação da Atenção Básica, para caracterização das áreas de atuação dos ACS.	Estimar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns entre ACS, identificando fatores associados.	17
Cezar-vaz, Marta Regina et al, 2009.	Rio Grande do Sul (Sul)	Transversal	Entrevistas semiestruturadas, gravadas e questionário para caracterização dos sujeitos.	Identificar a percepção dos trabalhadores da Estratégia em Saúde da Família, sobre os riscos aos quais estão expostos no trabalho.	16,5
Resende, Marineia Crosara et al, 2011.	Minas Gerais (Sudeste)	Transversal, descritivo	Entrevistas por meio de um protocolo.	Avaliar a saúde mental em ACS; descrever os eventos vitais vivenciados no último ano por ACS; averiguar o nível de ansiedade apresentado por ACS; correlacionar saúde mental, ansiedade e eventos vitais em ACS.	15,5

Continua

Continuação Quadro

Minhos, Michelli Bortoloti; Contrera-Moreno, Luciana, 2006.	Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste)	Transversal, descritivo	Questionário com dados sócio-demográficos e de estilo de vida e um questionário sobre experiência com violência no ambiente de trabalho.	Identificar a prevalência das violências sofridas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), durante o exercício de suas atividades no município de Sidrolândia – MS.	16,5
Netto Rossi, Degmar Aparecida; Contrera-Moreno, Luciana, 2006	Mato Grosso do Sul (Sul)	Analítico, descritivo	Questionário sociodemográficos e sobre o estilo de vida e a análise ergonômica do trabalho (A.E.T.) que se fez por meio de observação das condições de trabalho dos ACS de Sidrolândia.	Identificar os principais riscos à saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde do município de Sidrolândia-MS.	13,5
Mascarenhas, Claudio Henrique Meira; Prado, Fabio Ornellas; Fernandes, Marcos Henrique, 2013.	Bahia, (Nordeste)	Transversal	Questionário composto por cinco blocos de informações: variáveis sociodemográficas; ocupacionais; aspectos psicossociais do trabalho e aspectos psicossociais (controle e demanda psicológica)	Analisar a associação dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Jequié, Bahia.	19
Albuquerque, Francisco José Batista; Melo, Cynthia de Freitas; Araújo Neto, João Lins, 2012	Paraíba, (Nordeste)	Transversal, analítico	Questionário biodemográfico e a Escala de Caracterização do <i>Burnout</i> .	Avaliar se os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, apresentam a síndrome de <i>burnout</i> .	16
Dilélio, Alitéia Santiago, 2012.	Rio Grande do Sul, Santa Catarina (Sul); Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte (Nordeste).	Transversal	Questionário individual auto-aplicado, com apoio de supervisores treinados.	Avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados nos trabalhadores da atenção primária à saúde, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.	20,5
Camelo, Silvia H. Henriques; Angerami, Emília Luígia Saporiti, 2004	São Paulo, Sudeste	Transversal, descritivo	Inventários foram entregues, individualmente, pela pesquisadora a cada profissional da amostra.	Investigar a ocorrência de estresse nos trabalhadores de cinco núcleos de saúde da família, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).	12,5

O Quadro a seguir indica a categorização dos artigos e os resultados para cada distribuição.

Quadro 5. Levantamento de Adoecimento/Evento/Agravo segundo processo de trabalho em ACS no Brasil, Setembro- Outubro, 2014.

Autor, ano	Adoecimento/ Evento/ Agravo	Processo de trabalho e fatores que influenciam no processo de trabalho desencadeando adoecimento/evento/agravo
Barbosa, Cabral; Assunção, Ada Ávila; Araújo, Tânia Maria de, 2012.	- Distúrbios musculoesqueléticos.	- condições ambientais ruins; - demanda física de trabalho elevada.
Silva, Andréa Tenório Correia da; Menezes, Paulo Rossi, 2008.	- exaustão emocional; - decepção; - uso de calmante, tranquilizante e antidepressivo; - despersonalização (perda de motivação, ansiedade, irritabilidade e redução de idealismo)	- relação com a equipe e com a comunidade - lixo queimado ou desprezado a céu aberto;
Minhos, Michelli Bortoloti; Contrera-Moreno, Luciana, 2006.	- bicho-de-pé; -carrapato; - desgaste emocional; -violência física e moral	- vínculo do trabalhador com as condições precárias de vida das comunidades adscritas;
Resende, Marineia Crosara et al, 2011	- ansiedade grave e moderada; - estresse.	- eventos estressantes: pressões de tempo, conflitos inter e intrapessoais, aspectos físicos negativos ao trabalho;
Cezar-vaz, Marta Regina et al, 2009	- assédio moral e sexual; - agressões verbais e físicas; - ameaças; - ansiedade; - sentimento de baixo auto-estima e de culpa; - tristeza; - humilhação; - raiva; - depressão; - sentimento de culpa; - vergonha; - estresse; - irritação; - violências.	- incapacidade de solucionar determinada situação; - desapontamento; - perda de satisfação com o trabalho.

Continua

Continuação Quadro

<p>Netto Rossi, Degmar Aparecida; Contrera- Moreno, Luciana, 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dor e problemas na coluna; - sinais e sintomas de manchas na pele e queimaduras; - dores de cabeça, enxaqueca; - estresse; - doenças contagiosas; - mordidas de cachorro; - picada de inseto; - alergias, sinusite; - depressão; - hipertensão; - varizes; - escoriações; - hipertensão arterial; - hepatite B; - diabetes; - epilepsia; - dores nos pés; - hemorroidas; - lesões por esforços repetitivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - instrumentos (de trabalho pesados: mochila, pesando aproximadamente 6,5 kg e balança 600 g, além de outros materiais); - movimentação de um lado para o outro e muito tempo em pé ou em posição incorreta; - constantes exposições ao sol e chuva; - quintais sujos; - presença de cacos de vidros; - quedas - arame farpado (levando pontos) - presença de vaca brava.
<p>Mascarenhas, Claudio Henrique Meira; Prado, Fabio Ornellas; Fernandes, Marcos Henrique, 2013.</p>	<p>- síndrome de <i>burnout</i>: exaustão emocional, desumanização, decepção.</p>	<p>O autor não apresentou a relação do adoecimento com processos de trabalho;</p>
<p>Albuquerque, Francisco José Batista; Melo, Cynthia de Freitas; Araújo Neto, João Lins, 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dor musculoesquelética; - dependência de medicação; 	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade de sono e repouso; - sentar em posição incorreta durante as visitas; - instrumentos de trabalho: peso da mochila e balança de pesagem das crianças; - caminhadas por ruas esburacadas e tortuosas; - falta de segurança física e proteção (susceptíveis a violência)
<p>Dilélio, Alitéia Santiago, 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - depressão; - ansiedade; - insônia; - fadiga; - irritabilidade; - esquecimento - dificuldade de concentração. 	<p>- insatisfação com a estrutura da unidade básica de saúde, com atendimento domiciliar e o trabalho em equipe.</p>
<p>Camelo, Silvia H. Henriques; Angerami, Emília Luígia Saporiti, 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> - estresse; - tensão muscular; - insônia; - angústia; - ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - contato com a comunidade; - tarefas realizadas com demandas físicas importantes.

Apesar de haver distinções entre os conceitos da categoria representada pelas três junções citadas anteriormente - adoecimento, evento e agravo- optou-se por apresentar os dados desta forma a fim de facilitar a compreensão dos achados em cada referência. Em relação à categoria Processo de trabalho e fatores que influenciam no processo de trabalho desencadeando adoecimento/evento/agravo foram expostos fatores que direta ou indiretamente estão relacionados ao processo de trabalho e que estão intimamente ligados à categoria Adoecimento/ Evento/Agravo.

As referências trouxeram a presença de vários tipos de adoecimentos e agravos à saúde, desencadeados tanto por manifestações físicas como por manifestações psicológicas relacionadas com o processo de trabalho e as várias exposições que os agentes diariamente estão submetidos.

Entre os problemas identificados que afetam a saúde dos trabalhadores, os de cunho psicológico, tiveram predominância: ansiedade, estresse e depressão. Além desses foram citados sentimentos de tristeza, irritabilidade, raiva, insônia, decepção, humilhação, vergonha, sentimento de culpa e outros. Também foram descritas doenças como diabetes, epilepsia, hipertensão, porém os autores não trouxeram descrições se essas doenças já existiam antes dos profissionais inserirem na categoria dos ACS ou se foram desencadeadas após. Desse modo, não podendo fazer uma análise mais precisa dessas questões.

A presença de ansiedade foi relatada nos estudos (SILVA; MENEZES, 2008; RESENDE et al., 2011; CEZAR-VAZ et al., 2009; DILÉLIO, 2012; CAMELO; ANGERAMI, 2004), enquanto (RESENDE et al., 2011; CEZAR-VAZ et al., 2009; NETTO ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006; CAMELO; ANGERAMI, 2004) trazem relatos sobre a presença de estresse e (CEZAR-VAZ et al., 2009; NETTO ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006) também citam a depressão com forte presença nessa categoria profissional.

Além dos problemas de cunho psicológico, os decorrentes de postura corporal também estiveram presentes (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; NETTO ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006; ALBUQUERQUE et al., 2012; CAMELO; ANGERAMI, 2004), sendo relatados os distúrbios musculoesqueléticos, dores e problemas de coluna, além das lesões por esforços repetitivos, tensão muscular, dores de cabeça e enxaqueca.

As violências, ameaças e agressões, tanto física como moral, foram observadas nos relatos dos profissionais (CEZAR-VAZ et al., 2009; MINHOS; CONTRERA-MORENO,

2006), onde os agentes alegavam que durante as visitas domiciliares quando não conseguiam atender a todas as demandas dos moradores, muitos pacientes não compreendiam o porquê que determinado problema não poderia ser resolvido pelo ACS e inconformados, acabavam partindo para a violência. Outros, não entendiam que há determinadas atividades que não cabe aos agentes e que esses são apenas encarregados de fazer o encaminhamento a unidade de saúde para que o profissional incumbido preste o atendimento. Também por não ter clareza do que exatamente cabe ao ACS realizar ou não, muitos usuários acabavam tendo a conclusão de que o profissional não quer lhe prestar a assistência.

Houve também situações em que apesar dos agentes fazerem o encaminhamento as unidades, os pacientes não recebiam o atendimento, seja pela grande demanda ou por alguma deficiência na equipe da ESF ocasionada por poucos profissionais disponíveis ou em muitos dos casos, pelo fato do profissional da unidade simplesmente não realizar o atendimento, ficando a população indignada e culpando o ACS pelo atendimento não recebido.

Essas observações também foram percebidas por Coriolano e Lima (2009) no momento em que trazem que “A convivência com problemas biológicos e sociais dos usuários expõe estes atores sociais a sentimentos de impotência e fragilidades, responsáveis por um desgaste no exercício do seu papel de mediador entre os anseios da comunidade e a oferta programática dos serviços de saúde”.

Diante dessas situações, os ACS passam por agressões e violências físicas e morais que trazem grandes consequências para seu estado de saúde. Com isso, nota-se que muitas dessas situações são decorrentes do processo de trabalho ocasionadas pela incapacidade de solucionar determinada situação, ou pelo desapontamento com os usuários e, sobretudo, com a falta de apoio da equipe e as constantes pressões sofridas de ambas as partes, dos usuários e demais profissionais, gerando perda de satisfação com o trabalho, despersonalização, eventos estressores e aumentando a probabilidade de desencadear problemas psicológicos como a síndrome de *burnout* (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013), conforme exposto na categoria sobre o Processo de trabalho e fatores que influenciam no processo de trabalho desencadeando adoecimento.

Ainda sobre essa categoria, foram citados (NETTO ROSSI; CONTRERA- MORENO, 2006; ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012) o excesso de peso decorrente dos instrumentos de trabalho, como da mochila, pesando aproximadamente 6,5 kg e da balança 600 g, ferramentas que tem que levar diariamente durante todas as visitas e que são as responsáveis por muitas das queixas de dores na coluna e até mesmo problemas de coluna,

diagnosticados como foi apontado nos estudos de Netto Rossi e Contrera-Moreno (2006) e afirmado pelas conclusões obtidas por Barbosa; Assunção; Araújo (2012), quando trazem que na população do estudo que realizaram foi encontrada alta prevalência de distúrbios musculoesquelético em ACS os quais estavam constantemente expostos a cargas biomecânicas.

O ambiente insalubre que muitas vezes se observa dentro das unidades de saúde, torna-se ainda mais presente do dia-a-dia dos ACS, quando se deparam com ruas esburacadas e tortuosas durante as longas caminhadas que realizam durante as visitas domiciliares, contribuindo para as quedas e ainda a falta de segurança física e proteção, ficando susceptíveis as violências do percurso que fazem da unidade de saúde às casas e entre uma residência e outra.

Benaglia (2012) argumenta que para o trabalhador ter saúde é importante que os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais são cruciais para a condição de vida saudável juntamente com os fatores relacionados aos riscos ocupacionais, tais como os fatores físicos, químicos, biológicos, mecânicos e laborais. Devendo as ações de promoção da saúde pensadas para o trabalhador ser planejadas conforme o processo de trabalho e ambiente no qual esse indivíduo está inserido.

A respeito das limitadas condições de trabalho dos ACS, Shimizu e Junior (2012) trazem que muitas vezes esses profissionais adotam mecanismos de defesa que os ajudam a superar as inadequações presentes no ambiente de trabalho, mas que muitas vezes pode acarretar diferentes custos tanto individual como coletivo. Exemplo desses custos, os autores citam os físicos, os quais são bastante relevantes principalmente os referentes às práticas de saúde da ESF que são executadas no ambiente externo das edificações, isto é a assistência extramuros, podendo citar como exemplo, a realização diária das mesmas atividades e as repetidas caminhadas entre os domicílios.

Ainda na perspectiva de Shimizu e Junior (2012), o custo cognitivo foi avaliado como elevado, pois se trata de uma ordem que exige força para superar as situações sendo necessário, em muitos casos, desenvolver técnicas, prever os acontecimentos vindouros e o esforço intelectual para solucionar os problemas, exigindo que haja aptidões e competências, além do que se costuma ter, para resolver as demandas das mais distintas naturezas.

Essa explanação é claramente percebida no trabalho desempenhado pelo ACS que requer desse profissional mais que realizar as atividades que lhe cabe, saber sobressair diante das situações que forem surgindo. Desse modo, nota-se que ao passo que é bastante prazeroso

o trabalho desempenhado pelos ACS e que é construído pelo contato mais direto com a comunidade, torna-se também uma profissão cheia de incertezas e desafios já que ao adentrar nas residências das famílias adscritas, as paredes da unidade de saúde e o trabalho acompanhado por outros profissionais não existe nesse cenário, ficando o profissional totalmente desprotegido, tendo que se adequar com o ambiente e as situações, que nem sempre são as melhores.

Entre o tripé Adoecimento/Evento/Agravo foi citado (NETTO ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006) o aparecimento de manchas na pele e queimaduras, devido às constantes exposições ao sol. O artigo traz que a equipe recebia protetor solar mas não fazia uso. Sobre essa questão, é importante pensar sobre o tipo de assistência e seguridade que é oferecida aos trabalhadores, já que nem todos os profissionais têm costume ou conhecem sobre a importância do uso do protetor, nem tampouco recebem instruções e orientações de como aplicá-lo e a quantidade de vezes que é necessária, acabando o profissional não se preocupando com os cuidados da pele e acarretando problemas de saúde e a presença de manchas, como relatado. Por isso, além de oferecer o protetor, é imprescindível que haja ao menos o acompanhamento para atestar a eficácia do produto, uma vez que, cada profissional tem um tipo de pele e nem todas respondem positivamente ao uso do protetor.

Ademais, a presença de doenças contagiosas que os profissionais da saúde acabam ficando expostos pelo contato que tem com pacientes com os mais diversificados problemas de saúde, sofrem com a presença dos inusitados eventos e agravos provenientes do ambiente que se insere, tais como de bichos-de-pé, carrapatos, mordida de cachorro, presença de vaca brava como relatado por Netto Rossi e Contrera- Moreno (2006), sem contar com as mordidas de insetos, presença de cacos de vidros, arame farpado e quintais sujos.

Diante de todos esses achados, o que chamou mais atenção foi o fato de o ambiente de trabalho do ACS ser mais complexo do que aparenta ser, quando se observa nos relatos a presença de assédio sexual (CEZAR-VAZ et al., 2009) durante as visitas, que além de comprometer a saúde do ACS nas suas dimensões, físicas e psicológica, acaba por agredi-los moralmente.

Nunes et al. (2002) afirmam que “A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos”, no entanto, o estudo de Cezar-Vaz et al., (2009) mostra que nem sempre a população compreende até onde vai o limite desses vínculos estabelecidos, tornando o agente ainda mais vulnerável quando se depara com

situações atípicas, como o assédio sexual sofrido pelo agente ao realizar uma visita onde se deparou com uma moradora que o recebeu apenas de roupas íntimas.

Essas situações são complicadas para o agente intervir principalmente porque ele se insere em um ambiente que não é dele, ou seja, torna-se ainda mais difícil de realizar uma assistência e intervir diante de uma situação dessas porque diferente do morador, o agente é apenas um desconhecido na residência e por isso não tem muita liberdade e autonomia para questionar o paciente e o ambiente que está inserido já que nesse caso o ACS, que foi ao encontro do morador e não o morador que procurou pelo serviço. E nos casos do ACS recusar realizar a assistência o usuário pode achar que o agente está com algum tipo de preconceito ou resistência proveniente da realidade em que o morador vive.

As referências destinadas ao estudo desse profissional trazem bastantes informações sobre problemas físicos e psicológicos que afetam esses trabalhadores, tanto na percepção dos próprios ACS, observado na maioria dos estudos, como também de problemas que foram diagnosticados. Porém, quando se refere à presença de assédios e agressões há uma diminuição considerável de achados nos estudos o que leva a uma reflexão: será que diante desse universo de situações e contextos em que o ACS se insere há poucas ocorrências de assédios e agressões, ou será que o interesse por essa temática não é tão relevante entre os pesquisadores ou ainda será que há negligência em notificar a ocorrência desses eventos, juntamente com a falta de providências dos responsáveis por essa categoria?

Os levantamentos permitiram perceber também que há bastante quantidade de estudos direcionados para os ACS, no entanto, esses estudos dão prioridade ao processo de trabalho desses profissionais, ao modo em que é organizado o trabalho e a relação desses com a equipe, além do papel do agente enquanto cuidador, trazendo a presença de agravos que foram identificados, mas que são referentes à saúde daqueles que os ACS acompanham durante as visitas domiciliares e não problemas desencadeados ou propícios à própria saúde.

Outra questão observada foi o fato de a maioria dos estudos ser realizado na região Sudeste, ficando o questionamento se de fato há maior número de casos de adoecimentos dos agentes comunitários de saúde nessa região ou se a grande quantidade de achados ocorre pelo fato de ser uma região onde tem maior concentração de estudos e pesquisas. E nas demais regiões, os poucos achados são decorrentes da falta de interesse em estudar mais afundo esse processo não estando, até o momento entre as prioridades de pesquisas? Ou deve-se à falta de investimentos nessas áreas, devendo ser prioritárias para o direcionamento das verbas de pesquisa?

É perceptível que há pouca valorização desse profissional e atenção aos diversos problemas de saúde que seu ambiente de trabalho lhe impõe e, dessa forma, o profissional a cada dia que ganha experiências profissionais ao executar suas atividades tem sua saúde ainda mais vulnerável. Ao mesmo tempo em que o ACS pode ser considerado sinônimo de melhorias das condições de saúde, no que diz respeito aos objetivos de sua profissão, por outro lado, torna-se também sinônimo de susceptibilidade e fragilidade, já que acaba por comprometer ou agravar seu próprio estado de saúde na tentativa de contribuir com a saúde da população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma maior compreensão sobre a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde e o quão importante é o papel desempenhado por esse profissional para o alcance de melhorias na saúde pública. A disposição do agente para prestar a assistência junto com a proximidade construída com a comunidade é capaz de gerar muitas contribuições e avanços bastante significativos.

No entanto, o alcance de melhorias não depende somente do profissional nem tampouco da sua disposição para realizar o trabalho, mas envolve todo o ambiente, as situações e as pessoas inseridas nesse contexto, o que torna a concretização de ações voltadas para a saúde do trabalhador um grande desafio a ser consumado.

Com tantos avanços e conquistas para a saúde da população brasileira, é inadmissível que os profissionais que prestam assistência e diariamente lidam com processo de saúde-doença, não tenham o mínimo de garantia de proteção à sua saúde enquanto trabalhador e também cidadão. Por muitos anos, sonhou-se com o direito a saúde sendo destinado a toda população e ainda hoje se espera por um sistema íntegro capaz de proporcionar desde o cuidado ao usuário-paciente, como também ao usuário-trabalhador inserido no sistema e coadjuvante de todo processo que nele ocorre.

A experiência construída com o presente estudo cria a oportunidade de se aprimorar nas pesquisas direcionadas ao entendimento do processo de adoecimento dos ACS e demonstra como ainda há a necessidade de desenvolver estudos nessa área, pois a literatura traz muitas referências sobre a estruturação e o processo de trabalho do agente, não havendo a relação desse trabalho com o nível de saúde ou as vulnerabilidades que estão frequentemente expostos, sem contar com as violências e agressões que muitas vezes são negligenciadas e estão mais presentes do que se imagina.

Além disso, todos os estudos utilizados na revisão foram do tipo transversal, o que denota a necessidade de estudos longitudinais para melhor aproveitamento e levantamento dos dados, principalmente se referindo a problemas e agravos de saúde que geralmente são gradativos exigindo um tempo maior de acompanhamento.

Diante da presença de tantos fatores que podem influenciar a boa qualidade de saúde dos ACS decorrentes do seu ambiente de trabalho e tendo em vista as leis, portarias e decretos que estimulam o olhar para a saúde dos trabalhadores sugere-se a complementação da Lei nº 11.350/2006, para que assegure a todos os ACS uma educação que vá além da formação

básica sobre o SUS, propiciando e estimulando os trabalhadores a sentirem valorizados com a profissão que executam através da oferta de cuidados à própria saúde realizando encontros quinzenais ou mensais para a formação continuada, envolvendo várias temáticas tanto voltadas para melhorias na assistência a ser prestada, como também referentes à saúde do trabalhador, ressaltando os riscos ambientais, a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual e dos cuidados que devem ter durante as visitas domiciliares, tanto no percurso como na inserção as residências.

Além disso, seria interessante que esses encontros fossem acompanhados pelos psicólogos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos demais profissionais inseridos nas ESFs, para compartilhamento de experiências e delimitações de soluções conjuntas, dentro de cada realidade local. Por mais experiente e psicologicamente preparado que seja o profissional, o acúmulo de situações que esses profissionais vivenciam e presenciam reforçados pelos adoecimentos psíquicos apontados pelo presente estudo, acaba comprometendo seu estado de saúde, gerando sobrecargas, sendo importante o auxílio de outros profissionais, na perspectiva do trabalho interdisciplinar, para dar a assistência necessária diante dos cenários integrados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; MELO, Cynthia de Freitas; ARAÚJO NETO, João Lins de. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012.

ALVES FILHO, Pedro; SANTOS, Ricardo Ventura; VETTORE, Mario Viana. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Pública**, p.67–77, 2014.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 349-360, 2011.

BARBOSA, Rose Elizabeth Cabra; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ARAÚJO, Tânia Maria de. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1569-1580, 2012.

BENAGLIA, Mirian Damaris. O impacto do ambiente de trabalho e do estilo de vida na saúde do trabalhador e a importância de se promover qualidade de vida nas empresas. **Revista Iuminart**. Ano IV, n 9, nov. p.75-90, 2012.

BRAND, Cátia Inácia; ARTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm.** v.15, n.1, p. 40-7, jan./mar. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.350, 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 n. 51, de 14 de fev. de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília, DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Trabalhar sim! Adoecer, não! O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organizado por Elizabeth Costa Dias. Colaboradores Idelberto Muniz Almeida *et al.* Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001a.

CAMELO, Silvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. v. 12, n.1, jan./ fev. p. 14-21, 2014.

CEZAR-VAZ, Marta Regina et al. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 17, n. 6, nov./dez. 2009.

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor; LIMA, Luciane Soares de. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Rev. enferm.** UERJ. Rio de Janeiro, vol.18 n.1, jan./mar. p.92-6, 2010.

CÔRREA, Carlos; PFEIFFER, Claudia Castellanos; LORA, Adriano Peres. O Agente COSTA, Marta Cocco da et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 33, n.3, p.134-140, 2012.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mônica Cecilia; TAKAHASHI, Renata Ferreira and BERTOLOZZI, Maria Rita. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v.45, n.5, p. 1260-1266, 2011.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENA S T. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.817-828, 2005.

DILÉLIO, Alitéia Santiago et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):503-514, mar, 2012.

FARIA, Horácio Pereira et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde.2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 898-906, abr. 2009.

FIGUEIREDO, Isadora Mishima de. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de Equipes de Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.262-7, abr./jun. 2009.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p.899-915, 2011.

FREITAS, Alexandra Correa de; MARCOLINO, Fernanda Ferreira; SANTOS, Irani Gomes dos. Agentes comunitários de saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 21, n. 1, p. 3-12, 2008.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.231-240, 2011.

GOMES, André de Lima et al. Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p.265-276, 2011.

HELETÍCIA, Scabelo Galavote et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 46, p. 575-586, jul./set. 2013.

JARDIM, Tatiana de Andrade Jardim; LANCMAM, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, jan./mar. p.123-135, 2009.

JULIO, Renata Siqueira; FILARDI, Monique Borsato Silva; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 119-126, jan./ fev. 2014.

LARA, Maristela Oliveira; BRITO, Maria José Menezes; REZENDE, Lilian Cristina. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.3, p.673-80, 2012.

LARA, Ricardo. **Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política**. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

MALTA, Monic et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n; 3, p.559-65, 2010.

MARTINI, Jussara Gue; MOTTA, Amanda Chelski da; WERLAN, Joana de Oliveira; COLOSSI, Letícia; FIGUEIREDO, Renato José Alves de. Ser saudável: representações de trabalhadores da estratégia saúde da família. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 3, n. 4, p. 44-53, 2012.

MARTINIS, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n3, p.426-33, 2007.

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16(Supl. 1), p. 873-880, 2011.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; PRADO, Fabio Ornellas; FERNANDES, Marcos Henrique. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, maio, p. 1375-1386, 2013.

MENDES, Karina Giane; THEODORO, Heloísa; RODRIGUES, Alice Dalpicolli; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.8, p.1423-1437, ago. 2012.

MINHOS, Michelli Bortoloti; CONTRERA-MORENO, Luciana. Prevalência da violência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Sidrolândia, MS. **Ensaio e ci. Campo Grande**, v. 10, n. 3, p. 151-160, dez. 2006.

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.550-6, out./dez. 2008.

NETTO ROSSI, Degmar Aparecida; CONTRERA-MORENO, Luciana. Riscos à saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de Sidrolândia, MS. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 10, n. 3, dez. p. 191-200, 2006.

NOGUEIRA, Helen Cristina; TAVELLA, Marcelo Navega. Influência do programa Escola da Coluna em Agentes Comunitários. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 3, p. 405-412, 2013.

NUNES, Mônica de Oliveira. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez. 2002.

RAMOS, Márcia Ziebell; TITTONI, Jaqueline; NARDI, Henrique Caetano. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 209-221, 2008.

RESENDE, Marineia Crosara de et al.. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2115-2122, 2011.

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 2, jun. p. 241-250, 2011.

RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioterapia**. São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SANTANA, Vilma Sousa et al.. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, n.6, p. 1004-1012, 2006.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n.3, maio-junho, 2007.

SHIMIZU, Helena Eri; JUNIOR, Daniel Alvão de Carvalho. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p.2405-2414, 2012.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; MENEZES, Paulo Rossi. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública** v.42, n. 5, p. 921-9. 2008.

TRINDADE, Letícia de Lima et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, set./oct. p. 684-689, 2010.

URSINE, Bárbara Lyrio; TRELHA, Celita Salmaso; NUNES, Elisabete de Fátima Polo Almeida. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VASCONCELLOS, Natália de Paula Carneiro; COSTA-VAL, Ricardo. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de Saúde de lagoa santa – MG. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2008.

VIEIRA, Camila Mugnai; CORDEIRO, Mariana Prioli. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família". **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro. v. 57, n. 1, p. 58-74, 2005.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Reginalice Cera da; JACKSON FILHO, José Marçal. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 289-302, 2010.

WAI, Mey Fan Porfíri; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.563-8, out/dez, 2009.

