



Revista de Pesquisa Cuidado é
Fundamental Online

E-ISSN: 2175-5361

rev.fundamental@gmail.com

Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro
Brasil

Farias Gomes, Mariana; da Silva Rodrigues de Lima, Amanda; dos Santos Feitosa,
Lucas; Bezerra Pontes Netto, Valderlane; Delmondes do Nascimento, Raphaela;
Andrade, Maria Sandra

Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 7, núm. 4, octubre-diciembre,
2015, pp. 3574-3586

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750948030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBioPPGEnf
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ISSN 2175-5361

DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde

Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers

Riesgos y agravios laborales: percepciones de los agentes comunitarios de salud

Mariana Farias Gomes ¹, Amanda da Silva Rodrigues de Lima ², Lucas dos Santos Feitosa ³, Valderlane Bezerra Pontes Netto ⁴, Raphaela Delmondes do Nascimento ⁵, Maria Sandra Andrade ⁶

ABSTRACT

Objective: to describe the perception of community health workers about risks and injuries related to their occupational activities. **Method:** This is a qualitative research, descriptive and exploratory, developed in basic health units in Recife (PE), Brazil. The Bardin's content analysis was used for the systematization and analysis of data. **Results:** The results show that community health workers perceive their exposure to occupational risks and health problems. Direct sunlight can contribute to the emergence of health problems, which were perceived as musculoskeletal, cardiovascular, dermatological and psychological. **Conclusion:** The working conditions may pose an obstacle to the profession and deserve special attention in the adoption of health promotion measures. **Descriptors:** Community health workers, Occupational risks, Occupational diseases, Health promotion.

RESUMO

Objetivo: descrever a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre riscos e agravos relacionados às suas atividades ocupacionais. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, desenvolvida em unidades básicas de saúde em Recife (PE), Brasil. A análise de conteúdo de Bardin foi utilizada para a sistematização e a análise dos dados. **Resultados:** os resultados apontam que os agentes comunitários de saúde percebem sua exposição ocupacional a riscos e agravos à saúde. Essa exposição pode contribuir para o surgimento de agravos à saúde, que foram percebidos como musculoesqueléticos, cardiovasculares, dermatológicos e psicológicos. **Conclusão:** As condições de trabalho podem representar um obstáculo para o exercício da profissão e merecem atenção especial na adoção de medidas de promoção da saúde. **Descriptores:** Agentes comunitários de saúde, Riscos ocupacionais, Doenças ocupacionais, Promoção da saúde.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de los trabajadores de salud de la comunidad sobre los riesgos y lesiones relacionadas con el trabajo de sus actividades. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa, descriptivo y exploratorio, desarrollado en unidades básicas de salud en Recife (PE), Brasil. Se utilizó el análisis de contenido del Bardin para la sistematización y análisis de datos. **Resultados:** Los resultados muestran los trabajadores de salud comunitarios Que perciben su exposición a los riesgos laborales y problemas de salud. La luz solar directa puede contribuir a la aparición de problemas de salud, que se percibe el musculoesquelético, cardiovascular, dermatológico y psicológico. **Conclusión:** Las condiciones de trabajo pueden suponer un obstáculo para la profesión y merecen una atención especial en la adopción de medidas de promoción de la salud. **Descriptores:** Agentes comunitarios de salud, Riesgos laborales, Enfermedades laborales, Promoción de la salud.

¹ Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil
² Enfermeira. Residente em Nefrologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil ³ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem no Programa Associado de Pós-Graduação da Universidade de Pernambuco e da Universidade Estadual da Paraíba. Recife, PE, Brasil ⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem no Programa Associado de Pós-Graduação da Universidade de Pernambuco e da Universidade Estadual da Paraíba. Recife, PE, Brasil ⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE). Recife, PE, Brasil ⁶ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente na FENSG/UPE. Recife, PE, Brasil. E-mail: capsandra@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A organização da atenção básica à saúde vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) fundamental. A assistência integral à saúde, por meio de atuação interdisciplinar, busca romper com o modelo médico hegemônico e causar impacto na saúde das pessoas e das coletividades.¹

Esse cenário é bastante favorável para que o programa de agentes comunitários de saúde (ACS) torne-se uma importante ferramenta para o aprimoramento e a consolidação da ESF², pois as principais ações desta ocorrem por meio dos ACS. Eles são os principais responsáveis pelas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e no âmbito da comunidade.^{2,3}

O ACS é um profissional que reside na própria comunidade e contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, através de sua atuação nos domicílios e nos diversos espaços comunitários, além de, em geral, ser o responsável pelo primeiro contato da família com a equipe de saúde.³

Apesar da base legal para a atuação do ACS, sua rotina de trabalho depende do local onde está inserido, uma vez que as ações da ESF, apesar das normativas, redefinem-se a partir das realidades e necessidades locais. Com isso, não se pode falar que os ACS possuem condições estáveis de trabalho.³ As dificuldades estruturais e a natureza do trabalho do ACS devem ser consideradas quando se avalia seu impacto na saúde desses trabalhadores, assim como na intervenção e proteção em saúde. Entre as dificuldades, destacam-se a exposição a fatores climáticos e ambientais, doenças infectocontagiosas, longas caminhadas em situações adversas, além da própria violência urbana.⁴

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) e, em especial, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) propõe conceitos, princípios e diretrizes para o estabelecimento de estratégias para promover a atenção integral à saúde dos trabalhadores.⁵ Esse marco legal pode representar uma oportunidade para um cuidado diferenciado, uma vez que as situações relacionadas à rotina do trabalhador são determinantes no processo saúde-doença.⁶

Este estudo tem por objetivo descrever os riscos e agravos ocupacionais dos ACS em Recife (PE), sob a ótica desses sujeitos.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, orientada a enfocar a percepção sobre os riscos e agravos ocupacionais entre os ACS. O estudo foi realizado em Recife, Pernambuco no Distrito Sanitário (DS) III. A cidade de Recife possui 94 bairros, divididos em 6 (seis) Regiões Político-Administrativas (RPA) para o setor da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). O DS III é composto por 29 bairros e possui 37 USF.⁷

Fizeram parte do estudo os ACS, cujo critério de participação foi à vinculação a quaisquer das unidades do DS III há pelo menos dois anos, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As UBS's foram escolhidas aleatoriamente no DS III. Após a escolha das unidades foi escolhido por conveniência um ACS por unidade, sendo convidado o ACS que estivesse presente no momento da coleta de dados. O número de sujeitos foi definido segundo o critério da saturação das informações coletadas, ou seja, o número suficiente foi alcançado quando as informações coletadas começaram a se repetir e ser redundantes.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2013. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado, testado previamente em estudo piloto, com questões norteadoras relativas à rotina de trabalho. Também foi investigado se os participantes identificam algum risco à sua saúde na rotina de trabalho e se já tiveram algum problema de saúde relacionado ao trabalho. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A análise de conteúdo de Bardin⁸, em sua modalidade temática, foi utilizada para a sistematização e a análise dos dados, que levou em consideração a totalidade do texto. A partir da regularidade do discurso e da presença de unidades de sentido, foi possível identificar os principais núcleos emergentes das falas para a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem.⁸ Os dados foram organizados e classificados em categorias, isto é, riscos ocupacionais identificados e referidos e agravos ocupacionais identificados e referidos, e suas subcategorias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, parecer n. 163.790 sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 04886012.7.0000.5207. Os sujeitos da pesquisa foram referenciados pela sigla "ACS" e numerados de 1 a 7, de acordo com a sequência de entrevistas. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 7 ACS, 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino; 4 eram solteiros(as) e 3 casados(as); a idade variou entre 31 e 59 anos; 5 declararam ter ensino médio completo e 2 declararam ter ensino superior completo.

A percepção sobre os riscos e agravos ocupacionais entre os ACS resultaram em duas categorias: riscos e agravos relacionados ao processo de trabalho e consequências à saúde do trabalhador.

As características do local no exercício do trabalho percebidas pelos ACS foram: exposição à violência nas localidades em que desenvolvem suas atividades; características geográficas; exposição a doenças infecciosas; e exposição a ataques de animais.

Os ACS relataram trabalhar em áreas com histórico de violência, como assaltos, estupros, tráfico de drogas e homicídios. Tais situações são vistas por esses profissionais como riscos à saúde e à própria vida.

É uma área muito perigosa, tem assalto, tem estupro. [...] na minha área, tem usuário de droga. [...] é um risco à minha saúde, um risco à minha vida também. (ACS1)

Tem rua que eu preciso avisar que eu vou entrar lá, que é muito perigoso, tem gente usuário de drogas. [...] entrar pra ser assaltada ou morta não vou. (ACS6)

É uma área perigosíssima, devido ao tráfico [...] uma das vezes aconteceu um homicídio bem próximo de mim, assim [...]. (ACS 4)

As péssimas condições sanitárias de certas áreas também expõem os ACS a um ambiente de trabalho insalubre, que pode comprometer a integridade física e psicológica do trabalhador.

A minha área é um pouco distante da unidade, é um área baixa [...] tem ladeiras e escadas. (ACS3)

A minha área de trabalho é uma área muito vulnerável, ela é na beira do rio, né? Uma microárea horrível e [lágrimas] [...] Em tempo de chuva [...] sai driblando as fezes no caminho, fezes mesmo, que vem pro rio, não tem esgoto [...] (ACS4)

Além das condições sanitárias, as características geográficas e do trabalho externo faz com que os ACS se percebam expostos às condições climáticas em seu dia a dia.

Eu acho que a gente tem risco de câncer de pele, porque a gente leva muito sol. (ACS3)

A gente fica exposto ao sol, a chuva, tendo o risco até de doenças. (ACS6)

Como as atividades dos ACS estão intimamente relacionadas ao seu contato com a comunidade, tanto na unidade de Saúde da Família (USF) como nas visitas domiciliares, um aspecto fortemente mencionado pelos ACS foi o risco de contágio de doenças infecciosas, como hanseníase e tuberculose.

Tem o risco de doenças, de pessoas com hanseníase, com tuberculose [...], que você não pode identificá-los, mas você sabe quem são, que existem na área. (ACS1)

Eu acho que o risco de pegar doença [...]. (ACS3)

Além disso, a frágil vigilância ambiental os expõe a ataques de animais, que podem tanto machucá-los como transmitir doenças.

[...] A gente também corre o risco de ataques de animais, inclusive o Ministério tava dizendo, aí, que todos os agentes de saúde, carteiros, deveriam ser vacinados contra raiva, e ninguém se lembra disso. (ACS5)

O processo de trabalho do ACS possui diversas peculiaridades e nas falas dos ACS foram identificados como riscos à saúde a carga horária excessiva e as funções desempenhadas.

A carga horária estabelecida na legislação para os ACS é a jornada de 40 horas semanais. Entretanto, a carga horária é, na maioria das vezes, ultrapassada. Isso ocorre em virtude dos ACS serem procurados em suas residências à noite, em finais de semana e em períodos de férias.

Então, enquanto todo mundo tem final de semana, nós não temos. Ontem mesmo foi uma pessoa na minha casa batendo, eram 10 e meia da noite [...]. A gente supostamente tem 8 horas de trabalho[...].(ACS2)

[...] se eu não botar o pé firme, até sábado e domingo eu trabalho [...].(ACS1)

A maioria dos ACS relatou ser cobrada a realizar outras atividades, como funções administrativas, recepção, enfermagem, entre outras. Funções para as quais eles não se consideram capacitados. Outro ponto questionado refere-se aos prazos insuficientes para a realização das atividades.

Eu não concordo com a forma como os ACS estão sendo postos em funções administrativas, recepção, responsabilidade de enfermagem, [...] A gente não foi capacitado [...]. (ACS2)

Eu vejo muito que não tem limite das nossas funções, tudo podemos fazer! [...] e é tudo pra ontem. (ACS5)

Na unidade, a gente fica assim, pra dar suporte [...] aí, a gente serve, às vezes, de tapa-buraco. (ACS3)

Outro ponto relacionado a essas atribuições bastante relatado por todos os ACS foi o acolhimento implantado a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) nas USFs.

Segundo os participantes, a proposta do acolhimento como diretriz organizacional aumentou sua responsabilidade. A atribuição de receber os usuários na unidade e/ou orientá-los gera desconforto e ansiedade aos ACS.

Esse acolhimento eu não aprovo. [...] porque você tem que ficar numa recepção marcando consulta, não é nem por marcar, é porque você tem que perguntar ao paciente qual é o problema que ele tem [...] eu não me sinto bem fazendo isso [...]. Sou obrigada a fazer, né, por causa do PMAQ. (ACS1)

Outro aspecto considerado pelos ACS são as cobranças por parte dos comunitários para que suas residências sejam visitadas, fazendo com que o ACS se sinta sobrecarregado.

Tem o número excessivo de famílias, porque a cobrança é muito grande, porque você, se eu tenho 204 famílias, eu não consigo. Se eu faço 100 famílias no mês, no outro mês eu vou cobrir o outro lado que eu não fiz [...] então gera muita cobrança dos comunitários. (ACS1)

Além da sobrecarga de trabalho todos os ACS relatam a inadequação e/ou insuficiência de materiais para o desenvolvimento de suas atribuições, estas deficiências estão relacionadas tanto a materiais para desenvolvimento das atividades, como para a sua proteção individual.

Farda a gente não tem, crachá eu nunca recebi nesses 16 anos. (ACS6)

A gente pisa nas águas sujas, sem nenhuma proteção, né, porque a gente não recebe [...] sapato, calça, camisa, tudo [...]. (ACS5)

A falta de identificação com o crachá e o fardamento se torna uma barreira para os ACS, pois, muitas vezes, os comunitários não sabem quem eles são e não permitem que entrem em suas casas ou que conversem com eles.

Têm pessoas novatas que vêm pra cá, morar aqui, aí, ficam: quem é? Aí fico dizendo: Não, somos agentes de saúde. [...] até pegar o vínculo e a confiança pra deixar a gente entrar na casa deles. (ACS5)

E uma forma que traz o risco é o fato que a gente não tem identificação. Eu não tenho crachá. (ACS2)

Para alguns ACS, além da falta de materiais para realização do trabalho e para sua proteção individual, com frequência eles não são disponibilizados adequadamente, fazendo com que os ACS não os utilizem.

E o que a gente recebeu no ano passado foi uma botina [...], além do peso [...] ela era número 40, e eu calço 34. (ACS6)

O único protetor que eu uso é o solar, que eu compro com o meu dinheiro [...]. (ACS6)

Os agravos relacionados ao trabalho relatados pelos ACS foram: queixas no sistema musculoesquelético; alterações cardiovasculares e queixas dermatológicas, psicológicas e alérgicas.

Tenho problema no joelho, e eu vim ter depois de trabalhar como ACS. Fiz fisioterapia por um tempo [...]. (ACS3)

[...] Eu tinha muitas dores, tanto é que agora eu parei de carregar preservativos, soros, hipoclorito [...]. Não uso nem pra sair mais bolsas, porque eu não aguento.” (ACS4)

A jornada intensa e as características do trabalho do ACS foram referidas como causa do agravamento de sintomas cardiovasculares e hipertensão. Destaca-se a dificuldade para exercer suas funções diante das limitações provocadas por problemas de saúde.

Eu tenho varizes e fui pro vascular e um conselho dele foi deixar o meu trabalho. E eu vou me sustentar como? [...] e eu tenho pressão alta, aí as ladeiras ficam difíceis pra mim. (ACS6)

Os agravos dermatológicos, como pediculose, escabiose, manchas na pele pelo excesso de sol, foram destacados pelos ACS. Segundo os sujeitos da pesquisa, esses agravos relacionam-se à sua exposição a água e solos contaminados em época de chuva, por não terem disponibilidade de proteção adequada.

Têm fezes de animais, alagamento, muita água, essas coisas e você pisa. Inclusive meu pé [...] meus dedos ficam todos inflamados. (ACS5)

Então, acaba a gente pisando, como eu já peguei uma vez um germe nos dedos. (ACS7)

Os agravos psicológicos foram observados em todas as entrevistas, uma vez que, todos os ACS se mostraram estressados, sentiam-se sobrecarregados e relataram falta de suporte institucional.

Eu ficava muito angustiada, porque eu demandava as coisas e não dependia de mim [lágrimas] Aí, eu cheguei a fazer acompanhamento psicológico [...] (ACS4)

[...] mas eu sei que tem muita gente que conhece ACS que tem problema de depressão por conta do trabalho. (ACS3)

Nesse contexto, a sobrecarga psíquica gerada pelo trabalho interfere tanto na saúde desses trabalhadores como em seu modo de agir, pensar, sentir e fazer.

Ah, e quando eu tô assim, muito angustiada e estressada, por causa do trabalho, a minha pele fica toda estourada, despelando [...]. (ACS4)

O desconforto e a angústia dos ACS diante da necessidade de lidar com os problemas das pessoas também foram evidenciados neste estudo.

Como eu já disse, é a carga que a gente vem da casa da pessoa e a gente fica com déficits mentais, probleminhas pra tentar dissolver aquilo. [...] fora a depressão com que você sai em algumas casas, né. Mas são casas que você sai e fica ruminando aquilo durante vários dias. (ACS2)

O estabelecimento do vínculo com as famílias visitadas pressupõe um maior envolvimento desses trabalhadores com os usuários, o que os deixa mais vulneráveis as sobrecargas psíquicas o que pode também repercutir nos sintomas físicos.

Os participantes do estudo sentem-se expostos a riscos e agravos relacionados ao seu processo de trabalho com consequências para a sua saúde física e mental. As dificuldades relatadas pelos ACS podem refletir fragilidades na articulação comunitária e a necessidade de empoderamento dos mesmos nos níveis individual, organizacional e político.¹⁰

Cabe refletir que o empoderamento não pode ser fornecido para pessoas ou grupos, o mesmo realiza-se em processos. Neste sentido, profissionais e a comunidade podem auxiliar na criação de espaços que favoreçam rupturas e mudanças¹¹. Neste sentido, o processo de empoderamento dos ACS demanda o desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima e a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e assim mobilizar recursos individuais e coletivos para a ação social e política que possa transformar a realidade.^{10,11}

A atuação dos ACS não está restrita ao domicílio, os ACS também devem atuar na função de estimular e organizar as reivindicações da comunidade. Neste sentido, destaca-se o seu papel de liderança. A participação popular e o controle social devem fazer parte de suas ações cotidianas e também deve ser exercida nos espaços formais por meio da participação nos Conselhos e Conferências de Saúde. Neste contexto, o ACS podem atuar tanto na resolução de problemas sociais e de saúde da comunidade como na reivindicação de melhorias das suas condições de trabalho.¹²

Observa-se que, a ação social e política requer não só o empenho por parte da comunidade, dos profissionais e gestores de saúde, mas também a articulação e contribuição de outros setores da sociedade com capacidade de oferecer uma resposta mais adequada às necessidades da comunidade e dos profissionais de saúde.¹²

Aspectos como situações vivenciadas de violência que ocorrem no contexto das relações interpessoais e da dinâmica guiada pela vida urbana é comum nos territórios de atuação da ESF e, assim, os profissionais da saúde passam a vivenciar essa realidade. Em estudo sobre a representação social da violência doméstica contra a mulher os ACS expressam aspectos negativos referentes ao agressor e ao ato violento. O termo “tristeza” foi identificado nas falas desses profissionais como um sentimento frequente diante de situações de violência.¹³

Deve-se entender a violência não apenas por dados de letalidade, mas, também, por expressões de confrontamento, assaltos a mão armada, agressões, ameaças, espancamentos e assassinatos.^{4,14} Neste sentido, a violência torna-se um problema que afeta a saúde individual

e coletiva, o que demanda a criação de políticas públicas específicas¹⁴, além da organização de serviços voltados à prevenção.

No caso dos ACS, essa situação torna-se peculiar, uma vez que seu processo de trabalho ocorre no ambiente externo. São necessários esforços para que esse trabalhador e os demais profissionais possam exercer sua atividade com menor exposição à violência urbana. No entanto, a legislação trabalhista, ainda aborda a questão da violência urbana de modo muito tímido.⁵

Outro fator considerado pelos ACS como riscos para a sua saúde foram as características geográficas do ambiente de trabalho.⁵ A maioria das microáreas apresenta ladeiras, escadarias, ou falta de saneamento básico, o que representa risco de acidentes.¹⁵ Os riscos relacionados ao ambiente geográfico divergem, a depender do local onde o ACS está inserido. Isso reforça a necessidade de um planejamento do cuidado de acordo com as realidades locais. É importante que, a partir de determinado problema no ambiente de trabalho, articulem-se mecanismos de intervenção envolvendo os setores da saúde do trabalhador, as secretarias municipais de saúde e as secretarias do meio ambiente.¹⁵

A exposição ocupacional a material biológico também foi considerado como um risco a saúde dos ACS e efetivamente essa exposição representa um risco consistente aos trabalhadores da saúde. As consequências dessa exposição podem afetar diretamente os trabalhadores, atingindo-os em seus aspectos físicos e psicológicos e, ainda, podem repercutir nas relações familiares e sociais.¹⁶ Logo esses profissionais deveriam além da vacinação prevista para o trabalhador de saúde, realizar a vacinação pré-exposição anti-rábica e o respectivo controle sorológico periódico. Outras ações em conjunto com os centros de vigilância ambiental podem minimizar os riscos de ataque de animais, em especial, os animais errantes e aumentar a segurança quanto a esse aspecto.¹⁷

As lacunas quanto às atribuições dos ACS, previstas na Política Nacional de Atenção Básica, refletem-se na percepção do ACS sobre os riscos e agravos a sua saúde relacionados ao seu processo de trabalho. A Política Nacional de Atenção Básica dispõe que é dever comum a todos os membros da equipe de atenção básica realizar outras ações e atividades a ser definidas de acordo com as prioridades locais. Dessa forma, abre-se um leque de possibilidades e atribuições. Por vezes, o ACS é solicitado a realizar atividades complementares ou mesmo assumir atribuições de outros funcionários.^{7,12,18}

Essa sobrecarga leva à exposição dos ACS aos riscos ergonômicos e a situações nas quais se evidencia grande carga de sofrimento psíquico. Que podem repercutir na saúde ocupacional, na produtividade, no desempenho de suas atribuições e no desgaste junto aos usuários.¹⁵

Uma atividade relacionada as atribuições que foi relatado por todos os ACS como um fator que gera desconforto e ansiedade foi o acolhimento implantado a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica nas USFs. O PMAQ foi criado para possibilitar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil, com garantia de um padrão de qualidade nacional.¹⁹ Os ACS entrevistados, neste estudo, não concordam com a participação no acolhimento, todavia, essa função foi definida na Política Nacional da Atenção Básica, em 2011.¹²

O ACS deve cobrir em sua microárea, no máximo, 750 pessoas. Entretanto, nem sempre esse limite é respeitado; neste estudo, verificou-se que grande parte dos ACS cobria um número superior ao recomendado em sua microárea, o que gera sobrecarga de trabalho¹². Por outro lado os ACS referem a falta de reconhecimento pelos integrantes da comunidade e as dificuldades de relacionamento interpessoal, fatores já apontados como geradores de estresse para os ACS.²⁰

O Plano Municipal de Saúde do Recife, entre outros aspectos, visou à adequação do número de famílias por ACS em áreas de difícil acesso, garantindo que esses profissionais atendam, no máximo, 500 pessoas em sua microárea adstrita.⁷ Essa estratégia foi criada diante das adversidades de acesso, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada pelos ACS.

As condições de trabalho inadequadas, em especial, as relacionadas ao ambiente e os equipamentos de trabalho foram identificados com “cargas de trabalho físicas” para os ACS²⁰. Além disso, a falta de apoio na equipe,²¹ o ritmo acelerado, trabalho em turnos, jornada prolongada, controle rígido de produtividade, ansiedade e outras situações de conflitos²² podem provocar insatisfação e sofrimento emocional.

O sofrimento psíquico é um agravo constantemente relatado em estudos envolvendo a saúde ocupacional de trabalhadores de saúde. Estes lidam o tempo todo com situações estressantes, como: o sofrimento humano, a morte, os problemas sociais dos usuários, entre outras. A atividade ocupacional e o estresse físico e/ou psicológico possuem relações há muito estabelecidas.²²

A síndrome de Burnout em desenvolvimento ou características compatíveis com a mesma, foram identificados entre os ACS. Os fatores desencadeantes, para os autores, estariam relacionados à frustração devido à ineficácia da resolubilidade dos problemas no trabalho e ao envolvimento dos ACS com a sua comunidade.²³

No caso dos ACS, essas situações são potencializadas, uma vez que o objeto de seus cuidados, a família, geralmente é composta por pessoas conhecidas e do seu convívio social. O ACS não se resume, porém, a um elemento de comunicação entre servidores e usuários.²⁰ Na verdade, é o representante de uma classe de trabalhadores da saúde relativamente nova à qual é delegado o cumprimento de uma série de funções. Tais situações podem gerar a exposição a estressores crônicos no ambiente de trabalho.²⁴

O trabalho constitui a identidade dos trabalhadores, no entanto, é importante refletir acerca das suas consequências para a saúde física e mental, uma vez que o mesmo pode produzir tanto o prazer como o sofrimento.²⁵ Os ACS vivenciam e percebem diversas situações físicas e psíquicas que podem causar impacto significativo em sua saúde física e mental.

CONCLUSÃO

Constatou-se a existência de riscos e agravos ocupacionais aos quais os ACS estão expostos. A exposição diária aos riscos contribui significativamente para o surgimento de agravos de saúde. Ressalta-se que tanto os riscos como os agravos são obstáculos para que esses trabalhadores exerçam sua profissão de maneira efetiva.

As características do trabalho dos ACS reforça a necessidade da adoção de medidas de promoção da saúde que proporcionem melhorias em sua rotina e em seu ambiente de trabalho, visando à minimização dos riscos e agravos advindos de suas condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Scherer MDA, Morino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface comun. saúde educ.* 2005; 9(16):53-66.
2. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2013 [acesso em 03 mai 2015]; 18(7). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Rev. bras. saúde mater. infant.* [Internet] 2003 [acesso em 03 mai 2015];3(1) Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000100013>
4. Fiúza TM, Miranda AS, Ribeiro MTAM, Pequeno ML, Oliveira PRS. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. *Rev. bras. med. fam. Comunidade.* 2011;6(18):32-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012: institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, [Internet] 24 ago 2012 [acesso em 03 mai 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
6. Dias MDA, Bertolini GCS, Pimenta AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trab. educ. saúde.* 2011; 9(1):137-48.
7. Secretaria de Saúde do Recife (PE). Plano Municipal de Saúde do Recife 2010/2013. Versão aprovada no Conselho Municipal de Saúde em 19.08.2010. [Internet] 2010. [acesso em 06 mai 2015]. Disponível: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2009.

9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
10. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: Processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.* 2009; 18(4):733-743.
11. WALLERSTEIN, N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. (Health Evidence Network report). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf>. Acesso em: 01 set 2015.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet] [acesso em 05 mai 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
13. Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD, Martins SR. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet] 2015 [acesso em 03 mai 2015]; 49(1). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000100003>.
14. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Sousa ER, Minayo MCS, organizadores. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 9-42.
15. Abranches SS. A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
16. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2009;13(3):508-16.
17. Veloso RD, Aerts DR, Fetzer LO, Anjos CB, Sangiovanni JC. Epidemiologic profile of human anti-rabies treatment in Porto Alegre, RS, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* [Internet] 2011 [acesso em 03 mai 2015];16(12):4875-84. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300036>
18. Nascimento GM, David HML. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. *Rev. enferm. UERJ.* 2008;16(4):550-6.
19. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 05 mai 2015]. Disponível: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php
20. Vogt MS, Beck CLC, Prestes FC, Diaz PS, Tavares JPT, Silva GM. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2012 [acesso em 06 mai 2015]; 17(2). Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.23559>
21. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(5):684-89.
22. Murta SG. Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 2005;7(2):159-77.
23. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2014 [acesso em 06 mai 2015]; 19(12). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.02512013>

24. Maia LDG, Silva ND, Mendes PHC. Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. Rev. bras. saúde ocup. [Internet] 2011 [acesso em 06 mai 2015];36(123). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100009>
25. Cremonese GR, Motta RF, Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. Cad. psicol. soc. trab., 2013 16(2):279-93.

Recebido em: 30/10/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 20/04/2015
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:
Maria Sandra Andrade, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco, Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife, PE, Brasil. Cep:50100-130. Telefone:(81) 3183-3600, E-mail:capsandra@uol.com.br