

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Alice Viana Guimarães
Amanda Mendonça Brasil

O ADOECIMENTO PSÍQUICO E A ATIVIDADE LABORAL DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE

ANÁPOLIS
2018

Alice Viana Guimarães
Amanda Mendonça Brasil

**O ADOECIMENTO PSÍQUICO E A ATIVIDADE LABORAL DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA como requisito parcial à aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I.
Orientadora: Prof. Ms. Núbia G. P. Enetério

ANÁPOLIS
2018

Resumo

O estudo objetiva-se compreender como o adoecimento psíquico influencia a atividade laboral nos profissionais de saúde. De forma a caracterizar o adoecimento psíquico no contexto laboral de saúde; identificar a atuação laboral dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e relacionar o adoecimento psíquico com a atividade laboral. Trata-se de uma pesquisa descritiva, a partir de revisão bibliográfica. A pesquisa poderá contribuir não somente para produção de estudo voltada a uma área laboral pouco investigada, como também poderá incentivar que demais pesquisas voltem o olhar para o estudo nas demais áreas da saúde. Por meio da análise temática de conteúdo, percebeu-se que o ACS tem importante atuação no âmbito da saúde pública, contudo, este profissional está exposto ao sofrimento psíquico, uma vez que, tem dificuldades quanto a limitação e abrangência de sua atuação, riscos psicossociais no trabalho e determinada fragilidade em sua formação. O estudo possibilitou maior compreensão quanto a necessidade de que novas ações visem trabalhar de forma efetiva a qualidade de vida e bem-estar também dos profissionais de saúde, para então prevenção e diminuição da expressão do sofrimento psíquico e por sua vez, adoecimento desses profissionais.

Palavras- Chave: adoecimento psíquico, saúde mental, trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
SEP	Síndrome do esgotamento profissional.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
UBS	Unidade Básica de Saúde
FUNTRAB	Fundação do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	24

O ADOECIMENTO PSÍQUICO E A ATIVIDADE LABORAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Torna-se relevante o contexto histórico da saúde pública no Brasil para maior entendimento sobre a funcionalidade do atual Sistema de Saúde Público e alguns dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na atualidade.

No século XIX, diversos obstáculos permeavam o Brasil quando o assunto se tratava de saúde pública. O Brasil Colonial contava com o mínimo de estrutura sanitária para sociedade, que se apoiava nos serviços prestados por curandeiros, pajés e aqueles que contavam com melhor recurso financeiro eram assistidos por pessoas que detinham os conhecimentos básicos da medicina. De acordo com Baptista (2005), as primeiras ações de saúde pública realizadas no Brasil Colonial, e também no mundo, tinham como objetivo aprimorar a estrutura sanitária, monitorar doenças e doentes na intenção de evitar epidemias e, realizar a teorização e documentação visando construir conhecimento a partir do que era vivenciado e produzir medidas mais eficazes. Em 1889, após a Proclamação da República, um novo modelo político entra em vigor e o Estado conta com o fortalecimento e consolidação da economia e, paralelo a este feito, dava-se início as ações de investimento no setor da saúde pública.

Baptista (2005) expõe que Oswaldo Cruz foi um dos principais nomes na condução da melhoria na área da saúde daquela época, sendo responsável pela coordenação da reforma na saúde que ocorreu no ano de 1903. A proposta envolvia o código sanitário que tinha como finalidade desinfetar domicílios combatendo epidemias, demolição de construções que fossem consideradas nocivas à saúde e, a atuação da polícia sanitária.

Nesse contexto, segundo Baptista (2005, p.15), a polícia sanitária tinha como função:

Identificar doentes e submetê-los à quarentena e tratamento. Se a pessoa identificada como doente não tivesse recurso para se isolar em fazendas distantes e pagar médicos próprios, era enviada para hospitais gerais – conhecidos pelo período como matadouros – ou simplesmente isolado do convívio social.

Mesmo gerando revolta e protestos frente ao modelo não humanizado da gestão na saúde pública, Oswaldo Cruz conseguiu erradicar alguns dilemas que o Brasil enfrentava naquele momento, porém, Baptista (2005) destaca que ainda existia uma grande parte da população que era desfavorecida por não possuir capital para garantir acesso à saúde. No ano de 1923, foi instituída a lei que regulamentava a construção de Caixas de Aposentadorias e

Pensões, (CAP's), que visava garantir acessibilidade dos trabalhadores que mais movimentavam a economia do país naquele momento tivessem acesso à saúde de qualidade.

Nas últimas décadas, mesmo enfrentando a instabilidade política e governos autoritários, o Brasil passou por um período de transformação e evolução em diversas áreas, sendo a área da saúde pública uma delas. A transformação e reestruturação do setor de saúde no Brasil foram conquistadas por civis que lutavam em prol da saúde acessível para toda população independentemente de onde o indivíduo desempenhava seu trabalho, já que o acesso ao serviço de saúde era dificilmente alcançado por cidadãos com trabalhos informais, por exemplo.

Em 1964, conforme exposto por Paim et al. (2011 p.18) houve “reformas governamentais que impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos”. Iniciam-se movimentos sociais em busca da reforma sanitária no Brasil que, segundo os mesmos autores (2011 p.18), “defendiam a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público”.

Baptista (2005, p.23) expõe que durante o movimento sanitário, civis lutavam por uma nova visão no que se referia a assistência à saúde, defendia-se que: a saúde era direito de todo cidadão sem nenhum tipo de descriminalização, todo o sistema da saúde deveria ser integrado em um único sistema, visando que toda população tivesse acesso e, as ações de gestão e administração financeira fossem descentralizadas e somente o Estado fosse o responsável pela promoção e controle dessas ações. O tema Saúde Pública ganhou espaço no cenário político e aqueceu as discussões sobre a reestruturação no setor.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Conforme exposto por Paim et al. (2011), o Sistema Único de Saúde foi estruturado e criado para cumprir o objetivo de “prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo”. O SUS nasce com uma proposta revolucionária, visando garantir uma estrutura de proteção social abrangente, justa, equânime e democrática (Brasil, 1988, art.194, citado por Baptista, 2005, p.32)

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS), segundo Carli et al. (2014, p. 627) criou em 1991 a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) como meio para fortalecer a Atenção Básica, apresentando “como objetivo auxiliar a organização do SUS e cumprir os

seus princípios e diretrizes, principalmente a descentralização dos serviços de saúde e o atendimento integral com direito à igualdade e à participação social”.

Contudo, Santos, Vargas e Reis (2014, p. 325) afirmam que foi somente em 1994 que surgiu “o Programa de Saúde da Família (PSF) para assegurar qualidade de vida e bem-estar individual e coletivo por meio de ações preventivas integrais e contínuas ajustadas às realidades loco-regionais e não apenas ao modelo assistencial de cura de doenças”.

O ACS nesse contexto de atenção primária, para Carli et al. (2014, p. 626) passou a representar “o elo entre a equipe de Saúde da Família e a comunidade mediante o desenvolvimento de ações domiciliares na sua área de abrangência e na unidade para programação e supervisão das atividades”.

Atuando de forma mais próxima à comunidade, visando assegurar justamente essa qualidade de vida, como reflete Carli et al. (2014, p. 627) “o ACS faz parte da população, trabalha por ela e para ela”, posto que o profissional além de atuar na comunidade a constitui. Mendes e Ceotto (2011) compreendem que:

O sofrimento se estabelece à medida que esse profissional percebe que, apesar de agente transformador, não tem as ferramentas necessárias, o conhecimento, nem todo este atributo de mudança que acompanha a teoria sobre sua função. (497-498)

Nunes et al. (2002; Jardim, 2007; Martines e Chaves, 2007, citados por Mendes e Ceotto, 2011, p. 497) compreendem que o ACS está imbuído não somente por um elo entre comunidade-unidade de saúde, como também é imposto a ele a ideia de “agente transformador”, o que o deixa submetido ao viés do sofrimento.

Apesar do importante papel de atuação e as grandes expectativas impostas a esses profissionais, foi somente em 2006 que se estabeleceram por lei suas atribuições. Contudo, a Lei Nº 13.595, de -5 de Janeiro de 2018 altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições deste profissional. De acordo com a Lei Nº 13.595, de -5 de Janeiro de 2018 , cabe ao ACS:

O exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (Art. 3º, parágrafo único).

Ainda que sua atuação se encontre regulamentada, a percepção do termo “agente transformador”, desperta um viés de sofrimento, uma vez que, há sobrecarga mental e física quando, como expõe Ferreira et al. (2009, citado por Santos, Vargas e Reis, 2014, p. 328).

Refere ansiedade tanto na relação com a comunidade como com a equipe, especialmente quando se sente pressionado entre ambos, uma vez que as dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do exercício profissional enquanto mediadores e tradutores implicam tanto na produção do cuidado como no atendimento às necessidades de saúde da população.

Em função do posicionamento a que este profissional é imposto, diversos estudos têm se voltado para a compreensão do trabalho desses profissionais, com intuito de desenvolver maior atenção à saúde deste e valorização de sua atuação, uma vez que, percebem a necessidade de se prevenir doenças ocupacionais, frente ao papel imposto a ele, como mediador, e assumindo uma posição de avaliador e articulador na saúde pública. (Bornestein e Stotz ,2008; Cambuy, 2005; Costa et al., 2005; Custódio et al., 2006b; Kluthcovsky, 2005; Reis, 2005; Santos, 2005; Trapé, 2005, citado por Santos, Vargas e Reis, 2014)

Compreende-se que o trabalho assume um caráter fundamental na vida e desenvolvimento do indivíduo, transcendendo o tempo. Contudo, mostrou-se recorrente, como observa Ferreira, Medeiros e Carvalho (2017, p. 254), “que no decorrer da história intensificou-se a exploração da força de trabalho e o desgaste da saúde do trabalhador, e pouco se fez para minimizar as condições de sofrimento no trabalho”.

Sobretudo sabe-se que o desgaste no contexto de trabalho afeta de variadas formas a saúde do indivíduo. Tanto sua saúde física, como psíquica e emocional, sob variados desdobramentos. Frente a isso, qual o conceito de saúde psíquica adotado na área da saúde atualmente? A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001, citado por Costa, Borges & Barros, 2015, p. 47) “adotou um conceito de saúde psíquica que engloba o bem-estar subjetivo, definindo critérios para a saúde mental (por exemplo, crescimento, desenvolvimento e autorrealização, integração e resposta emocional, domínio ambiental e competência social)”.

Portanto, compreende-se de um indivíduo saudável psiquicamente, aquele que se mostra em crescimento e desenvolvimento pessoal e adaptativo, sente-se bem consigo, em constante processo de autoconhecimento e desenvolvendo sua autonomia, mostrando-se assertivo em meio às situações.

Ao tratar-se da saúde psíquica, ainda, Albrecht (1990; Benevides-Pereira, 2002; Mauro, Mauro, Pinheiro, & Silva, 2010, citados por Costa, Borges & Barros, 2015, p. 50) “estabeleceram a relação entre autonomia e bem-estar psíquico”. Em que, a “redução do espaço de autonomia encontrada pode ser um aspecto que predispõe o adoecimento”.

O sofrimento psíquico por sua vez surge com o adoecimento do indivíduo, em outras palavras, como explicitam Ferreira et al. (2017, p. 256) ao esclarecerem que “o sofrimento vem quando a função exercida perde seu significado, abrangendo dois sintomas: a insatisfação e a ansiedade, que possuem muitas variantes no discurso do trabalhador, englobando: indignidade, vergonha, inutilidade, desqualificação, cansaço, paralisia da imaginação, adormecimento intelectual e entre outras”. Ainda, os mesmos autores expõem que, de acordo com alguns estudos, são evidenciados diversos aspectos entre o surgimento de sintomatologia específica com o adoecimento e sofrimento psíquico no ambiente de trabalho.

Tendo observado alguns fatores predominantes na apresentação da sintomatologia específica, Ferreira et al. (2017, p. 256) descrevem a frequente presença de “irritabilidade, insatisfação, sentimentos de medo por humilhações e ofensas, hipertensão arterial sistêmica, enxaqueca, tensão, estresse, desgaste físico, depressão, dores nas pernas, varizes, problemas de coluna, desânimo, desmotivação, queixas de insônia, cansaço emocional, despersonalização, tristeza, mal-estar, sentimento de impotência e Burnout” quando se observa um contexto de sofrimento e adoecimento psíquico.

Compreende-se, assim, que a insatisfação e a ansiedade descrita pelos autores, Ferreira et al. (2017), apresentam-se de diversas formas sobre a sintomatologia do indivíduo, descrita muitas vezes sob o discurso de cansaço, sensação de peso e desconforto, medo e desmotivação. Desdobrando-se em estresse e sentimento de angústia, que surgem anteriormente à evolução de mais sintomas e então provenientes patologias.

Esta pesquisa visa responder à seguinte questão: Como o adoecimento psíquico influencia a atividade laboral do profissional da saúde? De forma a apresentar quais são os principais sintomas relacionados ao sofrimento psíquico foi analisado nos demais estudos, o que já foi considerado e verificado como diretamente prejudicial à saúde do profissional e que poderia interferir em seu desempenho e rendimento laboral.

A partir da identificação dos impactos na saúde dos profissionais da saúde, foram elencados um objetivo geral e três específicos, quais sejam:

O objetivo geral (OG) deste estudo é analisar como o adoecimento psíquico influencia a atividade laboral do profissional da saúde.

A fim de ser atingido o OG foram elencados os três objetivos específicos que se seguem:

(OE1) - Caracterizar o adoecimento psíquico no contexto laboral de saúde;

(OE2) - Identificar a atuação laboral dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e

(OE3) - Relacionar o adoecimento psíquico com a atividade laboral.

Segundo dados do Ministério do Trabalho (citado pela Fundação do Trabalho - FUNTRAB, 2017), uma vez que a legislação brasileira não trata do aspecto psicológico, as organizações no Brasil, de forma geral, pouco se dedicam a promoção de ambientes que preservem e incentivem a saúde mental dos trabalhadores. A FUNTRAB (2017), ainda, expõe que, segundo a auditora fiscal do Trabalho, Luciana Veloso, doutora em direito na saúde mental do trabalhador, “diz que o problema tem se agravado, sobretudo, nos últimos 30 anos”, em que se observam maiores exigências no mercado de trabalho e o ritmo de vida acelerado, a que somos expostos. (Fundação do Trabalho - FUNTRAB, 2017)

Frente a este cenário ainda em progresso, percebeu-se o vasto desenvolvimento de estudos sobre o adoecimento psíquico e sua influência sobre a atividade laboral e a qualidade de vida, especificamente no contexto de saúde, com foco no profissional de enfermagem. Contudo, observou-se a escassez de estudos voltadas as demais áreas laborais da saúde, como é o caso dos Agentes Comunitários de saúde, portanto, objetiva-se compreender como o adoecimento psíquico influencia a atividade laboral nesses profissionais.

A pesquisa poderá contribuir não somente para produção de estudo voltada a uma área laboral pouco investigada, como também poderá incentivar que demais pesquisas voltem o olhar para o estudo nas demais áreas da saúde, como os profissionais da psicologia, odontologia, medicina e fisioterapia, dentre outras áreas de atuação.

Almeja-se que, com novos estudos voltados as demais áreas laborais, ações que visem trabalhar de forma efetiva a qualidade de vida e bem-estar também dos profissionais de saúde sejam estabelecidas, para então diminuição da expressão do adoecimento e do sofrimento psíquico nos profissionais.

Portanto, consoante às observações no campo da saúde junto as ACS, observou-se a necessidade de se promover o bem-estar e qualidade de vida. A identificação dos impactos na saúde do indivíduo quando expostos frequentemente ao estresse e a ansiedade despertou o interesse sobre como se daria esta influência em sua atuação e desempenho na atividade laboral e assim levar a reflexão: como futuras profissionais da área de saúde, o que poderia ser feito para que fosse ofertada maior qualidade de vida nesses contextos?

Método

O presente artigo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica. Para Caldas (1986, p.15), citado por Moreira (2004, p. 25), a revisão bibliográfica tem como função realizar a “coleta e armazenagem de dados de entrada para a revisão, processando-se mediante levantamento das publicações existentes sobre o assunto ou problema em estudo, seleção, leitura e fichamento das informações relevantes”.

Trata-se de uma pesquisa descritiva tendo como objetivo principal analisar as características dos fenômenos encontrados durante a revisão bibliográfica (Gil, 2002, p.42). Possui natureza qualitativa, objetivando construir conhecimento a partir dos estudos bibliográficos realizados. Guerra (2014) conceitua a pesquisa qualitativa como:

Aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social –, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. (p.11)

Para execução da pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2008, p. 50) “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”, foram utilizados artigos recuperados das bases de dados convencionais como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, bibliografias que discorrem sobre a temática saúde mental no trabalho, adoecimento/sofrimento psíquico e documentos contendo dados oficiais.

Foi utilizado de base o livro A loucura do trabalho de Dejours (1992) e contribuições de Benevides-Pereira e Lívia Borges presentes na Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás (2013), com revisão bibliográfica apoiada em obras secundárias, abordando o tema sofrimento e adoecimento psíquico, sua relação com a dinâmica do trabalho e a observação da relação entre o adoecimento psíquico com a atividade laboral.

Foram adotadas palavras-chaves “adoecimento psíquico”, “saúde mental” e “trabalho”, uma vez que para se caracterizar “a compreensão do bem-estar psíquico requer compreender a relação do indivíduo com o trabalho” (Codo, Soratto e Menezes, 2004, citados por Borges, Andrade, Chaves & Barbosa, 2013, p. 548).

Caracterização do adoecimento psíquico no contexto laboral de saúde.

Sabe-se que cenário atual de trabalho frente às exigências do mundo moderno influencia na saúde do indivíduo. Tais fatores de influência são denominados como fatores psicossociais, que segundo BRASIL (2014 p. 19):

Se referem à sobrecarga (excesso de tarefas, pressão de tempo e repetitividade); subcarga (monotonia, baixa demanda, falta de criatividade); falta de controle sobre o trabalho (inexistente ou pequeno poder de decisão sobre o que e como irá fazer); distanciamento entre grupos de mando e de subordinados; isolamento social no ambiente de trabalho; conflitos de papéis, conflitos interpessoais e falta de apoio social.

Nesse sentido, Dejours (1992, p. 133) compreende que:

A organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projeto, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora.

Sugere-se que a saúde psíquica do indivíduo influencia para além do bem-estar e estabelecimento da qualidade de vida, mas também na realização da atividade laboral do mesmo. Como concluem Costa et al. (2015, p. 55), que “há uma tendência de que, quanto mais desfavoráveis as condições de trabalho, mais deteriorada será a saúde psíquica e os afetos com relação ao trabalho, repercutindo novamente no ambiente de trabalho”.

As pesquisas realizadas no campo de saúde, segundo (Martinez e Paraguay, 2003; Martinez, Paraguay&Latorre, 2004; Faragher, Cass& Cooper, 2005; Grazziano e Bianchi, 2010, citados por Neves, Oliveira & Alves, 2014, p. 47), têm demonstrado a relação entre satisfação e saúde no trabalho, particularmente, com a saúde mental.

Martinez e Paraguay (2003; Martinez et al., 2004; Faragher et al., 2005, citados por Neves, Oliveira & Alves, 2014, p. 52) analisam que em seu estudo como em demais pesquisas há uma tendência em que se enfatizam

Uma relação entre satisfação e saúde mental no trabalho, uma vez que altos índices de insatisfação no trabalho produzem altos níveis de sofrimento mental, que podem levar ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, como estresse ocupacional, síndrome de burnout, dentre outras, que afetam seriamente a qualidade de vida do trabalhador.

De forma geral, os estudos analisados trazem que “elevados índices de insatisfação com o trabalho podem produzir altos níveis de sofrimento mental, o que levaria o trabalhador

a desenvolver síndromes ou doenças relacionadas ao trabalho, como o estresse ocupacional, doenças cardíacas e alérgicas e a síndrome de burnout” (Martins e Santos, 2006, citados por Neves, Oliveira & Alves, 2014, p. 47)

Contudo, em geral, as pesquisas que abordam a Síndrome do Esgotamento Profissional (SEP) especificamente, de acordo com Medeiros-Costa, Maciel, Rêgo, Lima, Freitas e Silva (2017, p.06), “propõem generalizações sem dar a devida atenção às especificidades dos departamentos/setores dos hospitais, pressupondo que os diferentes contextos de trabalho apresentam riscos semelhantes para o aparecimento da SEP”.

O Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, que regulamenta a previdência social, cita algumas doenças originalmente psíquicas que podem justamente surgir no contexto laboral, sendo algumas delas:

VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2). VII - Episódios Depressivos (F32.-) VIII - Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1); IX - Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0); X - Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48. 8); XI - Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2); XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)

Sabe-se que o adoecimento psíquico tem sido pauta de estudos frente à recorrência dessa relação saúde-trabalho, como está explicitado no Boletim Quadrimestral pela Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda, “no Brasil, os transtornos mentais e comportamentais foram à terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no período de 2012 a 2016”. (BRASIL, 2017, p. 05). No documento ainda é exposto que:

Os episódios depressivos (F32) exercem uma influência grande na concessão do auxílio-doença previdenciário por transtornos mentais ao longo do período visitado (mais de 30% do total). Juntos, os episódios depressivos (F32), outros transtornos ansiosos (F41) e o transtorno depressivo recorrente (F33) deram causa a quase 60% dessa concessão” [de benefícios]. (BRASIL, 2017, p. 05)

Borges et al.(2013, p. 550) descrevem que há uma tendência a qual, ao se relacionar saúde mental e trabalho, poucos modelos teóricos se limitam a perspectiva psicossocial, restringindo-se a sistematização e operacionalização estrita dos conceitos de saúde mental e bem-estar. As autoras pontuam que o modelo ecológico de Warr (1987) analisa de forma multidimensional propondo análise do bem-estar psicológico por meio de cinco dimensões

(aspectos individuais) e o contato com características ambientais, por sua vez, o déficit em uma ou mais das dimensões psíquicas provocaria a desestabilização do bem-estar psicológico.

A análise por esse modelo indica que tanto as características pessoais quanto à precariedade ambiental oferecem riscos à saúde mental. Demais modelos referentes à perspectiva psicossocial estão relacionados ao estudo do estresse ocupacional, abordando a síndrome de Burnout. Maslach e Leiter (1999, citados por Borges, Andrade, Chaves & Barbora, 2013, p. 551) discutem esse modelo:

Que, além de descrever os três fatores que caracterizam que o indivíduo apresenta a referida síndrome – exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e ceticismo – classificam os diferentes aspectos do trabalho e/ou do ambiente de trabalho que se associam ao desenvolvimento da síndrome em cinco blocos: sobrecarga; a falta de controle do indivíduo sobre os aspectos ambientais do trabalho; remuneração insuficiente; ausência de equidade e conflitos de valores (indivíduo versus organização).

No contexto da Psicologia, para Benevides-Pereira (2013, p. 390) o burnout é a “maneira encontrada de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do estresse ocupacional. Sobrevém quando falham outras estratégias para lidar com o estresse”. A autora discorre ainda que o impacto na realização pessoal se apresenta de forma decrescente na realização e satisfação de atividades, com sentimentos negativos relacionados a fardo e a perda de sentido.

A prática psicológica em saúde do trabalhador, de acordo com Martellet et al. (2014, p. 639) por considerar justamente a subjetividade no trabalho, contribui para percepção mais profunda das nuances do sofrimento psíquico presente no ambiente de trabalho. Permite ainda, verificar o significado atribuído aos desafios no trabalho, por meio das representações e experiências do indivíduo.

Identificação da atuação laboral dos Agentes Comunitário de Saúde

Anteriormente, quando desenhado o projeto de atuação da Atenção Primária no SUS, o Agente Comunitário de Saúde tinha como suas principais funções promover a aproximação da população com a rede de assistência á saúde e, também, construir um elo entre a comunidade local e a Unida de Saúde Básica da região. Sua atuação, para Andrade e Cardoso (2017, p.88) “na ESF está atrelada a concepções de saúde ampliadas que incluem determinantes biopsicossociais por meio de um olhar para toda a família e não apenas sobre o indivíduo”. Tal concepção está de acordo com a problemática do SUS, sob o olhar

humanizado e integrado a saúde do indivíduo e da comunidade, sobrepondo-se a concepção tradicional da saúde, caracterizada somente como física e biológica.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, segundo Andrade e Cardoso (2017, p 87) estabelece que “o ACS tem como atribuições o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas”. Carli, Costa, Silva, Resta e Colomé (2014, citado por Andrade e Cardoso, 2017, p. 88) reforçam, ainda, que é na visita domiciliar que surge a possibilidade de incentivar a independência da comunidade e das famílias quanto a sua própria produção de saúde. A possibilidade do incentivo, por sua vez, proporciona justamente a autonomia e por sua vez a reelaboração do conceito de construção da saúde pelo próprio indivíduo.

Em conformidade com o Guia Prático do Programa de Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no ano de 2001, os Agentes Comunitários de Saúde, com suporte de médicos e enfermeiros da Unidade Básica de Saúde, dedicam seu tempo laboral para realizar visitas domiciliares com intenção de elaborar anotações de dados importantes sobre a população da região, alavancar as campanhas de vacinação, fazer o monitoramento de gestantes e neonatais, acompanhamento de hipertensos, fazer encaminhamentos clínicos e, tudo que estiver relacionado à prevenção de doenças e promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Os autores Alosa, Béguin & Duarte (2018) expõem que “o trabalho do ACS auxilia o planejamento e implementação das ações de saúde tanto localmente, ao encaminhar informações do território de abrangência para as ESF, quanto nacionalmente, alimentando dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde” (p.2), o que confirma a relevância do papel do ACS na incorporação e perpetuação das estratégias firmadas para a Atenção Primária.

Para o desempenho de tal função, almeja-se que o ACS tenha desenvolvido em si o senso de pertencimento carregando os valores, a linguagem e as raízes da comunidade a que pertence. O instinto de liderança e a boa comunicação são aliados daqueles que precisam diariamente engajar famílias para busca de hábitos saudáveis, esclarecer sobre a necessidade de ingerir corretamente a medicação prescrita, entre outros direcionamentos.

Sobre a capacitação desse profissional é importante salientar que apesar de não haver formação acadêmica tradicional como das demais profissões da saúde, mostra-se indispensável para desempenhar a ocupação de ACS certa formação, como declara a Lei nº 11.350 (art. 6º e 7º), quando estabelece que “é obrigatório concluir um curso introdutório, com aproveitamento, para se tornar um agente”. Esta capacitação, que contém carga horária

mínima de 40 horas para cada curso, o ACS receberá conteúdos, elaborados pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde do Ministério, que serão importantes e necessários para o desempenho da função (Ministério da Saúde, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015, “o material elaborado contém atividades didático-pedagógicas que contemplam: integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), políticas públicas de saúde e controle social, bem como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, visando à melhoria da qualidade de vida da população”. De acordo com a Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015, no Art. 2º, o curso introdutório possui como componentes:

I - Políticas Públicas de Saúde e Organização do SUS; II - Legislação específica aos cargos; III - Formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho; IV - Técnicas de Entrevista; V - Competências e atribuições; VI - Ética no Trabalho; VII - Cadastramento e visita domiciliar; VIII - Promoção e prevenção em saúde; e IX - Território, mapeamento e dinâmicas da organização social.

Apesar das orientações do Ministério da Saúde frequentemente esses profissionais estão expostos a diversos obstáculos para desempenho de sua função. Dentro dos riscos dessa ocupação, podemos citar as mudanças climáticas, a ausência de segurança nas ruas, desconfiança dos moradores, entre outros fatores que podem acarretar em stress ocupacional e transtornos psicossomáticos.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho do ACS os autores Trindade, Gonzales, Beck & Lautert (2007, citados por Nascimento e David, 2008, p. 551), percebem os desafios da função da seguinte forma:

As cargas físicas que representam a exposição ao calor, frio e umidade conforme a mudança climática, odores provenientes de esgotos e valas e condições de higiene ambiental e das moradias; as cargas químicas incluem fumaça e poeiras; entre as cargas orgânicas estão os contatos com pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas, águas e alimentos contaminados e ambientes; as cargas mecânicas são referidas como longas caminhadas, carregamento de pastas e mochilas pesadas e períodos de pé; e as cargas psíquicas destacam a presença de animais perigosos (cachorros, cobras, cavalos, entre outros) e risco de agressão por membros da família.

Outro ponto que gera discussão quanto à atuação dessa profissão é a ocupação do ACS, que sofre com a falta de delimitação de suas atribuições. Os autores Nascimento e David (2008) citam que “apesar dos avanços quanto às políticas de profissionalização e regulação, seu trabalho é extremamente diversificado e amplo, frequentemente contraditório e ambíguo, e tende a extrapolar suas atribuições” (p.550), haja vista que o desempenho da sua

atividade não se restringe somente as atividades exteriores a UBS. Determinadas funções, como por exemplo, o ofício de recepcionar os pacientes, realizar o agendamento de consultas, organização de instrumentais e documentos (pastas, protocolos e prontuários) e a gestão do almoxarifado, também são desempenhadas pelos ACS (Aloso, Béguin & Duarte, 2018). Os mesmos autores defendem que “esse quadro reforça que o ACS é visto como um trabalhador polivalente que, por conta da indefinição das margens das suas atribuições profissionais e da idealização do seu papel, tem o escopo de atuação constantemente alargado” (p.06).

Relação do adoecimento psíquico com a atividade laboral do Agente Comunitário de Saúde.

Frente ao conteúdo exposto anteriormente compreende-se que a saúde pública no Brasil vem sofrendo constantes e importantes transformações. Nas últimas décadas, grandes reformas foram desenvolvidas no setor público que permitissem construir estratégias fundamentais para erradicar doenças, prevenir epidemias e promover a saúde na e para a população. Faz-se necessário destacar a importante evolução do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que visa à aproximação da comunidade ao setor público de saúde, tendo em vista que anteriormente, a Polícia Sanitária, proposta por Osvaldo Cruz, desempenhava uma proposta não humanizada, gerando uma resposta contrária a proximidade e maior vínculo da comunidade as Unidades de Saúde.

Entende-se que a execução das atividades do ACS é fundamental no âmbito da saúde, pois, por meio do levantamento de dados gerado por esses profissionais é consolidada a base de informações para construção de estratégias assertivas voltadas para a real necessidade da população. É por meio da atuação destes profissionais que se promove maior proximidade e vínculo comunidade - sistema de saúde. Entretanto, encontram-se diversos fatores que expõem esses profissionais aos riscos ocupacionais, que por sua vez o expõem aos impactos em sua saúde física e mental.

O “Agente de mudança”

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009, citado por Andrade e Cardoso, 2017, p. 88) em seu manual “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, esse profissional é descrito “como um “agente de mudança” (p. 23), enfatizando seu papel de extensão dos

serviços de saúde dentro da comunidade e de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários por meio de uma postura “vigilante” (p.24)”.

Brigagão e Gonçalves (2009, citado por Andrade e Cardoso 2017, p. 88), relatam intervenção em oficinas de promoção de saúde com ACS, em que estes profissionais constantemente apontaram: “sobrecarga de atividades, dificuldades em responder a determinadas demandas/questões dos usuários e exigências para que desempenhem funções que não fazem parte de suas atribuições, o que reforça a dificuldade do ACS em construir uma identidade profissional”. A intervenção relatada pelos autores evidencia justamente o caráter abrangente da profissão e a atribuição ao profissional à responsabilidade como único provedor de mudança na comunidade e no sistema de saúde.

Fatores de risco psicossocial no trabalho

Guimarães (2013, p. 274) discute que os fatores de risco psicossocial no trabalho podem “ser definidos como aquelas características do trabalho que funcionam como “estressores”, ou seja, implicam em grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas”. Para além da insuficiência de recursos, Wai (2007, citado por Andrade e Cardoso, 2017, p. 88) aponta alguns dos fatores que podem contribuir para a sobrecarga dos ACS, caracterizando justamente a “carga emocional pelo envolvimento e forte vínculo com a comunidade e dificuldades no relacionamento interpessoal com a equipe e usuários”.

Guimarães (2013, p. 274) aponta que existem outros diversos fatores e desdobramentos possíveis que influenciam na sobrecarga e adoecimento do profissional:

A urgência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e relações de trabalho tensas e precárias, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado com o trabalho.

Percebeu-se que o sofrimento psíquico, por vezes, mostra-se também como resultado do sentimento de frustração frente à impossibilidade/limitações de atenderem as demandas da comunidade ou até mesmo, de orientá-los quanto aos encaminhamentos. Nascimento e David (2008) evidenciam que nessas situações “os ACS trabalhavam sob forte pressão emocional, tendo que atender a situações que extrapolavam suas capacidades de dar resposta”. Nessa situação, o profissional identifica falhas na rede de saúde e no amparo a comunidade, mas se vê incapaz de transformar esse cenário.

Os autores, Nascimento e David (2008), discutem que além da sobrecarga emocional, o profissional, por vezes, sente-se insatisfeito e desanimado frente à consideração do trabalho como monótono e repetitivo. A prática além de provocar frustração no profissional, deixando-o ocasionalmente, impossibilitado de agir sobre as demandas da comunidade, ainda enfrenta um trabalhado burocrático que gera desânimo e o sentimento de estagnação, que não vai de encontro com o “agente de mudança”, como o atribuem.

Outro ponto evidenciado na prática dos profissionais como sobrecarga, para além de suas competências é, de acordo com Alosó, Béguin e Duarte (2018, p. 06) o fato de que “além das tarefas que não são da competência dos ACS, outras são paulatinamente incorporadas no rol de atribuições, de forma oficial, como a pesagem das famílias para recadastramento do bolsa família e ações de prevenção e combate à dengue”.

A formação do ACS e suas fragilidades

O momento de visitas domiciliares é o centro da atuação do ACS, como nos traz Alonso, Béguin e Duarte (2018, p. 06) quando discorrem que “alguns estudos apontam que o principal insumo do trabalho dos ACS é o conhecimento obtido no contato com as famílias e, no que concerne a esse contato”.

Refletindo sobre as ações dos ACS e sua proximidade com a comunidade, Guizardi e Pinheiro (2005, citado por Andrade e Cardoso, 2017, p. 88) “apontam que elas têm o potencial diverso ao modelo hegemônico de assistência pela proximidade, pela escuta e vivências compartilhadas com os usuários, pela disponibilidade para estar junto e conhecer o cotidiano das famílias”.

Justamente por essa proximidade do ACS a comunidade e sua realidade, os autores Guizardi e Pinheiro (2005, citado por Andrade e Cardoso, 2017, p. 88) discutem o posicionamento delicado desse profissional que,

Pode ser a voz das experiências e saberes do usuário, apesar de, em alguns momentos, isso ser angustiante pela ausência de um saber institucionalizado – o que faz com que muitas vezes o ACS recorra ao discurso científico, na tentativa de consolidar um lugar profissional.

É quando a suposta sobreposição do discurso científico e tecnicista pelas experiências e saber da comunidade, é que supõe-se o ponto a ser trabalhado de forma mais profunda quanta a formação desse profissional. Como refletem Silva, Mendes, Moraes, Anhas e Rosa (2014, p. 114) quando discorrem que,

Em geral, temos observado que capacitações que visam sanar lacunas de conhecimento técnico correm o risco de desvalorizar as experiências vivas do território, e/ou partem do pressuposto de que fortalecer o papel estratégico do ACS é supri-los com manuais informativos sobre os mais diferentes temas.

Tal proposta permite-nos refletir sobre como contribuir para melhor amparo a prática de atuação desse profissional. Percebeu-se a relevância de se dispor de uma formação mais ampla aos ACS, contudo, estimulá-los a equiparar esse conhecimento com o saber e experiência da comunidade, promovendo maior diálogo e desenvolvendo ferramentas e uma atuação mais equiparada com a realidade a que se atua.

Abordando essa fragilidade na formação do profissional, Alonso, Béguin e Duarte (2018, p. 08) evidenciam justamente as pontuações dos ACS quanto à percepção de sua própria formação, como sendo insuficiente e expõem como principais pontos a serem trabalhados:

Excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos e que não incluem dados da realidade local; enfoque insuficiente em aspectos teóricos e práticos que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões da realidade cotidiana de trabalho, como o manejo de problemas familiares e de ordem social; e, por fim, restrição da carga horária oferecida para tal atividade.

Considerações Finais

Tornou-se relevante o estudo do contexto histórico da saúde pública no Brasil para maior entendimento sobre a funcionalidade do atual Sistema de Saúde Público no âmbito da atenção primária e alguns dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na atualidade. Com a criação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) de 1991, como meio para fortalecer a Atenção Básica, sentiu-se a necessidade de analisar os possíveis fatores que desencadeariam o sofrimento e adoecimento psíquico nesses profissionais.

Observaram-se maiores relações saúde-mental e trabalho, frente às constantes exigências do mundo moderno. Nesse aspecto diversos estudos discutem a presença de fatores/riscos psicossociais no âmbito do trabalho. Com base nesses fatores anteriormente apresentados, sugere-se que a saúde psíquica do indivíduo influencia para além do bem-estar e estabelecimento da qualidade de vida, mas também na realização da atividade laboral do mesmo.

A atuação do Agente Comunitário de Saúde envolve o exercício de atividades de prevenção e promoção em saúde, por meio de ações domiciliares que envolvam toda a comunidade. O profissional ainda é responsável por alimentar a rede, atualizando cadastrados e efetivando a prática burocrática. O seu então “papel central” na atuação em atenção primária evidencia até mesmo grande responsabilidade atribuída a este profissional, caracterizado, por vezes, como o vínculo comunidade - unidade de saúde e como “agente transformador”.

Com a constante exposição a elementos desfavoráveis à execução das atividades laborais do ACS, passa-se a existir uma tendência à diminuição de produtividade laboral e também o aumento da possibilidade de desencadeamento do sofrimento e adoecimento psíquico. O adoecimento, por sua vez, pode ser caracterizado como o stress ocupacional, a síndrome de *burnout*, entre outra tantas patologias psíquicas que se desenvolvem no trabalho.

Tem-se observado diversos estudos que analisaram a relação saúde mental – trabalho. Nesse sentido, observando a prática do ACS, suas atribuições e condições de trabalho, para além do vínculo profissional-comunidade, muitos aspectos que o envolvem comprometem sua saúde. Como discutidos neste estudo anteriormente: a frágil formação ofertada, a delimitação não clara acerca de sua atuação, os recursos deficitários e a percepção de desamparo.

Este estudo se propôs a analisar como o adoecimento psíquico influencia a atividade laboral do profissional de saúde, tendo compreendido as diversas entraves que podem

desencadear o adoecimento psíquico nestes profissionais e que o atingem para além do sofrimento psicológico.

Contudo foi observado a necessidade de estudos que indiquem maiores reflexões e intervenções no âmbito da promoção e prevenção do sofrimento psíquico, como também medidas para se tratar a grande demanda por adoecimento psíquico, discutindo-se a possibilidade de debate também durante a formação acadêmica. Frente a este cenário, sugere-se maiores estudos para aprofundamento do tema e análise em demais áreas da saúde, visando a conscientização, promoção, prevenção e tratamento em saúde mental.

Entende-se que o trabalho laboral possui um importante papel social e diante do conteúdo exposto compreende-se que existe a necessidade de análise constante das atividades laborais de todos os profissionais da área da saúde. O olhar crítico para o tema saúde mental – trabalho visa desenvolver conteúdos onde busca-se promover a qualidade de vida e o bem estar do indivíduo e prevenir o sofrimento psíquico daqueles que se dedicam a cuidar do sofrimento do próximo.

Referências

- Alonso, C. M. C. Béguin, D. P & Duarte, M. C. J. F (2018). *Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese*. Rev. Saúde Pública vol.52 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>
- Andrade, V M P, & Cardoso, C L. (2017). Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. *Psico-USF*, 22(1), 87-98. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220108>
- Baptista, F. W. T (2005). O direito à saúde no Brasil. Pereira, B. I & Morosini, C. G. V. M (Orgs), *Textos de apoio em Políticas Públicas* (Cap. 1, pp. 11-41) Rio de Janeiro: Fiocruz
- Benevides. A. M. T. A síndrome de Burnout. Justino, F. J. & P, P.L (2013). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*. (389-402). Goiânia: Cir Gráfica. Recuperado de <https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>
- Borge, O. L., Andrade, R. P., Sandra Souza da Silva Chaves, S. S. S., & Barbosa, C. S. Saúde mental, diagnóstico organizacional e do trabalho. Justino, F. J. & P, P.L (2013). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*. (545- 558). Goiânia: Cir Gráfica. Recuperado de <https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático do programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Recuperado http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho*. Bahia: Ministério da Saúde, 2014. Recuperado de <https://central3.to.gov.br/arquivo/276627/>.
- Brasil, Ministério da Fazenda - Secretaria de Previdência. (2017). 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017 - *Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016*. Recuperado de: <http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador/boletim-quadrimestral/>.
- Carli, R De, Costa, M C da, Silva, E B da, Resta, D G, & Colomé, I C dos S. (2014). Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(3), 626-632. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>.
- Costa, M. T. P; Borges, L. O.& Barros, S. C. (2015). *Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários*. Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 15(1), 43-58. doi: dx.doi.org/10.17652/rpot/2015.1.490

- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho – Estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª edição, Cortez Editora.
- Ferreira, D. K. S; Medeiros, S. M., Carvalho, I. M. (2017). *Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: uma revisão integrativa*. RevFundCare Online. 9(1):253-258. doi: dx.doi.org/10.9789/2175- 5361.2017.v9i1.253-258.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de Pesquisa*. Atlas, 4ª ed. São Paulo. Recuperado de https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf
- Gil, A C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas, 6ª ed. São Paulo. Recuperado de <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>.
- Guerra, A. L. E. (2014). Manual de pesquisa qualitativo. Belo Horizonte: Grupo Alma Educação Recuperado de: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf
- Guimarães, L A M. Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho. Justino, F. J. & P, P.L (2013). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*. (545- 558). Goiânia: Cir Gráfica. Recuperado de <https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>
- Lei nº 11.350 (art. 6º e 7º)* dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm
- Martellet, E. C., Motta, R. F., & Carpes, A. D. (2014). A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(3), 637-654. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00010>
- Medeiros-Costa, E. M., Maciel, R. H., Rêgo, D. P., Lima, L. L., Silva, M E P da, & Freitas, J G. (2017). A síndrome do esgotamento profissional no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 5. Recuperado de http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/s1980-220x2016023403235&pid=S0080-62342017000100801&pdf_path=reusp/v51/pt_1980-220X-reusp-51-e03235.pdf&lang=pt. doi:10.1590/S1980-220X2016023403235
- Mendes, F. M. de S., & Ceotto, E. C. (2011). Relato de intervenção em psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 496-506. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200020>.
- Moreira, W. (2004). *Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção*. Recuperado de https://portais.ufg.br/up/19/o/Revis__o_de_Literatura_e_desenvolvimento_cient__fico.pdf

- Nascimento, G. M. David, H. M. S. L. (2008) *Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):550-6. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>
- Neves V. F., Oliveira, A. F. & Alves, P. C. (2014). *Síndrome de Burnout: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional*. Rev. Psico, v. 45, n. 1, pp. 45-54. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2014.1.12520>
- Paim, J. Travassos, C. Almeida, C, Bahia. L e Macinko, J. (2011). Saúde no Brasil. In Victora, C G, Leal, M C, Barreto, M L, Schmidt, M I e Monteir, C A (Orgs.), *Séries: Lancelot* (Cap. 01, pp.11-31). Bahia. Recuperado de: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf >
- Planalto – Presidência da República. Casa civil - LEI Nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006. RECUPERADO EM: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>.
- Planalto – Presidência da República. Casa civil - DECRETO NO 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999. Recuperado em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto/D3048.htm>.
- Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015* dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0243_25_09_2015.html
- Santos, I E R dos, Vargas, M M, & Reis, F P. (2014). Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 324-335. Recuperado em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300008&lng=pt&tlng=pt>.
- Silva, C R C e, Mendes, R, Moraes, R C P de, Anhas, D de M, & Rosa, K R M. (2014). Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe2), 113-123. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600012>.