



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Bruna Marques Machado

LEVANTAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PALMAS-TO

Palmas – TO
2019

Bruna Marques Machado

LEVANTAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PALMAS-TO

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a. Me. Lauriane dos Santos Moreira

Palmas – TO

2019

Bruna Marques Machado

LEVANTAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PALMAS-TO

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.^a. Me. Lauriane dos Santos Moreira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a.Me. Lauriane dos Santos Moreira

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a. M.e Thais Moura Monteiro

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Esp. DheineCaminski

Secretaria Municipal de Saúde- SEMUS

Palmas – TO

2019

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele eu não teria chegado até aqui, e aos Agentes Comunitários de Saúde dos CSCs 307 Norte, 207 Sul e Taquari, que contribuíram significativamente para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Para chegar até aqui eu abri mão de muitas coisas para realizar o sonho de ter uma graduação, foram momentos de grande aprendizado, choros, amizades e superação a cada semestre. Este sonho está prestes a se realizar e tenho muito a agradecer às pessoas que foram essenciais durante esse processo.

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder a vida e iluminar meu caminho nessa jornada.

Agradeço a minha família, em especial aos meus pais, Luzilene e Marcksoel e ao meu avô, Alair que sempre me incentivaram a realizar meus sonhos, e entenderam as minhas ausências e não mediram esforços para que esse sonho tornasse realidade, sempre com muito amor, carinho e fé.

A minha orientadora, professora Lauriane Moreira, que de maneira sublime me conduziu no decorrer da construção deste trabalho, por todas as vezes que me incentivou e me mostrou ser capaz de chegar até este momento, por compartilhar seus conhecimentos comigo e me ensinar a ter um olhar mais humano para com as pessoas, contribuindo assim para meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço aos amigos que ganhei ao longo da graduação por todas as vivências e trocas ao longo desses anos, em especial aos “PsicoAmigos” por serem os melhores amigos que alguém pode ter. As minhas amigas que estavam comigo no sepsi durante todo o processo final da graduação trazendo segurança, cumplicidade e carinho nos dias mais difíceis.

À minha amiga/irmã Fernanda Kelly que sempre esteve ao meu lado nos momentos de angústia e felicidade deste processo.

Agradeço a minha banca examinadora, professora M.e. Thais Monteiro e a Esp. Dhieine Caminski, por todas as contribuições dadas ao meu trabalho.

Aos Agentes Comunitários de Saúde dos CSCs 307 Norte, 207 Sul e Taquari deixo minha gratidão pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Agradeço aos meus professores do curso de Psicologia do CEULP/ULBRA que foram de suma importância para meu desenvolvimento pessoal e profissional. A Laryssa Resende por toda a paciência durante esses anos com todas as matrículas, me atendendo sempre com sorriso no rosto e simpatia.

Por fim, agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para que eu chegasse até aqui na concretização deste sonho.

“Há tanta informação disponível, mas talvez estejamos nos imbecilizando. Porque nos falta contemplação, nos falta o vazio que impele à criação, nos falta silêncios. Nos falta até o tédio, sem experiência não há conhecimento” (BRUM, 2016, p. 03).

RESUMO

MACHADO, Bruna Marques. **LEVANTAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PALMAS-TO. 2019.** 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Bacharel em Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

A saúde é um dos tripés da Seguridade Social (BRASIL, 1988), sendo fundamental na vida dos indivíduos. Outra variável importante para as pessoas é a sua relação com o trabalho, sendo fonte tanto de prazer quanto de sofrimento (DEJOURS, 2004). Partindo desta visão, a Estratégia Saúde da família (ESF) amplia o olhar de território para além dos aspectos estritamente biológicos. Para tanto, o ACS envolve-se intimamente com a comunidade, sendo necessário observar a sua saúde mental no ambiente de trabalho. Considerando esse cenário, o presente estudo identificou os aspectos psicossociais que afetam a saúde mental e a percepção do ACS referente ao trabalho. Para embasar a pesquisa, foram utilizados os marcos históricos da saúde pública brasileira, tal como a construção do SUS, o surgimento da categoria dos ACS, mudanças legislativas e aspecto relacionado à Saúde Mental e Trabalho. O método utilizado referiu-se a uma pesquisa de campo, que ocorreu em três Centros de Saúde da Comunidade (CSC) da cidade de Palmas – TO, levantando dados sobre os aspectos psicossociais relacionados ao trabalho do ACS, através do questionário PROART (FACAS, 2013). Os dados foram analisados conforme as categorias trazidas no próprio instrumento (contexto de trabalho, forma de gestão utilizada na organização, vivências em relação ao seu trabalho atual, problemas físicos psicológicos e sociais causados essencialmente pelo seu trabalho). Para cada categoria, foram apresentadas tabelas contendo os dados coletados, sendo esses confrontados com a literatura da Psicodinâmica do Trabalho e a legislação que sustenta o SUS. Os resultados apontam que os principais riscos enfrentados pelos ACSs do CSC 307 Norte e Taquari estão relacionados à como os trabalhadores veem suas tarefas, os materiais que lhes são ofertados e as condições de trabalho, com destaque para o ambiente territorial, permeado por desigualdades sociais e falta de segurança. Individualmente, o CSC 307 Norte apresentou um nível considerável de adoecimento patogênico. Em relação aos danos físicos no trabalho, os CSCs 307 Norte e Taquari apresentam resultados semelhantes em relação a dores nas costas, dor de cabeça e dores nas pernas. Já para o CSC 207 Sul os resultados foram positivos para todos os quesitos do PROART, considerando que, dentre os três campos de pesquisa, este é o que está inserido em um território com menor desigualdade social, o que pode explicar esse resultado.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Trabalho, Saúde Mental, Riscos Psicossociais.

ABSTRACT

Health is one of the tripods of Social Security (BRASIL, 1988), being fundamental in the lives of individuals. Another important variable for people is their relationship with work, being a source of both pleasure and suffering (DEJOURS, 2004). From this point of view, the Family Health Strategy (ESF) broadens the territory look beyond the strictly biological aspects. To this end, the ACS is closely involved with the community, and their mental health needs to be observed in the workplace. Considering this scenario, the present study identified the psychosocial aspects that affect mental health and the perception of ACS regarding work. To support the research, the historical landmarks of Brazilian public health were used, such as the construction of the SUS, the emergence of the ACS category, legislative changes and aspects related to Mental Health and Work. The method used referred to a field research, which took place in three Community Health Centers (CSC) of the city of Palmas - TO, collecting data on the psychosocial aspects related to the work of the ACS, through the PROART questionnaire (FACAS, 2013). The results indicate that the main risks faced by the CSC 307 Norte and Taquari ACSs are related to how workers view their tasks, the materials offered to them and the working conditions, especially the territorial environment, permeated by social and social inequalities. lack of security. Individually, the CSC 307 North presented a considerable level of pathogenic disease. Regarding physical injury at work, the 307 North and Taquari CSCs have similar results with regard to back pain, headache and leg pain. For CSC 207 Sul the results were positive for all PROART requirements, considering that, among the three research fields, this is what is inserted in a territory with lower social inequality, which may explain this result.

Keywords: Community Health Agent, Work, Mental Health, Psychosocial Risks.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Escala de frequência do tipo likert.....	35
Figura 2- Parâmetros de avaliação para a EOT.....	36
Figura 3- Parâmetros de avaliação para EEG.....	38
Figura 4- Parâmetros de Avaliação para ESPT.....	40
Figura 5- Parâmetros de Avaliação para EDT.....	42

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Perfil biossocial e ocupacional dos Agentes Comunitários de Saúde da pesquisa.....	35
Tabela 2- Média dos fatores da escala da organização do trabalho.....	36
Tabela 3- Média dos fatores da escala de estilo de gestão.	39
Tabela 4- Média dos fatores da escala de sofrimento patogênico no trabalho.....	41
Tabela 5- Média dos fatores da escala de danos físicos e psicossociais no trabalho.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária À Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSC	Centro de Saúde da Comunidade
ESF	Estratégia de Saúde da Comunidade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAVS	Rede de Atenção e Vigilância em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UPA	Unidade de Pronto-atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	16
2.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	22
3 METODOLOGIA	28
3.1 TIPOS DE ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	28
3.3 OBJETOS DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
3.4.1 Critérios de inclusão:	29
3.4.2 Critérios exclusão:	29
3.5.1 Variáveis dependentes:	29
3.5.2 Variáveis independentes:	29
3.6.1. INSTRUMENTOS	29
3.6.2. PROCEDIMENTOS	30
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
3.7.2 Benefícios	32
3.7.3 Desfechos	32
3.7.3.1 Primário	32
3.7.3.2 Secundário	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.2 ESCALA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO (EOT).....	36
4.2 ESCALA ESTILO DE GESTÃO (EEG)	38
4.3 ESCALA DE SOFRIMENTO PATOGÊNICO NO TRABALHO (ESPT).....	40
4.4 ESCALA DE DANOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO (EDT)	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	55
ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo vigente de saúde no Brasil baseava-se na assistência médica, sendo que este serviço era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e os cidadãos beneficiados com este serviço eram aqueles que contribuíam com a previdência social. Já os outros indivíduos ficavam por ser atendidos por serviços filantrópicos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Com o rumo que a saúde tomou no Brasil, em meados da década de 1970, deu-se início a luta pela redemocratização, surgindo assim o movimento da reforma sanitária com o auxílio de outras forças democráticas, conquistou alterações significativas nas formas de intervenção estatal sobre as práxis e problemas de saúde, com a ideia de que a saúde não era apenas o modelo médico, mas uma questão bem mais ampla (PAIM et al., 2011).

A reforma sanitária deu lugar para vários debates acerca da saúde no Brasil, dando abertura para discussões e mudanças significativas na saúde, foi então que aconteceu a promulgação da Constituição de 1988, marcando assim o início da democracia, a presente constituição se destaca pela criação do SUS e no artigo 196 da constituição dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BARROS et al., 2010).

Com base no Ministério da Saúde, o sistema único de saúde foi criado pela constituição federal de 1988, sendo um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, tendo como base principal a disponibilização de atendimentos desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, oferecendo assim acesso integral, universal e gratuito a toda população do país (BRASIL, 2009).

Após a criação do sistema único de saúde e todas as mudanças nas políticas públicas de saúde, surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e mais adiante o Programa Saúde da Família (PSF), os Agentes Comunitários de saúde (ACS) estão inseridos nas comunidades para atuar nas unidades básicas de saúde, inicialmente os ACSs não tinham nenhuma qualificação e sua profissão nem era regulamentada, com sua ascensão e a importância do seu trabalho no qual tem papel de fortalecimento da atenção básica enquanto política pública de saúde foi necessária a capacitação destes profissionais (BARROS et al., 2010).

Em consequente o trabalho é uma ferramenta importante para o ser humano, mas com a conjuntura atual deste tempo e da sociedade ele vem sendo enxergado como um fator de adoecimento enfatiza-se que o trabalho está intrinsecamente relacionado ao processo de saúde-doença e para compreender a relação entre esses pontos é preciso basear-se nas

experiências do sujeito, pois é ele quem vivencia as dificuldades e enfrenta as consequências decorrentes do trabalho, podendo gerar desgaste físico, mental e emocional (CARDOSO, 2015).

Nas relações entre as condições de trabalho, o ambiente laboral e a saúde do trabalhador apresentam-se atreladas na sociedade, porém com o tempo foram sendo dissociadas do trabalhador com a chegada da era moderna, conduzindo assim mudanças na organização do trabalho, e trazendo consigo o adoecimento psíquico resultante do vínculo de saúde e trabalho e vem aumentando cada dia com a globalização, na expansão do trabalho dentre outros fatores relacionados (CARREIRO et al., 2013).

Inseridos na organização do trabalho os ACSs são considerados peças fundamentais nos CSCs, sendo que este estabelece um vínculo com cada usuário da comunidade e com as demandas trazidas pelos indivíduos que permite uma comunicação eficaz entre saber científico e o senso comum, atuando como um facilitador entre o serviço de saúde e o acesso da comunidade a promoção e prevenção de saúde (MENDES; CEOTTO, 2011).

Assim, o trabalho dos ACSs pode ser definido como uma junção que une a comunidade e o sistema de saúde. De acordo com Silva e Menezes (2008, p. 922), “os ACS atuam como elo entre a equipe e a comunidade, fazendo a ponte entre o saber científico e o saber popular. Os ACS, portanto, lidam com contradições, por vivenciar a realidade e as práticas de saúde dos bairros onde moram e trabalham”.

Deste modo o trabalho desenvolvido pelos ACSs contribui sobremaneira no avanço da qualidade de vida dos indivíduos, com ações de promoção e vigilância em saúde. Essa profissão traz consigo um papel significativo no acolhimento, pois este faz parte da comunidade, ajudando no estabelecimento do vínculo e da confiança e permite uma proximidade maior com a população de determinado território (BRASIL, 2009).

Portanto, esta pesquisa envolveu os ACSs, que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), “parte da rede que é integral e responsável por formar a base e determinar o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades” (STARFIELD, 2002 p. 17). A APS possui como princípios ordenadores o primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, focalização na família e orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Assim, a presente pesquisa se estabeleceu nas etapas de levantamento de informações bibliográficas, levantamento de dados através do questionário PROART contendo questões objetivas e subjetivas. Visou-se elaborar um levantamento dos aspectos psicossociais do

trabalho do ACS e do mesmo modo sobre sua saúde mental. Em seguida foram analisados os dados, realizando-se um comparativo dos dados coletados com a teoria.

A pesquisa foi realizada em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), mais especificamente com a equipe dos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) 307 Norte, CSC 207 Sul e CSC Taquari em Palmas-TO.

Portanto, o presente estudo teve o seguinte problema de pesquisa: “quais os aspectos psicossociais afetam a saúde mental e a percepção do agente comunitário de saúde referente ao trabalho desenvolvido? ”. A partir de experiência de estágio com agentes comunitários, hipotetizou-se que a falta de reconhecimento e o excesso de trabalho podem causar implicações para a saúde mental dos agentes comunitários de saúde.

Para responder aos questionamentos acima, foi proposto como objetivo geral identificar os aspectos psicossociais que afetam a saúde mental e a percepção do agente comunitário de saúde referente ao trabalho desenvolvido. Tal objetivo se desdobrou em passos menores, quais sejam: identificar os riscos psicossociais atrelados ao trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde; verificar o modelo prescrito da organização exigida no trabalho; identificar os riscos de sofrimento patogênico nos participantes decorrente do trabalho; e verificar danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho executado pelo agente comunitário de saúde.

Essa pesquisa é relevante, pois o trabalho é caracterizado como um componente essencial para a vida humana, pois possibilita aos sujeitos uma fonte de recursos para a sobrevivência e também uma fonte para se satisfazer e se auto realizar. Assim o trabalho tem um valor importante na vida dos indivíduos e tem grande representação sobre a motivação dos trabalhadores e em sua produtividade (MORIM, 2001).

Assim a pesquisa tem relevância social por ser fonte de informação, servindo para elucidar a população, gestores e profissionais da saúde sobre a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde, pois ao investigar dados e publicações acerca do tema e ainda com a percepção através do convívio com os ACSs, percebe-se que esses trabalhadores fazem parte de uma classe desvalorizada, são pouco reconhecidos enquanto parte da equipe e necessitam de um ambiente adequado para um bom andamento e execução de suas competências, estando ainda inseridos em ambientes que favorecem seu adoecimento (TRINDADE et al., 2007). É viável do mesmo modo realizar análise e verificar a relação das condições de trabalho e as vulnerabilidades associadas ao contexto laboral, pois podem acarretar graves problemas para a saúde mental.

O estudo tem relevância também para a comunidade acadêmica, pois contribuirá no acréscimo de pesquisas que tem o foco na saúde mental do ACS, no agravo à saúde relacionada ao trabalho e os possíveis transtornos que estes trabalhadores são acometidos, trazendo assim uma perspectiva diferente de publicações já existentes. Sendo que pode ser benéfico para pensar em estratégias de cuidado em saúde mental, despertando assim o interesse da academia para desenvolver cada vez mais trabalhos relacionados a área de saúde do trabalhador. Pois de acordo com Trindade et al. (2007) é primordial dedicar atenção à saúde dos ACSs, visto que o trabalho, além de ser uma parcela de suas vidas, ocupa também uma ampla parte delas no que ajuda para a construção da identidade e da subjetividade. É por intermédio dele que organizam suas vidas, fazem parte da sociedade e desenvolvem sua visão de mundo.

Do ponto pessoal, este trabalho é relevante por acreditar que os agentes comunitários de saúde precisam de mais atenção a respeito das suas condições de trabalho, valorização e mais ainda na questão de sua saúde mental, pois em um contato com esses profissionais através da disciplina de Estágio Básico III, foi possível conhecer de perto a realidade que os assolam, motivando assim o desejo de elaborar algo mais profundo de forma a dar maior notoriedade aos ACSs.

Em vista disso, a presente pesquisa promoverá dados a comunidade social, acadêmica e científica, fazendo-se importante para que os gestores, a comunidade e a equipe de saúde possam voltar seu olhar para a saúde mental no ambiente de trabalho, pois identificar e criar estratégias é essencial na busca por mudanças na perspectiva de prevenção de doenças e promoção de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A chegada da corte portuguesa ao Brasil em 1808 estabelece novos rumos na administração pública colonial e causa mudanças até na área da saúde, e também deram *start* nas primeiras ações sanitárias, o que levou a criação dos centros de formação de médicos, os quais até então eram proibidos, não havendo ensino superior nas colônias (BRASIL, 2011).

No ano de 1829 foi constituída a primeira junta de higiene pública, porém demonstrou-se pouco eficaz, mesmo com as reformulações que passou, falhando no objetivo de cuidar da saúde da população. Até o ano de 1850, os serviços de saúde pública se limitavam a passagem de atribuições sanitárias às juntas municipais, como o controle dos navios e a saúde dos portos. Contudo, no ano de 1851, os médicos assumem o controle das medidas de higiene pública, transformando-as na junta central de higiene, com objetivo de inspeção de vacinas, o controle da medicina e polícia sanitária da terra (BRASIL, 2011). No entanto, o movimento da junta não foi capaz de resolver os problemas na saúde, mas deu abertura a uma nova fase na composição da higiene pública no Brasil.

A proclamação da república em 1889 veio com uma ideia de modernizar o país e, nesta conjuntura, os médicos faziam um trabalho de auxiliar o estado nos assuntos sanitários e, de acordo com as políticas sociais e em concordância com a constituição de 1891, era dever do estado às ações de saúde, de saneamento e educação. As políticas de saúde só iniciaram definitivamente em 1910, com o encontro de um movimento sanitarista, que de certo modo gerou uma consciência nas elites políticas sobre os resultados negativos do quadro sanitário do país (SOUZA, 2002; BRASIL, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MENICUCCI, 2014).

Após os movimentos iniciais sobre saúde pública no Brasil, iniciou-se o período da ditadura em 1937, havendo a institucionalização da saúde. Durante este período nem todos os cidadãos tinham direito à saúde, e foi assim que o governo criou o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsável por todas as questões sobre a saúde da população e que não se encontravam dentro área da medicina previdenciária. O MESP prestava serviço para os “pré-cidadãos”: pobres, desempregados, e os que tinham trabalhos informais, ou seja, todos aqueles que não usavam o serviço disponibilizado pelo sistema previdenciário (BRASIL, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MENICUCCI, 2014).

A saúde era então direito de poucos na ditadura, porém em 1946 com a nova constituição vigente, iniciou-se o período de 19 anos de vivência democrática, que trouxe para a saúde pública do país uma estrutura centralizada com vários programas e serviços que tinham como objetivo as campanhas e ações sanitárias, este período foi marcado ainda pela

criação do Ministério da Saúde muito almejado pelos médicos que atuavam na saúde pública (BRASIL, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A trajetória da saúde parecia estar ganhando cada vez mais espaço nas políticas públicas de saúde, porém no período do governo militar a história foi marcada pelo domínio financeiro das instituições previdenciárias e colocando em grande ascensão a mercantilização da saúde, o governo fez então mudanças institucionais afetando copiosamente a medicina previdenciária e a saúde pública ao unificar os programas de Aposentadoria e Pensões (IAPs) ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com intuito de concentrar as contribuições passando também a gerenciar a assistência médica dos trabalhadores que pagavam a previdência, já os trabalhadores rurais e os que tinham empregos informais eram excluídos do benefício (SOUZA, 2002; BRASIL, 2011; PAIM, 2008).

Ao longo de todos os acontecimentos, a saúde pública foi colocada à parte, pois se tornou ineficiente e só possuía valia para campanhas de baixa eficácia, gerando assim graves problemas para a saúde da população, crescia vorazmente a mortalidade e com a repressão política a situação só piorava para o campo da saúde com o exílio, intimidações, falta de financiamento e até o fechamento de centros de pesquisa (BRASIL, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; PAIM, 2008).

Por volta de 1975 o paradigma de saúde implantado pelo governo militar entrou em decadência, pois a situação que a população estava era atormentadora devido aos baixos salários e encontravam-se de mãos atadas por serem arduamente controlados pela política e a repressão, causando assim o aumento da marginalidade, favelas e a morte de crianças. Todas essas consequências iniciaram por priorizarem a medicina curativa, sendo incapaz de resolver os problemas de saúde coletiva (BRASIL, 2011).

Com toda a trajetória do modelo de saúde pública vigente no país, o movimento sanitário surge, ao aflorar as denúncias sobre a situação caótica da saúde e dos serviços previdenciários, destacando-se por uma grande vivência singular em torno da luta em volta das políticas públicas, transformando a relação do estado e da sociedade dando lugar assim a participação social (BRASIL, 2011).

A reforma sanitária começou a se organizar a partir dos departamentos de medicina preventiva que resultou na inserção da medicina social no meio acadêmico no Brasil, o que gerou novas concepções sobre a prática médica que passa a pensar em uma saúde coletiva e no processo de saúde-doença com foco na coletividade. E foi durante o governo Geisel (1974-1979) que a reforma ganhou maior abertura para tratar sobre as propostas de melhorar e democratizar a saúde para a população carente (SCOREL, 1999; BRASIL, 2011). E de acordo

com Paiva e Teixeira (2014, p. 22) “Integrando o mesmo contexto, em setembro de 1979, criava-se a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. A criação da Abrasco foi um marco importante para o processo que instaurou a identidade da área de saúde coletiva, destacando-se pela sua diversidade de saberes, abordagens e perspectivas, sendo um movimento que extinguiu às formas decadentes da prática de saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Assim com toda a trajetória da saúde pública no Brasil, chega-se ao desfecho que:

Esses organismos de dupla face, junto com outros atores, foram de fato o coração pulsante da reforma sanitária brasileira. Sua destacada presença e atuação na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), nas plenárias da saúde e/ou no Conselho Nacional de Saúde dão, em boa medida, o alcance de sua fundamental contribuição à agenda e aos empreendimentos da reforma sanitária brasileira, bem como ao processo de reinstauração da democracia no Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

Deste modo ao incorporar várias lideranças no movimento sanitário, onde se consolida a noção da aproximação de maneira coordenada da união da medicina preventiva com a saúde pública, que só foram possíveis através de programas como as Ações Integradas de Saúde (AIS) que instaurou as bases de regionalização e hierarquização, ao procurar associar a rede pública no âmbito federal, estadual e municipal. Logo ao fim dos anos 1980 todas essas medidas foram propostas pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2011).

É chegado então o epílogo do regime militar em 1985, trazendo enfim a Nova República, com a realidade vigente do país os líderes do movimento sanitário assumem cargos estratégicos nas instituições que comandam as políticas de saúde e em 1986 realizam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo presidido por Sérgio Arouca, o movimento foi um dos mais importantes na história do processo de democratização da saúde (BRASIL, 2011; PAIM, 2008).

Um novo Brasil na metade dos anos 80 começa a ganhar forma com a as reivindicações da população, que iam às ruas lutar por seus direitos. Em 1846 a temática no país era a saúde, e na 8ª Conferência Nacional de Saúde que reuniu mais de cinco mil representantes de todas as regiões e classes sociais, sendo pela primeira vez dentro de 45 anos, realmente voltada para a questão popular e atentando-se para as experiências nas áreas de saúde pelo Brasil a fora, como as condições de saúde e as melhorias que eram almejadas (BRASIL, 2009).

Um marco importante foi a conformidade de todos em criar o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), foram debatidas pautas significativas como a correlação

entre política social e econômica e a discussão sobre os serviços de saúde serem públicos e fundamentais para a população. Porém a herança mais relevante da conferência foi a consolidação da Reforma Sanitária e conseguinte foi feita a Carta Magna que representaria a redemocratização do Brasil (BRASIL, 2009).

As linhas de que levaram as grandes mudanças no Brasil só cresciam ao passar do tempo, no ano de 1987 o novo governo partiu para fazer alterações na constituição, foi então que aconteceu a promulgação da Constituição de 1988, marcando assim o início da democracia, a presente constituição se destaca pela criação do Sistema Único de Saúde e no artigo 196 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e que o programa de saúde deve garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sem nenhum tipo de discriminação, o sistema proporciona a atenção integral à saúde, sendo este um direito de todos os brasileiros, iniciando-se desde a gestação até o findar da vida com foco na saúde e na qualidade de vida, buscando a prevenção e promoção da saúde. Foram instituídas também as diretrizes a serem seguidas pelos sistemas públicos de saúde (PAIM, 2008).

O sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de dezembro de 1990 estabelecendo que o SUS deve estar numa direção única, em conformidade com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, devendo ser exercida nos setores do governo pelos órgãos, no domínio da união, através do Ministério da Saúde; nos estados e Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde e nos municípios, pelas secretarias municipais de saúde. Já a Lei nº 8.142 diz respeito sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também como se deve ser distribuído os recursos financeiros direcionados saúde, essas duas leis deram abertura para as mudanças de saúde e sociais (BRASIL, 2009; MENDES, 2011). Sendo assim dispõe-se sobre a organização do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2009, p.24).

O Sistema Único de Saúde é regido por princípios de dois tipos os “finalísticos- Universalidade, Equidade e Integralidade” e os “estratégicos- Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social”, o primeiro tem por objetivo à natureza do sistema que se pretende conformar, já o segundo dispõe sobre as diretrizes

políticas, organizativas e operacionais, que indicam a maneira que deve ser construído o sistema (MATTOS, 2009; MATTA, 2007; TEIXEIRA 2011).

O princípio de Universalidade destaca que a “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, portanto o SUS é encarregado de disponibilizar atendimento a todos, sem diferenças ou limitações, dando a atenção necessária, sem qualquer custo para os cidadãos. No princípio da integralidade o SUS precisa estar organizado no formato que assegure para indivíduos e a coletividade os direitos à saúde, independente das condições econômicas, da idade, local de moradia dentre outros, junto a ações e serviços de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Com o princípio da equidade os serviços devem promover a justiça social, direcionando maior atenção aos que mais precisam, distinguindo as necessidades de cada indivíduo, e tem por objetivo diminuir as desigualdades (MATTOS, 2009; MATTA, 2007; TEIXEIRA 2011).

O princípio de descentralização diz respeito ao poder de decisão sobre a política de saúde a nível federal, estadual e municipal, ocorrendo uma transferência a partir da redefinição da utilidade e responsabilidades de cada nível de governo a respeito da condução político administrativa do sistema de saúde no repasse de recursos financeiros, humanos e materiais que deverão ser utilizados no controle das instâncias governamentais. A Regionalização concerne sobre a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, delimitando espaços territoriais característicos no sentido de arrumar as ações de saúde, subdivisões e agregação do espaço político administrativo. No princípio de hierarquização fala sobre a organização de acordo com o grau de complexidade técnica dos serviços, ou seja, a organização da rede articulada das, mais simples para as mais complexas por meio da referência e contra-referência dos usuários e de informações. E por fim o princípio da participação social que prediz sobre a organização e a participação da população na gestão do SUS, ocorrendo através dos Conselhos e Conferências de Saúde, em âmbito nacional, estadual e municipal (TEIXEIRA, 2011).

O Sistema Único de Saúde é dividido e organizado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecida para organizar ações e serviços de saúde, buscando assim por meio integrado dos sistemas técnicos, logístico e de gestão, com intuito de assegurar a integralidade no cuidado em saúde. A RAS tem por objetivo propiciar a inserção das ações e serviços de saúde e o fornecimento de uma atenção contínua, integral, com qualidade, responsável e humanizada para a população (MENDES, 2011).

Incorporado na RAS, há subdivisões chamados de níveis de atenção à saúde, sendo oferecido cuidado através da atenção primária, secundária e terciária/hospitalar. A atenção

primária em saúde é parte importante no processo de descentralização, tem por objetivo proporcionar o acesso universal aos serviços, coordenando e encaminhando para níveis de maior complexidade de cuidado e responsável também por executar ações em vários setores de promoção de saúde e a prevenção de doenças. Faz uso de recursos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PAIM et al., 2011). A atenção secundária presta serviço especializado dentro do SUS de “média complexidade”, estão inseridos nestas categorias os centros de atenção psicossocial (CAPS) a residência terapêutica (SRT), unidade de pronto-atendimento (UPA) e o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). E a atenção terciária proporciona atendimentos em hospitais abrangendo especialidades de “alta complexidade”, e oferecem serviços com um aparato tecnológico maior (MENDES, 2011; PAIM et al., 2011).

A APS é organizada através do agrupamento de ações de promoção e proteção à saúde, realiza diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção. Todas as ações são feitas por uma equipe de saúde sendo dirigidas a cada um dos indivíduos, às famílias e a coletividade. Tem por objetivo resolver os problemas habituais da população reduzindo os danos e o sofrimento e promovendo melhor qualidade de vida para os usuários, todas essas ações acontecem com auxílio do PSF que atualmente é chamado de estratégia de saúde da família (ESF), guarnecida é operacionalizada com uma equipe multiprofissional, na qual acompanha uma determinada quantidade de famílias que estão dentro de sua área delimitada, desenvolvem ações através de práxis sanitárias, de maneira democrática e com a participação da comunidade (SPERONI et al., 2016; BRASIL, 2009).

As ações desenvolvidas na ESF com a equipe multidisciplinar têm a participação dos Agentes Comunitários de Saúde, que já atuavam no Brasil antes mesmo da criação do programa de saúde da família, no ano de 1943, onde o Ministério da Saúde com auxílio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública formava auxiliares e visitantes sanitários. Logo surge os “médicos de pés descalços” na China que praticavam um papel importante para melhorar as condições de saúde dos camponeses, inspirado nessas ações surge em meados da década de 70 e 80 a necessidade de encontrar estratégias para o nível de atenção em saúde no país (MIYASAKA, 2011; MOROSINI; CORBO, 2007).

Assim as experiências com os agentes comunitários de saúde se iniciam primeiramente na região nordeste sendo mais precisa no estado da Paraíba, as ações iniciais foram no Ceará no período de 1987 a 1990, essas ações deram abertura para que mais tarde o Ministério da saúde instituísse o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e a partir daí as experiências que já vinham sendo desenvolvidas deram forma para que

o Ministério da Saúde legitimasse a função de ACS (ÁVILA, 2011; MOROSINI; CORBO, 2007). Para que suas atividades dos agentes comunitários de saúde possam ser desenvolvidas legalmente, sua profissão é legitimada pela Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre como deve se desenvolver o trabalho dos ACSs, sendo esta lei alterada pela Lei nº 13.595 de janeiro de 2018, que diz respeito a reformulação das atividades, jornada e condições de trabalho, o grau de formação profissional e cursos técnicos de formação continuada (SPERONI et al., 2016; BRASIL, 2018;).

De acordo com Speroniet al. (2016), até de agosto de 2018 totalizavam-se 263.756 agentes comunitários de saúde trabalhando e estes estavam alocados em 98% dos municípios brasileiros, compondo as equipes da ESF.

O trabalho do ACS se faz através da mediação entre a população e o serviço de saúde, por intermédio de ações educativas, prevenção de agravos, promoção e vigilância em saúde, e de acordo com Silva e Menezes (2008, p. 922), “os ACS atuam como elo entre a equipe e a comunidade, fazendo a ponte entre o saber científico e o saber popular”. Essa ação se torna possível, pois os ACSs moram e trabalham no território, conhece profundamente as famílias e as necessidades de cada um.

O agente comunitário de saúde conhece de perto os problemas que assolam a comunidade e tem uma grande capacidade de se comunicar com os indivíduos, o seu trabalho propicia mudanças no que se referem às adversidades e influências na qualidade de vida das famílias, fazem ações de saneamento básico, destino do lixo, condições ruins de moradia, exclusão social, desemprego, violência dentro da família, álcool e outras drogas (BRASIL, 2009). Sendo este um agente de transformação dentro da comunidade, e dentro dos centros de saúde.

2.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

A saúde é um dos aspectos mais significativos da existência humana, contudo seu conceito é definido de várias maneiras, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é exclusivamente a inexistência de doença, no entanto é uma condição de completo bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997; ALMEIDA FILHO, 2000).

Em contraponto a definição de saúde da OMS, Dejours pontua duas críticas ao modelo, o primeiro e sobre o significado de completo bem-estar este é difícil e certamente improvável de se definir, o segundo ponto seria que o “estado” de completo bem-estar não existe. Assim é viável considerar o completo bem-estar como um ideal ou até mesmo uma ficção, com isso a saúde não seria um estado, mas um objetivo a ser alcançado, possibilitando

através desta nuance sutil o desenvolvimento de ação de prevenção e conquista da saúde (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993).

Faz-se importante destacar a portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012 que dispõe sobre a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora ela tem por objetivo delinear os princípios, diretrizes e estratégias que devem ser consideradas pelos três setores do SUS, contribuindo assim para a promoção de uma atenção completa à saúde do trabalhador, com destaque para a vigilância e com foco na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a diminuição da morbimortalidade e os agravos a saúde resultantes dos padrões de desenvolvimento e métodos de trabalho (BRASIL, 2012).

Sendo assim, faz-se necessário abordar sobre a Saúde Mental (SM) sua conceituação é bastante ampla, não se pode dizer que ela se refere apenas a inexistência de perturbação mental, mas um dispositivo de diversas e complexas interações com a inclusão de condições biológicas, psicológicas e sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A saúde mental atualmente tem uma relação intrínseca com as práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com a finalidade de reduzir e ressignificar a vida das pessoas em sofrimento psíquico, compreende-se como uma área de conhecimento e prática técnica, envolvida nas políticas públicas de saúde (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Para se ter uma saúde estável é necessário levar em consideração os aspectos sobre a qualidade de vida, não se tem possibilidade de defini-la, mas entende-se essa condição como algo intrínseco, sendo que só pode ser ponderado pelo respectivo indivíduo, então esses dois aspectos juntos trazem para as pessoas uma sensação satisfatória de equilíbrio entre o sujeito e a realidade que ele vive, pode-se enxergar uma estreita relação entre a qualidade de vida e o trabalho, pois o mesmo pode ser fonte ou um agente de doenças influenciando diretamente na qualidade de vida e na saúde integral das pessoas (PEREIRA et al., 2018).

Há, no entanto, de se falar de qualidade de vida relacionada ao trabalho, que é denominada como Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), é tida como processos de gestão de pessoas que busca o rendimento saudável, o incentivo, a evolução humana e o bem-estar pessoal e profissional. No contexto atual a QVT tem a utilidade de atuar sobremaneira para a evolução da condição de vida no trabalho, abrangendo desde os hábitos e procedimentos organizacionais, até chegar ao meio físico e os modelos de relacionamento (SCHIRRMESTER; FRANÇA, 2012).

Como explanado anteriormente o trabalho é uma peça fundamental que auxilia na produção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos, seguindo deste ponto podemos dizer que a associação de trabalho e saúde tem uma grande proximidade histórica que se

intensificou com a chegada da contemporaneidade, e busca assim integrar os eixos de trabalho e saúde. O trabalho pode ser definido como uma mescla de atividades e esforço produzidos pelas pessoas que buscam atingir metas tanto profissionais como pessoais, faz com que os indivíduos se aperfeiçoem e desenvolvam habilidades, e tornando se um fundamento da vida, através dele é possível também saciar as necessidades (CARVALHO, 2016).

Como se observa o trabalho é fonte essencial na vida humana, os indivíduos estão inseridos nas organizações de trabalho e trazem consigo a história de sua vida pessoal ao adentrarem na organização é necessário que o mesmo se adapte ao ambiente. O universo do trabalho passou por uma intensa transformação com a passagem de uma economia voltada para o comércio manufaturado até a industrialização, na atualidade vive-se o momento da globalização onde apresenta a divisão e variação dos trabalhadores, percebe-se também a redução dos direitos e sentidos por conta do tempo atual (MENDES, 1995; AMARAL; MOTA; ALVES, 2011).

Diante das concepções anteriores deve-se abordar sobre a centralidade no trabalho podendo ser definida como a importância que o trabalho tem na vida de uma pessoa em determinado momento, essa centralidade tem como convicção o valor do trabalho. Essa perspectiva demonstra os resultados valorativos do trabalho relacionados às atividades desenvolvidas pelos indivíduos, o que leva a responder uma indagação do por que as pessoas trabalham.

Historicamente o trabalho está relacionado ao esforço constante e ao sofrimento, mas em um modelo ambíguo e oferece várias possibilidades para satisfação, aperfeiçoamento e aquisição da subsistência. Em vista disso compreende-se que o trabalho é uma vivência social e concreta, tanto individual como coletiva, que se reflete socialmente na vida dos sujeitos (FERREIRA, 2017).

Em concordância com o mundo do trabalho as discussões referentes à morfologia do trabalho vêm ganhando cada vez mais espaço, desta forma pode-se dizer que esse fenômeno busca compreender as mudanças que acontecem no mundo do trabalho dentro do cenário mundial marcados pela precarização do trabalho, a informalidade e a flexibilização ilimitada do trabalho, de acordo com o autor essas mudanças ocorreram após uma mutação informacional diante da revolução tecnológica, trazendo assim grandes mudanças para o mundo do trabalho, a nova morfologia do trabalho busca então identificar a nova classe trabalhadora da atualidade (ANTUNES, 2008a; ANTUNES, 2014b).

O trabalho pode gerar na vida dos seres humanos diversos acontecimentos e circunstâncias, onde é capaz de contribuir na estruturação do bem-estar, ou em sua redução,

pois o trabalho conforme sua situação pode fortificar a saúde mental ou até mesmo desencadear distúrbios (FERREIRA, 2014). Indo além sobre as concepções acerca do trabalho entende-se que a maneira atual da organização do trabalho pode ser um dos causadores de adoecimento nos trabalhadores, pois exigem um ritmo excessivo, com uma carga alta de responsabilidades e precisam ter cada vez mais capacidade de realizar tarefas complexas (GOMES, 2011).

Assim podemos dizer que o trabalho é um produtor de significados e que se ampara nas relações sociais de trabalho, contribuindo para a estabilização psíquica do indivíduo, desta maneira as experiências de bem-estar e sofrimento encontram-se paralelas uma à outra e em algum momento uma irá se sobressair à outra. Logo a satisfação só é vivenciada quando se é reconhecido e valorizado no trabalho, já o sofrimento experimentado quando há o esgotamento em detrimento do trabalho (BAHIA, 2014).

Dentro das nuances do trabalho pode-se destacar que a intensificação do trabalho é uma situação inerente a todo trabalho concreto. Essa intensificação pode ser entendida como uma circunstância que requer energia física, intelectual e emocional do trabalhador com o propósito de gerar maiores resultados. A intensificação do trabalho no cenário atual tem dois lados um que é positivo para as empresas, pois as mesmas têm uma elevação na produtividade, em contrapartida tem um lado negativo para os trabalhadores ao serem expostos a esse aumento da intensidade de trabalho gerando nos indivíduos doenças ocupacionais e a dificuldade de conciliar o trabalho com as outras áreas da vida (DAL ROSSO, 2011; TAVARES, 2017).

Tavares (2017) destaca que o seguimento da intensificação do trabalho se expressa na aquisição de novas tecnologias, isto é, procedimentos de organização da construção que atuam num dispêndio gradual das energias físicas, emocionais e cognitivas dos trabalhadores, deste modo todo trabalho gera gastos de energia nos indivíduos, mas o que os diferencia é a intensidade que cada atividade requer.

A intensificação do trabalho traz consigo vários pormenores, identificando que na atualidade não há mais um lugar de trabalho e de lazer, pois tudo se conecta. O ser humano está sempre de alguma maneira trabalhando e alcançou com isso a façanha de ser senhor e escravo ao mesmo tempo (BRUM, 2016).

Neste tempo os anos parecem estar mais acelerados e nos deparamos então com indivíduos exaustos e correndo, pois, exausto e correndo tornou-se uma condição humana deste tempo, para tanto um corpo só não é o suficiente para lidar com essa condição e ele acaba por ser um estorvo, assim esse corpo adocece por não conseguir acompanhar o ritmo

ficando ansioso deprimido e chega até a entrar em pânico e para resolver o problema dopamos esse corpo por não ser capaz de acompanhar essa velocidade não humana dos dias atuais (BRUM, 2016).

Brum (2016, p. 03) salienta que “há tanta informação disponível, mas talvez estejamos nos imbecilizando. Porque nos falta contemplação, nos falta o vazio que impele à criação, nos falta silêncios. Nos falta até o tédio. Sem experiência não há conhecimento”.

Portanto, o trabalho moderno afeta a saúde dos trabalhadores em decorrência da incessante modificação do trabalho concreto para o abstrato, transformação essa que é inerente à modificação da força de trabalho humana por maquinários e equipamento (DAL ROSSO, 2006).

Diante do trabalho concreto o trabalhador utiliza-se de diferentes recursos além de seu esforço físico, ele faz uso de sua inteligência, da habilidade de entendimento, imaginação, observação e o raciocínio, leva-se em consideração a afetividade ao se conectar junto os companheiros de trabalho, assim o trabalho material apresenta-se como integral na existência dos indivíduos, todas as vertentes de sua personalidade são abrangidas no processo de trabalhar. Já o trabalho imaterial ganha cada vez mais espaço resultante da investigação da divisão social do trabalho com a inserção de equipamentos pensantes, de comunicação é armazenamento de informações essas mudanças levam a uma crescente expansão do trabalho imaterial. E como resultado disso o trabalhador é cada vez mais cobrado por rendimento e melhor empenho no trabalho (DAL ROSSO, 2006).

De acordo com Dal Rosso (2006) com a expansão da divisão social do trabalho e o seu progresso em direção ao espaço da imaterialidade, demonstra-se a utilidade de fortalecer o conhecimento de mais-valia relacionada ao trabalho intelectual e a abrangência afetiva na geração de valor.

Entretanto, com o longo caminho entre o trabalho e a saúde, em meados do ano de 1970 dava-se início aos estudos sobre Psicodinâmica do Trabalho através dos estudos de Christophe Dejours, ele então se torna o precursor na concepção de uma nova ciência voltada para a investigação do sofrimento psíquico decorrente do encontro do indivíduo com o sistema de trabalho. No prelúdio dos anos 1990 surge a clínica do trabalho para desenvolver ações na área de saúde mental e trabalho, ela procura fazer intervenção em casos reais de trabalho e compreende os meios psíquicos (BUENO; MACÊDO, 2012).

A psicodinâmica do trabalho com enfoque na clínica tem intuito de produzir conhecimento, incluindo-se como dispositivo apto para compreender tanto os recursos de saúde como os distúrbios do trabalho, nisto podemos dizer que a saúde no trabalho não é a

inexistência de sofrimento, mas sim a capacidade que cada pessoa de usar seus recursos interiores e exteriores para modificar o sofrimento pela procura de prazer e realização (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

A clínica psicodinâmica do trabalho baseia suas em três hipóteses, o primeiro refere-se ao interesse junto ao desempenho do trabalho, com intuito de recuperar a vontade de agir do trabalhador, a segunda é sobre ver o trabalho como uma ação do trabalho real e da composição de significados pessoais e sociais e por fim o terceiro diz respeito ao vínculo do sujeito com o trabalho (FACAS; FISCHER; GHIZONI, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE ESTUDO

A pesquisa teve como objetivo realizar um levantamento dos riscos psicossociais dos ACS no trabalho, com intuito de verificar as especificidades de cada CSC em que esses trabalhadores estão inseridos. Considerando isso, abaixo foi apresentada a trajetória metodológica que o estudo seguiu.

Este estudo tratou-se de uma pesquisa aplicada, que tem como objetivo fornecer conhecimento para posterior aplicação prática, com enfoque prático na solução de problemas, abrangendo verdades e interesses locais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Realizou-se uma pesquisa de natureza quantitativa, já que qualificou os resultados referentes à problemática supracitada, com o foco na objetividade (FONSECA 2002).

A pesquisa teve finalidade exploratória, de modo que permitiu maior proximidade com o problema a ser pesquisado, com o intuito de torná-lo mais visível, e podendo esclarecer e modificar ideias (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Foi também descritiva, pois buscou expor os fenômenos por meio dos conteúdos que o ambiente evidenciou para um melhor entendimento sobre os aspectos psicossociais do trabalho do ACS, não interferindo, mas descrevendo como ocorreu (SILVA, 2015).

O procedimento realizado foi uma pesquisa de campo, com propósito de contemplar os fatos e fenômenos e como eles acontecem, podendo assim obter informações e conhecimento sobre o problema que buscamos respostas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Esse delineamento metodológico teve como campo de estudo uma USF, as quais em Palmas – TO são chamadas de Centro de Saúde da Comunidade (CSC).

O estudo foi uma das etapas previstas no projeto de pesquisa “Levantamento dos riscos psicossociais dos agentes comunitários de saúde em unidades de saúde da família de Palmas-TO”, desenvolvido pela Me. Lauriane dos Santos Moreira, aprovado pela Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) através do CAEE 20312119.0.0000.5516.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na sala dos ACSs, sendo estas nos CSC 307 Norte, localizado na quadra 307 Norte, Alameda 09, APM 12; CSC 207 Sul na quadra 207 Sul Alameda 04; e os CSC's foram escolhidos de modo a contemplar um da Região Central, um da Região Sul e um da Região Norte de Palmas. Além disso, nesses CSCs já havia sido realizado estágio

curricular de Psicologia com os ACSs, e daí levantou-se a necessidade de continuar desenvolvendo ações em prol dessa categoria profissional.

3.3 OBJETOS DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo desta pesquisa foram os ACSs, sendo que foram chamados todos que atuam nos CSCs em questão, totalizando 37 (trinta e sete), destes apenas 21 participaram da pesquisa. Portanto, a amostra fez-se por conveniência, pois foi composta daqueles que concordaram em participar da pesquisa e se disponibilizaram a responder o questionário, mediante concordância em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme a Resolução CNS nº 466/2012 e 580/18.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.4.1 Critérios de inclusão:

Participaram da pesquisa pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que atuassem como ACS no CSC 307 Norte, 207 Sul e CSC Taquari e que concordaram em assinar o TCLE.

3.4.2 Critérios exclusão:

Foram excluídos participantes que não responderam integralmente ao questionário, agentes comunitários de saúde que estavam de licença particular ou médica ou em desvio de função, como estar em um cargo administrativo.

3.5 VARIÁVEIS

3.5.1 Variáveis dependentes:

Aspectos psicossociais dos agentes comunitários de saúde em relação ao contexto de trabalho.

3.5.2 Variáveis independentes:

Condições de trabalho no CSC.

3.6.1. INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento PROART- Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho (FACAS, 2015), disponível no anexo A, tanto as questões objetivas quanto discursivas. O instrumento tem como objetivo mapear os riscos psicossociais no trabalho, investigando as características da organização exigida pelo trabalho, analisa também o estilo da gestão da organização, faz levantamento dos riscos patogênicos no trabalho e identifica os possíveis danos físicos e psicológicos no trabalho. Para

a aplicação do questionário foi utilizado apenas às questões da escala *likert*, as perguntas abertas não foram utilizadas.

3.6.2. PROCEDIMENTOS

Apresentação da pesquisa:

Foi realizada uma reunião com cada grupo de ACSs nos determinados CSCs. Nesses encontros apresentou-se o projeto para os possíveis participantes e então foi feito o convite para que participassem da pesquisa, e foi também o momento para sanar quaisquer dúvidas que tinham sobre a pesquisa.

Aplicação de questionário:

O instrumento foi utilizado por meio eletrônico como documento do *Google Docs* em modelo de questionário *online*, o qual foi enviado o *link* para cada um dos ACSs responderem as perguntas abertas e fechadas. Utilizou-se um tempo de cerca de 20 a 30 (trinta) minutos para que os participantes respondessem ao questionário. Nesta ocasião o instrumento foi explicado esclarecendo assim as possíveis terminologias técnicas não conhecidas pelos ACSs. A acadêmica pesquisadora esteve presente durante toda a aplicação para o esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir por parte dos participantes.

Considerando a rotina de trabalho dentro do CSCs, o questionário foi aplicado pela manhã, entre 7h e 9h, horário em que os ACSs ainda não saíram para realizar as visitas domiciliares e estão disponíveis para atividades burocráticas dentro da unidade de saúde, para atender usuários do SUS ou outras demandas, tais como a pesquisa que se apresenta. Portanto, eles só saem para as visitas após as 9h costumeiramente, o que facilitou a coleta de dados no horário anterior. Importante explicar que essa informação foi colhida a partir de experiência prévia da acadêmica-pesquisadora em CSC no qual fez estágio curricular, sendo essa a rotina dos ACSs em Palmas – TO. Como o presente projeto foi aprovado junto a CAPP/FESP, os dirigentes da instituição estão cientes e concordantes.

Análise dos dados:

Os dados foram analisados conforme as categorias trazidas no próprio instrumento PROART, nos quais sejam contexto de trabalho, forma de gestão utilizada na organização, vivências em relação ao seu trabalho atual, problemas físicos psicológicos e sociais causados essencialmente pelo seu trabalho.

E cada categoria apresenta gráficos ilustrativos dos dados coletados, sendo que esses foram confrontados com a literatura da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1949,

MENDES; ARAUJO, 2012, DEJOURS; ABDOUCHELI; JYET, 1994) e a legislação que sustenta o SUS (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90; a Atenção Primária Portaria nº 2.436) e o trabalho dos ACS (Lei nº 13.708/2018).

Após ter sido finalizado a análise e ao passar a apresentação pública da pesquisa a partir da banca de TCC, os resultados deverão ser apresentados nos CSCs que foram locais da pesquisa. Será proposta reunião para apresentação dos resultados para os ACSs e será entregue uma cópia da monografia para a coordenação do CSCs, deixando ainda aberta a possibilidade de nova reunião com toda a equipe, caso a coordenação assim queira. Frisa-se que os dados foram categorizados de tal modo que não é possível identificar participantes individualmente, mas a média das respostas trazidas por eles. Uma cópia do TCC será entregue para arquivamento nos CSCs envolvidos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por envolver pesquisa com seres humanos, este projeto, após submissão na plataforma FormSUS e aprovação da CAPP/FESP, foi cadastrado na Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Após aprovação do CEP, a pesquisa deu-se início.

A pesquisa respeitou a individualidade de cada participante em todas as dimensões, sendo elas biológicas, sociais, psicológicas, espirituais, religiosas e econômicas, resguardando a subjetividade de cada um. O sigilo a respeito das informações e dados pessoais expostos para a pesquisa foi devidamente assegurado para que não haja danos aos participantes, garantindo seu anonimato e a preservação da integridade moral dos ACSs.

Os agentes comunitários de saúde dos CSCs307 Norte, 207 Sul e Taquari foram convidados a assinar o TCLE, conforme os princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/12 e 580/18. O TCLE foi lido e esclarecido pela acadêmica-pesquisadora objetivando-se facilitar a compreensão dos participantes, caso ocorresse eventuais dúvidas quanto ao seu conteúdo.

3.7.1 Riscos

Caso o participante sinta algum desconforto psicológico ou risco de prejuízo moral, intelectual e social da exposição sobre sua condição laboral e teórica em decorrência das indagações da pesquisa, precisando de suporte psicológico, a acadêmica-pesquisadora prestará acolhimento, fazendo escuta qualificada e, caso necessário, solicitará apoio da professora-pesquisadora, que atenderá o participante em consultório particular ou o encaminhará ao

Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, localizado no Núcleo de Atendimento à Comunidade (NAC), localizado na Quadra 108 norte, Alameda 12 lote 10 – Plano Diretor Norte – Palmas/TO, telefone (63) 3223-2016, no qual são oferecidos serviços psicológicos gratuitos à comunidade.

Destaca-se ainda que, apesar de o PROART (FACAS, 2013) avaliar também aspectos relacionados à forma de gestão utilizada no local de trabalho, os participantes podem ter receio de represálias, no entanto, como a aplicação do questionário foi individual, colhendo as respostas em formulário *online* de preenchimento pelo próprio participante, o risco de as respostas se tornarem públicas só ocorrerá se o próprio participante quiser falar a respeito delas no seu local de trabalho, pois o sigilo por parte da pesquisadora e da acadêmica-pesquisadora está garantido.

Os participantes da pesquisa que sofrerem qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme determina a resolução 466/12 e a 580/18 (CNS).

Vale ressaltar que em toda pesquisa há risco direto ou indireto de identificação do participante. Porém, em respeito aos sujeitos informantes da pesquisa, preservando seu anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos, para que isso não ocorra a acadêmica-pesquisadora, sob orientação da professora pesquisadora, se responsabiliza por codificar os dados de investigação de modo a garantir o anonimato, trazendo somente informações relevantes para atingir os objetivos do estudo. Comprometeu-se ainda a proteger os dados da pesquisa contra roubos, reprodução ou difusão acidental. A pesquisa não pretendeu provocar constrangimentos ou prejuízos aos participantes, e foi realizada de modo a preservar a garantia do sigilo de dados confidenciais.

3.7.2 Benefícios

A pesquisa deu a possibilidade dos ACSs de expor sobre seu trabalho e como se sente em relação à profissão, tendo a oportunidade de uma maior visibilidade para o trabalho que desenvolvem. Por meio da participação na pesquisa, os ACSs poderiam também ampliar suas possibilidades, verificar suas fragilidades e incentivar suas potencialidades.

3.7.3 Desfechos

3.7.3.1 Primário

Como desfecho primário, considerou-se a possível correlação entre os aspectos teóricos e os dados que foram colhidos no questionário, e sua subsequência discussão acerca da saúde mental e dos aspectos psicossociais dos agentes comunitários de saúde no trabalho.

3.7.3.2 Secundário

Considerou-se a possibilidade de contribuir com a produção do conhecimento teórico e empírico já existente a respeito da saúde mental e dos aspectos psicossociais que envolvem o trabalho do agente comunitário de saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os serviços de saúde do município de Palmas-TO, conforme consta na Portaria 518 de 14 de junho de 2016, funciona através da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS), sendo esta uma maneira de organização do sistema municipal de saúde, funcionando com um arranjo na qual a soberania reside numa coletividade ampla. Esse modelo permite o trabalho em equipe, a longitudinalidade do cuidado, troca e cooperação juntamente com os demais pontos de atenção à saúde, quer sejam eles públicos ou privados, o que garante a integralidade do cuidado (SEMUS, 2016).

A RAVS tem como objetivo proporcionar a inserção total das ações e serviços de saúde com o provimento de uma atenção preventiva, contínua, integral, com qualidade, responsável, humanizada e ainda aumentar o desempenho do sistema, através do acesso, da equidade, com eficácia clínica, sanitária e competência econômica, objetivando a organização de um sistema constituído de segurança e proteção social no município de Palmas-TO (SEMUS, 2016).

O sistema de saúde do município possui os pontos de atenção à saúde, que são espaços nos quais são ofertados alguns serviços de saúde por meio de realização singular, como, por exemplo, escolas, CMEIs, centros de convivência, domicílios e pontos na zona rural, além dos locais tradicionais (SEMUS, 2016).

Para melhor distribuição dos serviços de saúde, o município trabalha com a lógica de territórios de saúde, em que essas áreas descrevem a magnitude e a multiplicidade das relações humanas em suas particularidades políticas, econômicas e culturais. Assim, o território reflete mais que simplesmente uma população que vive em determinado limite geográfico ou um grupo de serviços de saúde, mas retrata os fatores relevantes e as limitações que interferem na abordagem, seja ela individual ou coletiva dos problemas de saúde de determinado território, a partir de uma lógica dos determinantes sociais de saúde (SEMUS, 2016).

Com a criação da RAVS as unidades básicas de saúde na gestão municipal, passam a ser chamadas de Centros de Saúde da Comunidade (CSC). Assim, a RAVS-PALMAS constitui-se em oito segmentos territoriais de saúde, tendo um território específico de saúde que compreende a totalidade das unidades de saúde entre outros pontos de atenção à saúde. Os territórios são Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú (SEMUS, 2016).

São apresentados neste capítulo os resultados da pesquisa realizada com os Agentes comunitários de Saúde lotados nos CSCs 307 Norte, 207 Sul e CSC Taquari do município de

Palmas-TO. Participaram integralmente da pesquisa 21ACSs, de um total de 37 da amostra geral. A princípio são apresentados os resultados das quatro escalas do PROART, a escala de organização do trabalho; escala de modo de gestão; escala do sofrimento patogênico no trabalho e a escala de danos físicos e psicossociais no trabalho.

Tabela 1- Perfil biossocial e ocupacional dos Agentes Comunitários de Saúde da pesquisa.

CSC	PARTICIPANTES	HOMENS	MULHERES	IDADE (ENTRE)	TEMPO DE SERVIÇO (ENTRE)
307 NORTE	05	01	04	40 a 56 anos	12 a 19 anos
207 SUL	06	04	02	24 a 42 anos	05 a 18 anos
TAQUARI	10	02	08	29 a 51 anos	04 a 20 anos

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Lucca; Sobral (2017).

A apreciação dos dados é realizada fundamentando-se em três tipos distintos de análise: a) média integral do fator; b) taxa de proporcional nos intervalos das médias; c) considerações dos três elementos do fator classificado com médias mais altas e mais baixas com objetivo de averiguar quais acontecimentos estão influenciando nos desfechos gerais. Em sequência a estudo de cada fator e, o conjunto, pode ser elucidado, compreendido pelos níveis de apreciação que prevaleceram (FACAS, 2013).

Deste modo, o desvio padrão (DP) é averiguado da seguinte forma, à medida que for menor ou igual a 1,00, quer dizer que não existiu uma discrepância excessiva nas respostas, isto é, todo mundo lançou valores iguais ou similares em suas respostas. Assim sendo, na ocasião em que o valor for maior que 1,00 houve um desvio padrão muito alto nas respostas, quer dizer, que os respondentes emitiram respostas diferentes. Para tanto, quanto mais baixo o DP, mais a média representará o todo (FACAS, 2013).

Foi aplicado o questionário em todos os participantes. A análise destes questionários foi feita separadamente, por CSC, e também consolidada com o resultado dos três CSCs.

As respostas são todas em formato *likert* de frequência, sendo variada por 5 pontos, que vão do 1 (nunca) até 5 (sempre).

Figura 1- Escala de frequência do tipo *likert*.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
------------	----------------	------------------	---------------------	-------------

Fonte: Facas, (2013).

4.1 ESCALA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO (EOT)

A escala EOT é mesclada por dezenove elementos, relativa ao estilo como o trabalho está estruturado para o trabalhador, alicerçado nas normas, regras, demandas e expectativas colocadas pela organização. Fundamenta-se em compreender as ideias dos trabalhadores a respeito das tarefas que exercem as conjunturas materiais ofertadas, a maleabilidade dos prazos, ritmo e normas, autonomia para dialogar e atuar no trabalho. A escala é composta por dois fatores: divisão das tarefas e divisão social do trabalho. Os itens foram estabelecidos positivos, isto é, quanto maior o seu escore, menores os riscos psicossociais (FACAS, 2013).

Figura 2-Parâmetros de avaliação para a EOT.

1,00	2,30	3,70	5,00
Risco Alto	Risco Médio	Risco Baixo	
Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo.	Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais. Aspectos a serem mantidos, consolidados e potencializados na Organização do Trabalho.	

Fonte: Facas, (2013).

Abaixo estão dispostas as médias dos fatores de divisão das tarefas e divisão social do trabalho referente a cada um dos CSCs e também a média geral, que compila os resultados dos três centros de saúde.

Tabela 2-Média dos fatores da escala da organização do trabalho.

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS			
LOCAL	MÉDIA	RISCOS	AÇÃO
CSC 307 Norte	2,97	Médio	Ações a curto e médio prazo;
CSC 207 Sul	4,19	Baixo	Cenário ideal que deve ser potencializado.
CSC Taquari	2,61	Médio	Ações a curto e médio prazo;
Geral	3,15	Médio	Ações a curto e médio prazo;

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo (2019).

No CSC 307 Norte a média foi de 2,97 indicando resultado médio referente à escala de organização do trabalho, este dado representa uma situação limite, um estado de alerta para os riscos psicossociais, devendo haver intervenções de curto e médio prazo.

O resultado relacionado a como os trabalhadores vêm suas tarefas e os materiais que lhes são ofertados apresenta-se, de acordo a tabela acima, insuficientes para a execução das tarefas que lhes são atribuídas, pois é de grande valia que haja uma estrutura e adequação quanto às exigências do trabalho, visto que ao se fazer imposições perceptivas e cognitivas e não ofertar meios para a execução do trabalho pode se gerar perturbações no ambiente de trabalho (CHAGAS, 2016).

Para que se tenha um ambiente de trabalho que seja sadio e estável é preciso disponibilizar afáveis condições para a execução do trabalho, buscando adaptá-lo às necessidades individuais de cada trabalhador. Pois as exigências e as circunstâncias singulares do trabalhador podem refletir de forma negativa na saúde física e psicológica dos agentes de saúde (CHAGAS, 2016).

Já no CSC 207 Sul a média foi de 4,19, obtendo baixos riscos psicossociais, indicando um resultado positivo. Deve-se manter e potencializar o cenário, consolidar as ações desenvolvidas na instituição. O resultado aqui apresentado pode ter grande influência do território onde se localiza o CSC, pois é uma região central, na qual a população costuma pertencer à chamada classe média, tendo seus direitos básicos garantidos. Nesse sentido, os determinantes sociais de saúde têm grande relevância, pois para que haja boas condições de vida a população precisa ter acesso à moradia, educação e uma assistência integral a saúde, isso faz com que o trabalho dos ACSs desse território seja mais tranquilo e com baixos riscos psicossociais (BADZIAK; MOURA, 2010).

Assim deve-se observar que o resultado positivo demonstra um ambiente que proporciona aos trabalhadores um espaço que gera satisfação em exercer o seu trabalho, gerando um estado emocional agradável nos agentes de saúde, conseguinte da análise que a pessoa forma sobre seu trabalho e possibilitando a satisfação dos valores significativos no trabalho. Tudo isso, portanto, pode ser influenciado pelo abordado acima, sobre a região em questão não ser considerada de vulnerabilidade social. Pois o trabalho do agente de saúde é totalmente direcionado para a comunidade e estes enfrentam fatores positivos e negativos, eles são a ponte entre a comunidade e a equipe de saúde. O trabalho do ACS proporciona uma assistência que vai além do cuidado em saúde, pois eles estão inseridos dentro da realidade de cada território, vivenciando de perto a verdade da comunidade (CHAGAS, 2016; OLIVEIRA et al., 2010).

O CSC Taquari obteve uma média de 2,61 que, de acordo com a categorização, indica um risco médio, representando uma situação de alerta para os riscos psicossociais no trabalho, devendo ser executado intervenções a curto e médio prazo. A região onde está localizada o CSC Taquari é um local onde as vulnerabilidades sociais assolam a população e os fazem mais suscetíveis a pobreza e também a predisposições a respostas negativas por causa do acesso precário a educação, saúde, emprego e lazer. Essas demandas afetam diretamente a vida dos agentes comunitários de saúde, pois eles vivem dentro dessa realidade (JANCZURA, 2012). Os ACSs, por residirem dentro do território que trabalham, convivem com a realidade do local que atuam, compartilham dos princípios, da linguagem, dos impasses daquela comunidade, das alegrias, do contentamento e da insatisfação que permeia o território (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

De acordo com Brand, Antunes e Fontana (2010), são colocadas nos ACSs certas expectativas acerca do seu trabalho, como a aparência profissional tranquila, conhecimento e um olhar atento para o trabalho na comunidade, porém, quando essas exigências não são bem desenvolvidas ou equilibradas, produzem impasses na execução das tarefas, o que torna o ACS suscetível ao sofrimento no trabalho.

Assim, é necessário que busque meios para amenizar os problemas no ambiente de trabalho dos agentes de saúde deste CSC, pois o resultado apresentado acima demonstra um nível de alerta para os riscos psicossociais. Segundo Wai e Carvalho (2009), a exposição contínua a problemas no ambiente de trabalho é capaz de acarretar o desenvolvimento de síndromes como a de *burnout*.

Na média geral de todos os CSCs da escala de organização do trabalho, a média foi de 3,15 com um risco psicossocial médio devendo ser feitas ações em curto e médio prazo.

4.2 ESCALA ESTILO DE GESTÃO (EEG)

Refere-se sobre os modos de sentir, pensar e agir partilhados na organização compreendendo-as como parcela constitutiva do estilo da gestão. Pressupõe-se que os modelos de comportamento nas organizações indicam o estilo como as relações sociais de trabalho se estabelecem tanto as relações alusivas entre sujeito e o trabalho (FACAS, 2013).

Figura 3- Parâmetros de avaliação para EEG.

Médias menores que 2,50	Médias entre 2,50 e 3,50	Valores maiores que 3,50
Poucas características do	Presença moderada de	Padrão predominante

estilo	ambos os estilos	
--------	------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Ferreira; Ghizoni(2018).

A tabela exposta abaixo demonstra a predominância das normas de gestão neste espaço de trabalho.

Tabela 3-Média dos fatores da escala de estilo de gestão.

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS			
LOCAL	MÉDIA	RISCOS	AÇÃO
CSC 307 Norte	3,03	Médio	Estilo de gerenciamento médio.
CSC 207 Sul	2,88	Médio	Estilo de gerenciamento médio.
CSC Taquari	2,80	Médio	Estilo de gerenciamento médio.
Geral	2,88	Médio	Estilo de gerenciamento médio.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo (2019).

Ao analisarmos a escala de gerenciamento separadamente, pode-se observar que para o estilo gerencialista a média foi de 3,28 e para o estilo coletivista a média foi de 2,78 correspondendo à presença moderada de ambos os estilos. O resultado final obtido para a forma de gestão do CSC 307 Norte foi de 3,03 indicando de acordo com (FACAS, 2013) a presença moderada de ambos os estilos nesta organização.

O estilo gerencialista está atrelado à cultura do local de trabalho, pois ela se baseia através de crenças e ações das pessoas que gerem a organização do trabalho. É um estilo fundamental, pois por meio dele é possível tomar decisões e controlar variáveis distintas que venham a surgir. Este estilo caracteriza-se basicamente pela forma como a chefia vê o comportamento dos trabalhadores dentro do ambiente de trabalho (SANTOS et al., 2009).

Os resultados foram obtidos separadamente possibilitando analisar cada quesito, assim para o estilo gerencialista a média foi de 1,90 indicando um estilo pouco característico, já para o estilo coletivista a média foi de 3,86 correspondendo a um estilo padrão predominante, o que segundo (FACAS, 2013) significa que a equipe demonstra condutas de lealdade, obediência e são incentivados a fazer sacrifícios pessoais, agindo assim pela predileção da organização, a expectativa para esse estilo é que os trabalhadores estejam envolvidos “que vistam a camisa da organização”. Ao analisar a soma final percebe-se que a média foi de 2,88 conforme ilustrado acima indica uma predominância do estilo coletivista, porém há também traços do estilo gerencialista.

Como apresentado acima, o estilo coletivista é predominante maior neste CSC. Tal estilo tem como objetivo a busca pelo bem-estar e a satisfação do grupo, e os trabalhadores que fazem parte de um ambiente de trabalho coletivista devem estar tendentes a fazer sacrifícios particulares para aperfeiçoar o funcionamento, aumentando assim o contentamento do grupo. O objetivo principal é que “o nós é mais significativo do que o eu”, pois as pessoas precisam se sentir parte de um grupo que os ofereça segurança e bem-estar, em contrapartida deve-se oferecer sua fidelidade e altruísmo em benefício do grupo. Quando falamos da cultura coletivista, a equipe e suas práticas têm prioridade acima das ideias individuais, havendo assim um comprometimento geral (PEREIRA, 2012).

Os dados obtidos separadamente indicam para o estilo gerencialista uma média de 2,80 e para o fator coletivista uma média de 2,92. Já na soma final a média foi de 2,80 para o CSC Taquari, o que significasse um estilo de gerenciamento médio, para Facas, (2013) os dados obtidos indicam uma presença moderada para ambos os estilos.

Na média geral de todos os CSCs da escala de organização do trabalho, a média para o estilo gerencialista foi de 2,60, já para o estilo coletivista foi de 3,15, indicando um estilo de gerenciamento médio para ambas. A média geral foi de 3,15 demonstrando uma presença moderada para ambos os estilos, significa que os CSCs que participaram da pesquisa possuem um pouco dos dois estilos.

4.3 ESCALA DE SOFRIMENTO PATOGÊNICO NO TRABALHO (ESPT)

A escala de Sofrimento Patogênico do Trabalho, segundo Facas et al. (2015) é variada por três aspectos: a) Escassez de sentido no trabalho (sentimentos de ineficácia, constituir um trabalho que não tem significado para si mesmo nem para seu trabalho ou para a comunidade); b) Esgotamento Mental (sentimento de injustiça, abatimento, desgosto, deterioração com o trabalho); c) Falta de Reconhecimento (sentimento de desprestígio, não aceitação ou estima pelos companheiros de trabalho e chefia, ausência de liberdade para dizer o que acredita e considera em relação ao seu trabalho) (FACAS, 2013). Os itens são negativos, isto é, quanto maior o escore, maiores os riscos psicossociais.

Figura 4- Parâmetros de Avaliação para ESPT.

1,00	2,30	3,70	5,00
Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	

Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.	Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo.	Resultado negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.
--	--	---

Fonte: Facas, (2013).

Tabela 4-Média dos fatores da escalade sofrimento patogênico no trabalho.

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS			
LOCAL	MÉDIA	RISCOS	AÇÃO
CSC 307 Norte	2,32	Médio	Ações a curto e médio prazo.
CSC 207 Sul	1,54	Baixo	Cenário ideal que deve ser potencializado.
CSC Taquari	2,25	Baixo	Cenário ideal que deve ser potencializado.
Geral	2,09	Baixo	Cenário ideal que deve ser potencializado.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo (2019).

A média obtida neste quesito para o CSC 307 Norte foi de 2,32 que indica um risco médio, tendo sido um resultado moderado e que deve ser visto pela organização como algo preocupante demandando ações a curto e médio prazo.

O resultado acima apresenta um risco médio para o sofrimento patogênico. Pode-se pensar o sofrimento de duas formas distintas, mas que conversam entre si, um é o sofrimento patogênico e o outro o sofrimento criativo, sendo no caso do CSC 307 Norte os trabalhadores estão indo em direção ao sofrimento patogênico. Este pode ser percebido no momento em que todas as possibilidades de lidar com a situação já tiverem se esgotado, esse sofrimento causa um desequilíbrio do corpo e da mente dos trabalhadores e os fazem ficar enfraquecidos mentalmente (OLIVEIRA, 2003).

Freitas e Facas (2013) abordam que, no momento em que o trabalho não possibilitar ao trabalhador a garantia a sua subsistência e a estruturação de sua identidade, isto o colocará diante do risco, desfrimento patogênico gerado pelo trabalho, e se este não for tratado de maneira eficaz, poderá resultar em adoecimento.

Com isto, faz-se necessário adotar medidas que possibilitem um ambiente laboral adequado, e isto pode ser feito através da perspectiva da qualidade de vida no trabalho, que nada mais é do que a busca por uma produtividade no trabalho saudável com incentivo, buscando a evolução dos trabalhadores e o seu bem-estar pessoal e profissional (SCHIRMEISTER; FRANÇA, 2012).

Para o CSC 207 a média foi de 1,54 representando risco baixo com um cenário positivo com poucos riscos psicossociais, indicando que os ACSs do CSC da 207 Sul trabalham em um ambiente que os proporciona qualidade no trabalho e que não gera sofrimento patogênico, sendo um ambiente de trabalho favorável e que não afeta a saúde mental dos trabalhadores.

Um ambiente de trabalho saudável só pode ser alcançado através do reconhecimento, e por proporcionar condições adequadas de trabalho, como dar um aporte real, ou seja, um trabalho que tenha significado e conveniência, um ambiente que dê possibilidade de colaboração entre os trabalhadores e que gere reconhecimento (WANDELLI, 2015). De acordo com Martinez e Paraguay (2003), em um ambiente de trabalho que gera satisfação, os trabalhadores apresentam atitudes positivas e disposição para colocar em prática suas ações.

A média do CSC Taquari nas vivências relacionadas ao trabalho foi de 2,25 com risco baixo, determinando que este seja um cenário ideal e que não oferece riscos psicossociais significativos, porém encontra-se próximo ao risco médio, devendo assim ser iniciadas ações para que não haja mudanças futuras e venha a apresentar riscos de sofrimento patogênico relacionado ao trabalho dos agentes comunitários de saúde. Isso porque o território em que esses trabalhadores estão inseridos, não os proporciona qualidade de vida, sejam elas relacionadas ao trabalho ou a outras áreas de suas vidas, visto que a comunidade é permeada por vulnerabilidades sociais básicas, como a falta de segurança, saneamento básico precário, evasão escolar e infraestrutura do bairro irregular (PALMAS, 2018).

Partindo dessa visão, é preciso buscar meios de proporcionar aos trabalhadores um ambiente de trabalho adequado, com recursos favoráveis, tais como serem reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem, equipamentos como uniformes, pranchetas, luvas e chapéu para proteção, peças úteis e que fazem grande diferença na vida dos agentes de saúde.

A média geral de todos os CSCs da escala de organização do trabalho, a média foi de 3,15 com um risco médio devendo ser feitas ações a curto e médio prazo.

4.4 ESCALA DE DANOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO (EDT)

A escala de Danos Físicos e Psicossociais decorrentes do trabalho é constituída por três pontos: a) Danos Psicológicos (sentimentos desconfortáveis correlacionado a si mesmo e a vida em geral); b) Danos Sociais (retraimento e adversidades nas relações familiares e sociais) e Danos Físicos (dores no corpo, distúrbios biológicos) (FACAS, 2013).

Figura 5- Parâmetros de Avaliação para EDT.

1,00	2,30	3,70	5,00
Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.	Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo.	Resultado negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	

Fonte: Facas, (2013).

Abaixo estão dispostas as médias dos fatores de escala de danos físicos e psicossociais no trabalho referentes a cada um dos CSCs e também a média geral, que compila os resultados dos três centros de saúde.

Tabela 5-Média dos fatores da escalade danos físicos e psicossociais no trabalho.

CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS			
LOCAL	MÉDIA	RISCOS	AÇÃO
CSC 307 Norte	2,69	Médio	Ações a curto e médio prazo.
CSC 207 Sul	1,59	Baixo	Cenário ideal que deve ser potencializado.
CSC Taquari	2,51	Médio	Ações a curto e médio prazo.
Geral	2,29	Baixo	Cenário ideal que deve ser potencializado.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo (2019).

Conforme a tabela acima, a média foi de 2,69 com risco médio, deve-se propor ações para amenizar os riscos psicossociais, buscando cada vez mais proporcionar um ambiente de trabalho saudável e que produza bem-estar físico, psicológico e social.

Pode-se perceber que, de acordo com os resultados apontados, os trabalhadores apresentam um risco psicossocial com nível de alerta que, conforme Chagas (2015), caso não sejam efetuadas intervenções, pode causar riscos físicos para a vida dos trabalhadores deste CSC, podendo surgir lesões musculoesqueléticas e diversos males, como hipertensão, úlceras digestivas e até doenças cardiovasculares. Com isso é preciso buscar meios de solucionar ou amenizar os riscos aqui apresentados, pois com o passar do tempo os eles podem causar inabilidade para encarar as condições exigidas pelo trabalho.

No CSC 207 Sul o resultado obtido foi uma média de 1,59 que indica um risco baixo, com um cenário ideal e que deve ser potencializado, proporcionando cada vez mais condições adequadas de trabalho, preservando assim a saúde dos ACSs.

O resultado obtido neste quesito para o CSC Taquari apresenta uma média de 2,51 indicando um risco médio, devendo ser feitas ações a curto e médio prazo, pois os dados demonstram um risco de adoecimento dos ACSs demonstrando risco para a saúde física, psicológica e social principalmente do quesito de danos físicos de modo geral e danos psicológicos como “sensação de vazio”, “tristeza” e “solidão”.

Para a média geral de todos os CSCs da escala de organização do trabalho, a média foi de 3,15 com um risco médio devendo ser feitas ações a curto e médio prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho dos ACSs é essencial para a organização das ações dentro do SUS, em especial no que tange ao nível de Atenção Primária, que tem esse profissional como peça chave acerca do conhecimento da realidade do território em que a USF se localiza. Portanto, pesquisas como essa que discutem essa realidade vivenciada pelos ACSs auxiliam no entendimento das variáveis que afetam esse trabalho, diretamente relacionados à saúde do/a trabalhador/a, mas também pode, indiretamente, afetar a qualidade das ações desenvolvidas pelo SUS.

Os riscos psicossociais do trabalho são inerentes a qualquer profissão, contudo, algumas podem estar mais sujeitas a apresentá-los. No caso dos ACS, por estarem numa profissão na qual são agentes de mudança e ao mesmo tempo usuários do serviço, pode trazer contradições acerca de sua visão sobre o trabalho. Esses trabalhadores carregam consigo carência de reconhecimento de suas atribuições, tanto em nível profissional como no que diz respeito à relevância do seu trabalho e o desenvolvimento da função de ser elo entre a comunidade e o CSC (FERREIRA; DAHER, 2015).

Os resultados obtidos com a pesquisa vem respondendo os objetivos específicos propostos inicialmente, como a escala de organização prescrita do trabalho que demonstrou como os trabalhadores vêem suas tarefas e os materiais que lhes são ofertados.

Em relação às necessidades observadas na pesquisa referente aos três CSCs pesquisados, observou-se que é preciso que se tenha um olhar direcionado para o trabalho dos ACSs, que busque desenvolver ações de integração deles com a equipe, pois através do relato de muitos ao responderem a pesquisa, ficou evidente o sentimento de não pertencimento, pois eles sabem da importância de seu trabalho, só que não se sentem reconhecidos pela equipe. Outro ponto a se considerar é a falta dos instrumentos de trabalho, que é algo perceptível na fala e nos resultados aqui demonstrados, pois faltam materiais como uniformes, pranchetas, e utensílios de proteção. Também adificuldade é a falta de conhecimento da população sobre o trabalho do ACS.

É preciso que os gestores atentem-se mais para a saúde mental do ACS, buscando oferecer assistência para o trabalhador, para melhorar o cenário no qual se encontram, oferecendo aos servidores capacitações, materiais de trabalho, fazer oficinas voltadas para as necessidades do ACS, trabalhar questões de motivação e reconhecimento profissional. Isso porque o trabalho do ACS é extremamente importante para a atenção básica, pois é ele quem leva as informações sobre as necessidades da comunidade para a UBS, sendo fundamental que esses profissionais participem de capacitações, favorecendo a qualidade no processo de

trabalho. Além disso, a supervisão e a troca de conhecimento entre demais membros da equipe da ESF podem contribuir no sentido de haver maior qualidade no trabalho e também prazer no exercício das funções (COSTA et al., 2013).

Como citado inicialmente nesta pesquisa o Sistema Único de Saúde é um programa de grande importância para a população Brasileira e faz diferença quando se fala em saúde, mesmo com todos os desajustes que o cercam, pois o SUS busca lutar contra as desigualdades, e alterar a política econômica e social atual, oferecendo ações direcionadas para a promoção da igualdade e do bem-estar das pessoas. Por fim, faz-se importante falar sobre o SUS e sua história de luta pelo direito à saúde ao longo dos anos, comentando sobre o sonho de aplicar integralmente o que já está na lei ao que é vivenciado no SUS real do dia a dia (CAMPOS, 2018).

Sugere-se que sejam feitos mais trabalhos voltados para os riscos psicossociais que afetam a vida e a saúde mental do ACS, pois essa é uma área para pesquisas em grande ascensão e que pode e deve ser explorada. A amostra desta pesquisa foi pequena se considerado a quantidade de ACSs que atuam em Palmas-TO, então sugere-se aplicar o mesmo delineamento metodológico com os demais ACSs desse município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Qual o sentido do termo saúde? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.300-301, abr. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200001>.

Acesso em: 02 maio 2019.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p.127-131, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003>.

Acesso em: 02 maio 2019.

AMARAL, André Luís Vizzaccaro; MOTA, Daniel Pestana; ALVES, Giovanni (Org.).

TRABALHO E SAÚDE: A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SÉCULO XXI. São Paulo: Ltr, 2011. 232 p. Disponível em:

<<https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/3019>>. Acesso em: 02 maio 2019.

ANTUNES, Ricardo. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 28, n. 81, p.39-53, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142014000200004>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000200004>.

Acesso em: 09 jun. 2019.

ANTUNES, Ricardo. Desenhando a nova morfologia do trabalho: As múltiplas formas de degradação do trabalho1. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [s.l.], n. 83, p.19-34, 1 dez. 2008. OpenEdition. <http://dx.doi.org/10.4000/rccs.431>. Disponível em:

<<https://journals.openedition.org/rccs/431>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e Evolução do programa de agentes comunitários de saúde no ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p.159-168, abr. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2067>>.

Acesso em: 01 maio. 2019.

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM CONCEITO PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p.69-79, jan. 2010.

Disponível em: <www.revista.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 18 nov. 2019.

BAHIA. Suerda Fortaleza de Souza. Secretaria de Saúde do Estado (Org.). **Protocolo de atenção à saúde mental e Trabalhador**. Salvador: Divast, 2014. 60 p. (Vigilância da Saúde do Trabalhador).

BARROS, Daniela França de et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 19, p.78-84, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt; PINHO, Ana Paula Moreno; COSTA, Clériston Alves. SIGNIFICADO DO TRABALHO UM ESTUDO ENTRE TRABALHADORES

INSERIDOS EM ORGANIZAÇÕES FORMAIS. **Rae**: - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 6, p.20-29, nov. 1995.

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. SATISFAÇÕES E INSATISFAÇÕES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p.40-47, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648970010>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL, **Lei n. 13.595/18**, de 5 de janeiro de 2018. Brasília: DF. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL, **Lei n. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990a.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL, **Lei n. 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990a.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2011. 291 p. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2537>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18) disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf> Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, p. 1-34. Disponível em: <<http://www.bedel.com.br/portal/downloads/Portaria%20MS%20N.%C2%BA%201.823,%20de%2023%20de%20agosto%20de%202012.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRUM, Eliane. **Exaustos-e-correndo-e-dopados**. 2016. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CABRAL, Thamiris Maria Nascimento; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 104, p.159-171, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040415>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00159.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 64, p.5-8, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n64/5-8/>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

CARREIRO, Gisele Santana Pereira et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.146-155, 31 mar. 2013. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14084>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CARVALHO, Daniel dos Santos Simon de. Gestão do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo: Um esboço de formas de dominação e controle da mão de obra. **Revista Espaço Livre**, Goiânia, v. 11, n. 21, p.71-82, jan. 2016. Disponível em: <<https://redelp.net/revistas/index.php/rel/article/view/426>>. Acesso em: 02 maio 2019.

CHAGAS, Dina. RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS. **International Journal Of Developmental And Educational Psychology. Revista Infad de Psicologia.**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.439-445, 25 jun. 2016. Asociacion INFAD. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.24>. Disponível em: <<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/24>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

COELHO, Jamilly Gusmão; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; DIAS, Elizabeth Costa. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.583-604, 19 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00113>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200583&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 maio 2019.

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7, p.2147-2156, jul. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000700030>. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

DA COSTA, M. C. et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/23052-134537-1-PB.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

DAL ROSSO, S. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.65-92, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462006000100005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462006000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 jun. 2019.

DAL ROSSO, S. Ondas de intensificação do labor e crises. **Perspectivas**, São Paulo, v. 39, n. 22, p.133-154, jan. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/4755/4057>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.98-104, jun. 1993. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75901993000300009>.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

FACAS, Emílio Peres. **Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho - Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho**. 2013. 193 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2013.

FERREIRA, Carlos Alberto. **Transtorno Depressivo em Agentes Comunitários de Saúde: Projeto de intervenção no município de Ponte Nova- MG**. 2014. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2014. Cap. 5. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6194.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2019.

FERREIRA, Rosilene Alves; DAHER, Maria José Estanislau. **O estresse ocupacional à luz dos agentes comunitários de saúde: uma revisão integrativa**. Revista Rede de Cuidado em Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.1-13, jul. 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2395>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

FERREIRA, Thatiellen Menezes. **Mapeamento dos riscos psicossociais entre policiais militares da companhia independente de arraias - Tocantins (1ºCIPM)**. 2017. 85 f. TCC (Graduação) - Curso de Administração, Universidade Federal do Tocantins-uft, Palmas, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/243>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

FREITAS, Lêda Gonçalves de; FACAS, Emílio Peres. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.7-26, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844510002>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009. 120 p.

GOMES, André de Lima. 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. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.265-276, 1 jul. 2011. Portal de Periódicos UFPB. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2011.15.03.02>. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10564/6816>>. Acesso em: 02 maio 2019.

JANCZURA, Rosane. **Risco ou vulnerabilidade social?** Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p.301-308, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527332009>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LUCCA, Sergio Roberto de; SOBRAL, Renata Cristina. **Aplicação de instrumento para o diagnóstico dos fatores de risco psicossociais nas organizações**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, [s.l.], v. 15, n. 1, p.63-72, 2017. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1679443520176045>.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. **Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, v. 6, n. 1, p.59-78, out. 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v6i0p59-78>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde** Ministério da Saúde (Org.). Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 284 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26570/2/Livro%20EPSJV%20007739.pdf#page=61>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.771-780, abr. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/771-780/pt>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 15, n. 1-3, p.34-38, 1995. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98931995000100009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009>. Acesso em: 02 maio 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MENDES, Flávio Martins de Souza; CEOTTO, Eduardo Coelho. Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.2,p.496-506, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902011000200020&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles>Acesso em: 25 de abril 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p.77-92, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

MERLO, Á. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014. 272 p.

MIYASAKA, Lincoln Sakiara. **Minha visão da prática médica na China**. Carta ao Editor Diagn Tratamento. 2011; 16(1): 42-3. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1868.pdf>>. Acesso em: 01 maio. 2019.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Rae: Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.8-19, jul. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902001000300002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D' Andrea (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 240 p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2019.

OLIVEIRA, ArleussonRicarte de et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p.28-36, mar. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

OLIVEIRA, Nildete Terezinha de. Somatização e sofrimento no trabalho. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p.1-14, dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/958/738>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PALMAS, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social-SEDES. **Mapa diagnóstico socioterritorial de Palmas- TO: Saúde Fascículo 7**. 2018. Disponível em: <https://issuu.com/mapa.social.palmas/docs/fasciculo_7_sa_de>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Saúde no Brasil, Salvador, v. 1, n. 1, p.1-21, 09 maio 2011. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p.15-35, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

PEREIRA, Amanda Maria et al. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.784-796, 2018. **Editora Cubo Multimídia**. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1254>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n4/pt_2526-8910-cadbto-26-04-00784.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

PEREIRA, Sandra Isabel de Brito. **O Individualismo e o Coletivismo nas Organizações do Terceiro Setor**. 2012. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em

Empreendedorismo e Serviço Social, Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012. Disponível em:
<<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2793/1/sandra.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTOS, Cleston Alexandre dos et al. A influência do estilo gerencial na adoção dos artefatos de controle gerencial nas organizações sem fins lucrativos de Curitiba do setor do meio ambiente. **Admpg: Gestão Estratégica**, Ponta Grossa, v. 2, n. 2, p.77-86, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/revista2009/v2/artigos/a09.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

SANTOS, Ítalo Emanuel Rolemberg dos; VARGAS, Marlizete Maldonado; REIS, Francisco Prado. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Aracaju, v. 14, n. 03, p.324-335, 14 jul. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572014000300008&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SCHIRRMEISTER, Renata; FRANÇA, Ana Cristina Limongi. A Qualidade de Vida no Trabalho: Relações com o Comprometimento Organizacional nas Equipes Multicontratuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 3, n. 12, p.283-298, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000300004>. Acesso em: 02 maio 2019.

SCHIRRMEISTER, Renata; FRANÇA, Ana Cristina Liomongi-. A Qualidade de Vida no Trabalho: Relações com o Comprometimento Organizacional nas Equipes Multicontratuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.283-298, set. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n3/v12n3a04.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SILVA, A. T. C. & MENEZES, P. R. (2008). **Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde**. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 921-929. <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2008.v42n5/921-929>>. Acesso em 06 abr. 2019.

SILVA, Airton Marques da. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Fortaleza: Eduece, 2015. 108 p.
SOUZA, RenilsonRehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. São Paulo: Editora Ms, 2002. 44 p. Ministério da Saúde - Brasil. Disponível em:
<<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6539>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

SPERONI, Katiane Sefrinetal. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.1325-1337, 1 jul. 2016. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>. Disponível em: <<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/338>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária à Saúde**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2019.

TAVARES, Ariane Serpeloni. Intensificação do Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho: uma conciliação possível? **Revista Labor**, Fortaleza, v. 01, n. 18, p.61-74, jul. 2017.

Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/31590/0>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde: à luz da bioética**. Salvador, v. 1, n. 1, p.1-10, jun. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_S_US.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

TRINDADE, Leticia de Lima et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 28, p.473-479, dez. 2007. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23586>>. Acesso em: 26 abr. 2019.

WAI, MeyFan Porfírio; 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.563-568, out. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

WANDELLI, Leonardo Vieira. DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO AO DIREITO FUNDAMENTAL AO CONTEÚDO DO PRÓPRIO TRABALHO E AO MEIO AMBIENTE ORGANIZACIONAL SAUDÁVEL. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da Ufsm**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.9-28, 22 out. 2015. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/1981369419239>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/19239/pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

XIMENES, V. M.; PAULA, L. R. C de e BARROS, J. P. P. Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. **Psicol. Cienc. Prof. [online]**. 2009, vol.29, n.4, pp. 686-699. ISSN 1414-9893. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a04>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – N. _____**

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidada (a) para participar, de modo voluntário, de uma pesquisa desenvolvida pela acadêmica-pesquisadora Bruna Marques Machado, discente do curso de graduação de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas CEULP-ULBRA, sob orientação da Pesquisadora-Responsável Professora M.e. Lauriane dos Santos Moreira. Abaixo serão esclarecidos detalhes sobre a pesquisa e se você tiver interesse em participar deverá assinar o campo em que se pede seu nome, em duas vias iguais, sendo que uma delas fica com você. Caso você não queira participar, não sofrerá nenhum tipo de penalidade por isso. Se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderá procurar a professora-pesquisadora Lauriane dos Santos Moreira (CRP 23/356) pelo telefone (63) 3219-8068 ou 99244-2157 e também o Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas, que fica na Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO CEP 77.018-900, Sala 541 (Prédio 5), Complexo Laboratorial 1º, Piso, cujos telefone é 3219-8076 e o e-mail etica@ceulp.edu.br. A pesquisa segue as resoluções 466/12 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa **objetiva** identificar os aspectos psicossociais que afetam a saúde mental e a percepção do agente comunitário de saúde referente ao trabalho, o que se desdobrará nos seguintes **objetivos específicos**: identificar as condições de trabalho, considerando aspectos psicossociais, em que os agentes de saúde estão inseridos; verificar a percepção dos agentes comunitários de saúde em relação ao seu trabalho; propor, teoricamente, possíveis estratégias para superação dos entraves identificados. Para tanto, serão convidados profissionais Agentes Comunitários de Saúde atuantes na rede municipal de saúde de Palmas - TO. Os dados serão coletados através de um questionário *online* no *GoogleDocs*. Os **procedimentos** da pesquisa são as seguintes: Etapa 1: Apresentação da pesquisa: Será realizada uma reunião com cada grupo de ACSs nos determinados CSCs. Nesses encontros será apresentado o projeto para os possíveis participantes e então será feito o convite para que participem da pesquisa, e será também o momento para sanar quaisquer dúvidas que possam ter sobre a pesquisa;

Assinatura do (a) Participante

Bruna Marques Machado

Assinatura da Acadêmica Pesquisadora

Prof. M. e Lauriane dos Santos Moreira
Assinatura da Pesquisadora Responsável

Etapa 2: Aplicação de questionário: O instrumento será utilizado por meio eletrônico como documento do Google Docs em modelo de questionário *online*, o qual será enviado o *link* para cada um dos ACSs responderem as perguntas abertas e fechadas. É estimado um tempo de cerca de 20 a 30 (trinta) minutos para que os participantes respondam ao questionário, em local do próprio serviço que garanta o sigilo das informações coletadas e respeito aos princípios éticos da resolução CNS 466/12; Etapa 3: Análise dos dados: os dados serão analisados conforme as categorias trazidas no próprio instrumento PROART, quais sejam contexto de trabalho, forma de gestão utilizada na organização, vivências em relação ao seu trabalho atual, problemas físicos psicológicos e sociais causados essencialmente pelo seu trabalho. Para cada categoria serão apresentados gráficos ilustrativos dos dados coletados, sendo esses confrontados com a literatura da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1949, MENDES; ARAUJO, 2012, DEJOURS; ABDOUCHELI; JYET, 1994) e a legislação que sustenta o SUS. Após analisados, os dados categorizados de modo a garantir o sigilo serão apresentados para os CSCs envolvidos.

A pesquisa se **justifica** por ser fonte de informação, servindo para elucidar a população, gestores e profissionais da saúde sobre a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde, pois ao investigar dados e publicações acerca do tema e ainda com a percepção através do convívio com os ACSs, percebe-se que esses trabalhadores fazem parte de uma classe desvalorizada, são pouco reconhecidos enquanto parte da equipe e necessitam de um ambiente adequado para um bom andamento e execução de suas competências, estando ainda inseridos em ambientes que favorecem seu adoecimento, sendo necessário observar a sua saúde mental no ambiente de trabalho.

Como qualquer pesquisa, está também envolve alguns **riscos**. Se por ventura você se sentir incomodado (a) ao responder algum item da entrevista, manifestando mal-estar emocional em virtude das indagações, você tem total liberdade para desistir de participar em qualquer tempo, sem que lhe pese qualquer prejuízo. Ou ainda o (a) participante poderá

recorrer a acadêmica-pesquisadora, que prestará acolhimento, fazendo escuta qualificada e, caso necessário, solicitará apoio da professora-pesquisadora, que atenderá o participante em consultório particular ou o encaminhará ao Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, localizado no Núcleo de Atendimento à Comunidade (NAC), localizado na Quadra 108 norte, Alameda 12 lote 10 – Plano Diretor Norte – *Palmas/TO*, telefone (63) 3223-2016.

Assinatura do (a) Participante

Bruna Marques Machado

Assinatura da Acadêmica Pesquisadora

Prof. M. e Lauriane dos Santos Moreira

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Destaca-se ainda que, apesar de o PROART (FACAS, 2013) avaliar também aspectos relacionados à forma de gestão utilizada no local de trabalho, os participantes podem ter receio de represálias, no entanto, como a aplicação do questionário será individual, colhendo as respostas em formulário *online* de preenchimento pelo próprio participante, o risco de as respostas se tornarem públicas só ocorrerá se o próprio participante quiser falar a respeito delas no seu local de trabalho, pois o sigilo por parte da pesquisadora e da acadêmica-pesquisadora está garantido.

A pesquisa também traz **benefícios**, especialmente pelo fato desse estudo possibilitar aos gestores, profissionais da equipe de saúde e a comunidade reflexões sobre os agravos à saúde mental dos ACSs relacionados ao trabalho e os possíveis transtornos que estes trabalhadores são acometidos, contribuirão também no acréscimo de pesquisas que tem como foco a saúde mental do ACS, verificando aspectos positivos e possíveis entraves a serem superados, além de evidenciar a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde no SUS.

Frisa-se que o (a) participante poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa tanto para acadêmica quando para professora-pesquisadora, bem como às instituições envolvidas (FESP; CEULP) a qualquer tempo, sendo prontamente atendido em suas dúvidas.

Sobre os dados coletados ficarão sob a guarda da professora-pesquisadora por cinco anos, sendo que a sua entrevista estará à disposição para que você possa consultá-la quando desejar. É de inteira responsabilidade da acadêmica-pesquisadora e da professora-pesquisadora garantir o **sigilo**, anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos, para isso os dados serão codificados de modo a garantir o seu sigilo. A pesquisa não pretende provocar constrangimentos ou prejuízos aos participantes. Qualquer tipo de dano que venha a ocorrer em virtude da pesquisa, previsto ou não neste TCLE, lhe confere direito à indenização por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas.

Eu, _____, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de participante da mesma, que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Levantamento dos Riscos Psicossociais dos Agentes Comunitários de Saúde em Unidades de Saúde da Família de Palmas-TO”**, desenvolvido pela acadêmica-pesquisadora Bruna Marques Machado, sob orientação da professora-pesquisadora **Lauriane dos Santos Moreira**. Consinto voluntariamente em participar desta pesquisa, rubricando todas as vias deste TCLE e assinando a última.

Palmas, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do (a) Participante

Bruna Marques Machado
Assinatura da Acadêmica Pesquisadora

Prof. M. e Lauriane dos Santos Moreira
Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho- PROART

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO - PROART

Essa pesquisa tem por objetivo coletar informações sobre as dimensões do trabalho que constituem fatores de riscos psicossociais no trabalho.

Não existem respostas certas ou erradas - responda de acordo com a avaliação que você faz referente ao seu trabalho. As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas. É um questionário composto de quatro instrumentos e algumas questões abertas. Ao responder o questionário, fique atento para as instruções de respostas.

Sua participação é fundamental.

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor **corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.**

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre				
O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas				1	2	3	4	5
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas				1	2	3	4	5
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado				1	2	3	4	5
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas				1	2	3	4	5
Há clareza na definição das tarefas				1	2	3	4	5
Há justiça na distribuição das tarefas				1	2	3	4	5
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho				1	2	3	4	5
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada				1	2	3	4	5
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor				1	2	3	4	5
Há qualidade na comunicação entre os funcionários				1	2	3	4	5
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras.				1	2	3	4	5
O ritmo de trabalho é adequado				1	2	3	4	5
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis				1	2	3	4	5
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha Produção				1	2	3	4	5

Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	1	2	3	4	5
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	1	2	3	4	5
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde **à avaliação que você faz sobre a forma de gestão utilizada na sua organização.**

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	1	2	3	4	5
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	1	2	3	4	5
Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a Atenção	1	2	3	4	5
É creditada grande importância para as regras nesta organização	1	2	3	4	5
A hierarquia é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	1	2	3	4	5
Há forte controle do trabalho	1	2	3	4	5
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	1	2	3	4	5
Existe rigoroso planejamento das ações	1	2	3	4	5
Os gestores são intolerantes com o individualismo	1	2	3	4	5
As pessoas são compromissados com a organização mesmo quando não há retorno adequado	1	2	3	4	5
O mérito das conquistas na empresa é de todos	1	2	3	4	5
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	1	2	3	4	5
Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	1	2	3	4	5
As decisões nesta organização são tomadas em grupo	1	2	3	4	5
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	1	2	3	4	5
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	1	2	3	4	5
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	1	2	3	4	5
Existe oportunidades semelhante de ascensão para todas as Pessoas	1	2	3	4	5
Os gestores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores	1	2	3	4	5
A inovação é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde **à avaliação que você faz das suas vivências em relação ao seu trabalho atual.**

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre					
Meu trabalho é desvalorizado pela organização	1	2	3	4	5				
Sinto-me inútil em meu trabalho	1	2	3	4	5				
Considero minhas tarefas insignificantes	1	2	3	4	5				
Sinto-me improdutivo no meu trabalho	1	2	3	4	5				
A identificação com minhas tarefas é inexistente	1	2	3	4	5				
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	1	2	3	4	5				
Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5				
Meu trabalho é sem sentido	1	2	3	4	5				
Minhas tarefas são banais	1	2	3	4	5				
Meu trabalho é cansativo	1	2	3	4	5				
Meu trabalho é desgastante	1	2	3	4	5				
Meu trabalho me frustra	1	2	3	4	5				
Meu trabalho me sobrecarrega	1	2	3	4	5				
Meu trabalho me desanima	1	2	3	4	5				
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	1	2	3	4	5				
Meu trabalho me faz sofrer	1	2	3	4	5				
A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	1	2	3	4	5				
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado Trabalho	1	2	3	4	5				
Meu trabalho me causa insatisfação	1	2	3	4	5				
Meus colegas desvalorizam meu trabalho	1	2	3	4	5				
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	1	2	3	4	5				
Meus colegas são indiferentes comigo	1	2	3	4	5				
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	1	2	3	4	5				
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	1	2	3	4	5				
É difícil a convivência com meus colegas	1	2	3	4	5				
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	1	2	3	4	5				
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	1	2	3	4	5				
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	1	2	3	4	5				

Os itens, a seguir, tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho.** Marque o número que melhor

corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos **últimos seis meses.**

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre				
Amargura				1	2	3	4	5
Sensação de vazio				1	2	3	4	5
Mau-Humor				1	2	3	4	5
Vontade de Desistir de Tudo				1	2	3	4	5
Tristeza				1	2	3	4	5
Perda da autoconfiança				1	2	3	4	5
Solidão				1	2	3	4	5
Insensibilidade em relação aos colegas				1	2	3	4	5
Dificuldades nas relações fora do trabalho				1	2	3	4	5
Vontade de ficar sozinho				1	2	3	4	5
Conflitos nas relações familiares				1	2	3	4	5
Agressividade com os outros				1	2	3	4	5
Dificuldade com os amigos				1	2	3	4	5
Impaciência com as pessoas em geral				1	2	3	4	5
Dores no corpo				1	2	3	4	5
Dores no braço				1	2	3	4	5
Dor de cabeça				1	2	3	4	5
Distúrbios digestivos				1	2	3	4	5
Dores nas costas				1	2	3	4	5
Alterações no sono				1	2	3	4	5
Dores nas pernas				1	2	3	4	5
Distúrbios Circulatórios				1	2	3	4	5
Alterações no apetite				1	2	3	4	5

Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade

Estado Civil

() Até Ensino Médio

() Solteiro

() Superior Incompleto

() Casado/União Estável

() Superior Completo

() Divorciado/Separado

Pós-Graduação

Viúvo

Cargo Atual

Lotação

Tempo de Serviço na Instituição

Tempo de Serviço no Cargo Atual

_____ ano (s) e _____ mês (es)

_____ ano (s) e _____ mês (es)

Obrigado Pela sua Participação!

Fonte: (FERREIRA, 2017, p. 86)