



LARISSA APARECIDA PEREIRA

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE AGENTES DE
SAÚDE EM UMA UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF) NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

LAVRAS – MG

2018

LARISSA APARECIDA PEREIRA

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE AGENTES DE SAÚDE EM UMA
UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO INTERIOR DE
MINAS GERAIS**

Monografia apresentada à
Universidade Federal de Lavras,
como parte das exigências do Curso
de Administração Pública, para
obtenção do título de Bacharel.

Profa. Dra. Nathalia de Fátima Joaquim
Orientadora

LAVRAS – MG

2018

LARISSA APARECIDA PEREIRA

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE AGENTES DE SAÚDE EM UMA
UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO INTERIOR DE
MINAS GERAIS**

Monografia apresentada à
Universidade Federal de Lavras,
como parte das exigências do Curso
de Administração Pública, para
obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em 22 de janeiro de 2018.
Dr(a). Nathália de Fátima Joaquim UFLA
Dr(a). Júlia Moretto Amâncio UFLA

Profa. Dra. Nathalia de Fátima Joaquim
Orientadora

LAVRAS – MG

2018

AGRADECIMENTOS

Amparada por Deus, familiares e amigos, concluo essa trajetória com a certeza de que todo o esforço dedicado para concretizar mais essa etapa de minha vida valeu a pena.

Assim, agradeço primeiramente a Deus, por estar sempre presente me dando saúde e forças para superar os obstáculos.

Aos meus pais, Sebastiana e José por todas as orações e carinho, agradeço pelo incentivo e cuidado que sempre me levaram a seguir em frente.

Agradeço também ao meu querido irmão Leandro, por ter me apoiado em todos os momentos.

Ao meu noivo, Rogério, pela paciência e carinho durante toda essa trajetória.

Agradeço aos amigos que fiz, pelos dias de estudo e empenho e também aos velhos amigos pela compreensão.

À UFLA por toda estrutura fornecida e pelo ensino de qualidade.

À minha orientadora, Nathália Joaquim, por toda atenção, carinho e dedicação.

Aos professores, o meu muito obrigada pelos ensinamentos.

A todos vocês, deixo aqui meu abraço carinhoso e eterna gratidão.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, veio com intuito de trazer melhorias para a população Brasileira. Seu principal objetivo é diminuir a desigualdade na assistência à saúde, oferecendo atendimento gratuito para toda população. Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume como uma nova forma de trabalhar a saúde, apresentando a família como centro de atenção e não somente o cidadão doente. O profissional Agente Comunitário de Saúde trabalha na prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir de ações educativas realizadas em domicílios ou a coletividades. O presente estudo teve o intuito de compreender, sob a ótica dos agentes comunitários de saúde da (ESF), quais são as principais fontes de prazer e sofrimento vivenciadas no cotidiano de seu trabalho. Este trabalho se norteia nos pressupostos da pesquisa qualitativa de abordagem exploratória. Para tanto, fez-se a coleta das informações, a qual foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram analisados a partir da análise de conteúdo. Com isso os dados obtidos nas categorias apresentadas nos trazem alguns aspectos importantes que causam sofrimento aos agentes dentro da organização, como sendo a sobrecarga de trabalho e desvio de função, vimos o excesso de funções que os agentes executam em seu ambiente de trabalho, como a falta de agentes comunitários, o desgaste físico e emocional que vivem em seu ambiente de trabalho, a precariedade ou ausência de materiais básicos para o desempenho de suas funções, as cobranças vindas de usuários, e a incapacidade de atender por não ser de sua competência técnica. E como fonte de prazer demonstrado pelos agentes temos a cooperação e senso de equipe que existe entre eles, isso faz com que eles tentem solucionar juntos os problemas dentro da unidade. E por fim, os resultados aqui apresentados e discutidos, esperase contribuir no propósito de lançar uma luz sobre o quanto é importante olhar para o bem-estar e o conforto de todos dentro de uma organização, buscando assim ampliação desta discussão para os agentes, para que haja políticas públicas que visem melhorias significativas nas condições de trabalho destes agentes, o que, conseqüentemente, contribuirão para a ressignificação do sofrimento e aumento nas vivências prazerosas.

Palavras-chave: Sofrimento. Prazer. Agente comunitário de saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 História e evolução das políticas públicas de saúde que contribuíram para a criação dos ESFs.....	9
2.2. Os agentes comunitários na ESF	13
2.3 Às contribuições da escola Dejouriana à luz dos estudos da Psicodinâmica do Trabalho	14
2.4 Sofrimento, prazer e trabalho.....	19
2.5 Sofrimento e prazer no ambiente de trabalho dos ACS.....	23
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
4.1 Perfil do agente comunitário de saúde.....	27
4.2 Vivências de prazer e sofrimento no cotidiano do trabalho dos agentes comunitários de saúde.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A	43

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, veio com intuito de trazer melhorias para a população Brasileira. Seu principal objetivo é diminuir a desigualdade na assistência à saúde, oferecendo atendimento gratuito para toda população. Assim, a responsabilidade pela saúde se torna subdividida entre a União, o Estado e o Município. A União é responsável por coordenar e fiscalizar o SUS em todo o país. O Estado, além de criar suas próprias políticas, repassa a verba recebida para os municípios, e cabe a estes prestar os serviços necessários em sua localidade.

Através desse sistema, em 1994, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde, como uma técnica de reorientação do modelo assistencial dando ênfase à atenção básica, em semelhança com os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção básica previne agravos à saúde, promovendo-a (BRASIL, 1996).

Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF), assume como uma nova forma de trabalhar a saúde, apresentando a família como centro de atenção e não somente o cidadão doente. Com isso, introduz-se um novo aspecto no método de intervenção na saúde dado que não se espera que a população busque apenas tratamento para doenças já instaladas, mas sim que haja medidas preventivas sobre ela a partir deste modelo de atenção básica (BRASIL, 1996).

O profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) trabalha na prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir de ações educativas realizadas em domicílios ou a coletividades. Além de prestar serviços de informação à comunidade relacionada à saúde, promoção social e proteção da cidadania (MARQUES; PADILHA, 2004).

A partir desse aspecto e da visão dos ACS, será desenvolvido questões sobre prazer e sofrimento vivenciadas no ambiente de trabalho desses profissionais. Destacando assim prazer como um dos objetivos em se conviver bem, e produzir algo bom no seu ambiente de trabalho. Em contrapartida, vem à sobrecarga e o sofrimento destes, pois, com a redução da quantidade de funcionários, faz com que outros tenham a carga horária aumentada, além dos problemas relacionados aos beneficiários dos serviços (CHANLAT, 2002).

Para entender melhor essa relação entre o prazer e o sofrimento ocorrido no ambiente de trabalho, Dejours (2004) pesquisou e desenvolveu os princípios da psicodinâmica do trabalho. Segundo o autor,

a psicodinâmica do trabalho é uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental; (...), é uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social (DEJOURS, 2004, p. 28).

Diante dessa perspectiva, o questionamento que norteia este trabalho é quais são as situações que trazem prazer e sofrimento para os agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família, vivenciadas no trabalho? Neste contexto, o presente trabalho tem o intuito de compreender, sob a ótica dos agentes comunitários de saúde da (ESF), quais são as principais fontes de prazer e sofrimento vivenciadas no trabalho.

Acredita-se que o presente estudo seja relevante a organização na medida em que proporcionará ao programa soluções aos problemas das atividades destacadas, pois o excesso de trabalho prejudica a qualidade dos serviços prestados, principalmente quando estamos lidando com vidas, tanto dos que estão prestando os serviços, quanto dos que estão recebendo.

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo foi realizado em um ESF situado em uma cidade do sul de Minas Gerais. Utilizou-se como método o estudo de caso. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, envolvendo questões relacionadas ao funcionamento do programa, a sua equipe, questões relacionadas à sua abrangência e os procedimentos tomados por eles com relação ao atendimento da comunidade e a sobrecarga de trabalho, como é dividida no dia a dia. A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, como será descrito no terceiro item deste trabalho, em que serão apresentados os procedimentos metodológicos.

O presente trabalho está organizado da seguinte maneira: A princípio serão discutidos os principais aportes teóricos que sustentam a discussão sobre a psicodinâmica do trabalho, bem como o contexto histórico da criação dos ESF's. Em seguida serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da presente pesquisa. No quarto tópico de discussão, serão apresentados os resultados deste trabalho, especialmente ao que tangem o perfil do agente comunitário de saúde e as vivências de prazer e sofrimento que eles experimentam no cotidiano do seu trabalho. E, por fim, são apresentadas as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História e evolução das políticas públicas de saúde que contribuíram para a criação dos ESF's.

As condições de saúde dependem de fatores relacionados às condições sociais das pessoas, entre elas: a renda, as condições de pobreza, alimentação, saneamento básico, entre outros (ROSA TEC, et. AL.,2003).

As propostas de saúde do governo nem sempre visavam o bem-estar da população, se formos buscar na sua história. Na primeira República, por exemplo, com o intuito de manter relações comerciais com o exterior, começaram a sanear os portos e os grandes centros urbanos (LUZ; M., 1982). A partir de 1930 a atenção à saúde coletiva aumentou, estendendo-as a todos os trabalhadores dos serviços públicos.

Quarenta anos depois, foi construída uma sólida estrutura, porém privada, de atenção médica, com foco na medicina curativa. A rede privada de atenção médica chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado, mas os recursos para saúde eram mínimos (LUZ; MADEL, 1991).

Em 1978 na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, houve a proposta de ampliar o acesso a saúde, de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. Priorizaram a promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (DE ALMA-ATA, 2002).

Concomitantemente, em outro momento da história, foi promulgada pela Constituição Federal (1998) que a saúde é um dos direitos fundamentais adquiridos pelos cidadãos, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Sendo assim fornecida impreterivelmente e garantida pelo Estado (BRASIL, 1988). O artigo 196 da Constituição Federal deixa claro que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, a partir da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (Ministério da Saúde (BR), 1991). A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram sendo criadas viabilizando o direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, a qual regulamenta o SUS. Conforme essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças, mas sim uma série de fatores presentes no dia-a-dia, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, entre outros.

Dessa maneira, com vistas a atender ao indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolver ações de promoção, proteção e também recuperação da saúde, desenvolveu-se o Programa de Assistência à Família (PSF).

O PSF surgiu em 1994, voltado para ampliar a cobertura assistencial em áreas de maior risco. A partir de 1999 passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde, buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada (ESCOREL, 2007).

Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

O programa é uma política pública do segmento da saúde e sua principal estratégia é a reorientação do modelo assistencial, organizadas para atender todas as famílias, fazendo um acompanhamento periódico da saúde das mesmas. O Programa de Saúde familiar está presente em quase todos os municípios do Brasil. De acordo com Magalhães (2011, p. 23), “o PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados na unidade básica de saúde, no domicílio ou através da mobilização da comunidade”.

A característica principal da ESF é que ele deixa de ser centralizado na doença, desenvolvendo práticas de prevenção e controle. Deste modo, a população, mesmo aquela menos instruída, tem condições de receber cuidados preventivos (VASCONCELOS, 1999).

Dentre outras peculiaridades, os agentes de saúde precisam residir no município onde atuam e também possuem algumas responsabilidades; segundo o documento que regulamenta a ESF (BRASIL, 2000) é de responsabilidade da equipe de saúde da família,

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (Programa Saúde da Família, BRASIL, 2010, p.318-319).

De acordo com a Estratégia Saúde da Família (2000), as ações buscam englobar atividades que proporcionem a felicidade humana, relacionado à satisfação, melhorando a qualidade de vida, humanizando os atendimentos e estimulando a importância da saúde como um direito de cidadania.

A ESF propõe um serviço de saúde mais dinâmico, seja na unidade ou a domicílio, e além de tudo, identifica possíveis fatores de risco aos quais as pessoas estão expostas e propondo uma intervenção adequada. Promovendo uma relação de mais proximidade entre os profissionais e seu trabalho, ou seja, mais próximo das pessoas, assumindo assim, uma prestação de serviço mais integral e resolutiva para toda a comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

No que diz respeito aos recursos financeiros enviados, compete aos municípios a responsabilidade de garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da ESF, programar ações de atenção básica a partir de sua base territorial; garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos; acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de Saúde da Família; alimentar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parceiras com organizações governamentais e não-governamentais (PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006).

Para a funcionalidade de todos estes processos, é importante a implementação de políticas públicas, pois, segundo Luchese (2002),

As políticas públicas em saúde pública integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCHESE, 2002, p.3).

Tais políticas organizam as prestações de serviços e viabilizam a melhoria da qualidade de vida da população. Ainda sobre as políticas, Cohen e Cynamon (2004), pontuam que,

A política de saúde construída no Brasil vem contribuindo para a melhoria da qualificação do Sistema Único de Saúde, tendo em seu arcabouço princípios de Promoção da Saúde como universalidade, integralidade e equidade das diretrizes de descentralização e organização hierarquizada, que constitui uma visão ampliada no nível nacional e tem como ponto central sua preocupação com o processo gradual de melhoria da qualidade de vida (COHEN; CYNAMON, 2004, p.808).

As famílias são os temas centrais para que as políticas públicas sejam válidas e possam amenizar as dificuldades por elas encontradas. Com isso, Gomes e Pereira (2005) afirmam que a família precisa ser enfocada de forma concreta e eficaz na agenda de política dos governos para que ela possa prover sua autonomia e para que seus direitos sejam respeitados. É necessário que as políticas públicas venham em apoio à família pobre não apenas em relação à renda, mas também em relação ao acesso a bens e serviços sociais.

Segundo Ribeiro (2004),

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Ressaltasse que essa inclusão não decorreu de entendimento e convicção pactuadas; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por diferentes e conflitantes representações e motivações, daí as facilidades de se produzirem contradições (RIBEIRO, 2004, p.663).

Assim sendo, a ESF contribuiu para uma nova forma de enxergar o cuidado com a saúde. Um dos métodos que passaram a ser utilizados na ESF sendo, aliás, de suma importância para o desenvolvimento do programa, foram as visitas domiciliares (ROSA; LABATE, 2005). Nesse contexto, entra em cena o agente comunitário que se tornou o maior elo entre o programa e a

comunidade (SANTOS et al., 2011). Porém, vivenciando as adversidades nas famílias, e a sobrecarga de trabalho dos funcionários públicos para atender a demanda da população, os agentes se encontram em uma situação difícil: a sua própria saúde também está em jogo.

2.2. Os agentes comunitários na ESF

A função de agente comunitário foi implantada a partir do começo da década de 90 pelo Ministério da Saúde, e tinha como requisitos para cumprimento da função, residência mínima de dois anos no município no qual a atividade seria realizada, idade mínima de dezoito anos, alfabetização e disponibilidade de tempo integral ao exercício da função (SANTOS et al., 2011).

É importante destacar, no entanto, que o agente comunitário é membro de uma equipe formada por inúmeros profissionais da saúde, incluindo médicos e enfermeiros. Entretanto, destaca-se a clara discrepância de salários entre agentes comunitários e médicos, sendo que o salário dos últimos chega a ser dez vezes maior que o dos primeiros (SANTOS et al., 2011). Segundo De Oliveira e Spiri (2006) apontam que a formação de uma equipe deveria resultar em um trabalho compartilhado e em uma divisão igualitária. Isso, no entanto, não acontece na prática. As funções são desiguais, assim como a autonomia de cada cargo e a carga de trabalho de cada um. O trabalho em equipe, se realizado de forma ideal, poderia aumentar muito a efetividade do programa, considerando que todos os atores do processo estariam envolvidos na resolução do problema o que, teoricamente, facilitaria a solução da adversidade (DE OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Muitas das vezes essa desigualdade dentro da equipe médica pode resultar em problemas dentro da própria, gerando conflito entre os profissionais. Conflitos são naturais em um ambiente de trabalho, mas quando eles começam a afetar de forma negativa o desenvolvimento das atividades, acabam se constituindo como um problema. Um ambiente com diálogo entre os diversos profissionais pode gerar um sentimento de satisfação por parte dos envolvidos (DE OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Essas podem ser algumas das razões a interpretar a alta rotatividade na função, como detectado por Santos et al. (2011). Segundo o autor, grande parte dos agentes entrevistados em seu estudo estava há menos de um ano na função. Esse é um fator negativo ao trabalho, considerando que a cumplicidade entre o agente e a comunidade constitui importante fator para o exercício da atividade. Isso acontece devido ao sofrimento que este trabalho traz aos agentes, o estresse, a carga horária excessiva de trabalho, tudo isso influencia negativamente, fazendo

com que os agentes permaneçam pouco em seus cargos. Além desse problema, também foram identificadas condições precárias de trabalho e falta de direitos trabalhistas para a classe. Ainda, percebeu-se que grande parte dos agentes comunitários não havia trabalhado na área da saúde anteriormente.

Outros problemas foram encontrados em relação às condições de trabalho do agente de saúde. Reclamações acerca do baixo salário e da sobrecarga de trabalho são comuns. Ao passo que, o sentimento de desvalorização aparece advindo tanto por parte de sujeitos atendidos pelo programa como também, em alguns casos, por parte de outros membros da equipe médica (GOMES et al., 2009).

É importante destacar esses fatores já que acredita-se que a motivação e a satisfação no ambiente de trabalho são essenciais para um bom exercício da função (MARTINES; CHAVES, 2005). Porém, o ambiente em que tais profissionais vivem e vivenciam a partir de suas práticas de trabalho pode resultar em um conjunto de sentimentos perturbadores relacionados à impotência e à frustração (BACHILI; SCAVASSA, SPIRI, 2008) por não conseguir alcançar ao objetivo pretendido.

Os desafios enfrentados por estes agentes podem acabar gerando sofrimento ou até mesmo adoecimento. O sofrimento pode acontecer quando a expectativa do agente é maior que a realidade suporta, causando assim uma frustração. As imposições e as pressões sofridas no trabalho passam a causar uma instabilidade psicológica, desencadeando assim, o sofrimento diante da impotência.

Por isso, a importância de nos atentarmos as condições de trabalho destes agentes promotores da saúde. Assunto que será discutido no decorrer deste trabalho.

2.3 Às contribuições da escola Dejouriana à luz dos estudos da Psicodinâmica do Trabalho

Os estudos da Psicodinâmica do Trabalho se iniciaram em 1980 na França pelo médico Christophe Dejours. A pesquisa difundida por ele volta-se a profundos estudos sobre psique de diversas categorias de profissionais, mais precisamente no que refere ao prazer e/ou sofrimento vivido pelos trabalhadores e como estes, lançam de estratégias para transformar o trabalho em algo prazeroso.

Afim de proporcionar um melhor entendimento sobre o assunto, apresentaremos a seguir, um quadro com os principais pontos do estudo da Psicodinâmica do Trabalho preconizada por Dejours.

Quadro 1: Categorias de análise da Clínica Psicodinâmica do trabalho (continua).

Categoria	Elementos da categoria	Definição
Organização de trabalho	Organização de trabalho	Divisão de tarefas entre os trabalhadores, repartição, cadência, e, enfim, o modo operatório prescrito e a divisão de pessoas: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle, etc.
Condições de trabalho	Referem-se ao ambiente físico (temperatura, barulho, pressão, vibração, irradiação, altitude, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho.	
Relações de trabalho	Referem-se às relações com as chefias imediatas e superiores, com os membros da equipe de trabalho e as relações externas (clientes, fornecedores e fiscais).	
Mobilização Subjetiva	Inteligência Prática	A inteligência prática, enquanto estratégia de enfrentamento coletiva auxilia o trabalhador a resistir ao que é prescrito, utilizando recursos próprios e sua capacidade inventiva, pressupondo a ideia de astúcia, mobilizando-se a partir do surgimento de situações

		imprevistas. A partir do enfrentamento destas situações, desenvolve um saber particular que ao tornar-se coletivo, transforma-se em ação de cooperação. Este recurso apresenta a finalidade de minimizar o sofrimento e transformá-lo em prazer.
Cooperação	A cooperação como estratégia de mobilização coletiva, representa uma maneira de agir de um grupo de trabalhadores para ressignificar o sofrimento, fazer a gestão das contradições do contexto de trabalho e transformar em fonte de prazer a organização do trabalho, a qual seria possível a sua realização a través do espaço público de discussão e pela cooperação entre os sujeitos.	
Espaço de discussão	O espaço público de fala significa a construção de um espaço de fala e escuta em que podem ser expressas opiniões contraditórias e/ou baseadas nas crenças, valores e posicionamento ideológico dos participantes do espaço.	
Reconhecimento	O reconhecimento é uma forma específica de retribuição moral	

	<p>simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência.</p>	
<p>Sufrimento e defesas</p>	<p>Sufrimento criativo</p>	<p>Para Dejours (2009) o sofrimento pode ser criativo ou patogênico. No criativo, o indivíduo mobiliza-se na transformação do seu sofrimento em algo benéfico para ele mesmo. Para isto, deve encontrar certa liberdade na organização do trabalho que ofereça margem de negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador.</p>
<p>Sufrimento patogênico</p>	<p>O surgimento do sofrimento patogênico estaria relacionado à ausência de flexibilidade da organização do trabalho, a qual impede que o sujeito encontre vias de descarga pulsional nas suas atividades laborais, utilizando-se de estratégias defensivas para suportar o contexto de trabalho.</p>	
<p>Estratégias defensivas</p>	<p>As estratégias de defesa têm como função adaptar o sujeito às pressões de trabalho com o objetivo de conjurar o</p>	

	sofrimento. Diferenciam-se dos mecanismos de defesa do ego por não serem interiorizados e persistirem a partir da presença de uma situação externa.	
--	---	--

Fonte – Elaborada por Macêdo e Fleury (2012)

Por meio deste esquema, compreendemos melhor, de forma geral, o Trabalho da Psicodinâmica, a qual apresenta estratégias inovadoras, que ao serem incorporadas ao ambiente de trabalho, podem facilitar a vida do trabalhador dentro do ambiente de trabalho, e entre elas: 1) organização de trabalho: divisão de forma justa as tarefas e responsabilidades; 2) boas condições de trabalho em relação ao ambiente físico; 3) relações de trabalho que satisfazem tanto ao empregador quanto ao empregado; 4) inteligência prática coletiva, como por exemplo, uma rápida resolução de problemas; 5) cooperação mútua entre os funcionários; e 6) espaço de discussão dentro do contexto de trabalho. Por meio de conjunto norteador, estratégias defensivas são traçadas pelos trabalhadores, visto que propiciam a eles uma maior inteligência psíquica e emocional diante das pressões do trabalho.

Dejours, o precursor desta pesquisa, procura problematizar as causas do sofrimento que os trabalhadores passam a ter em seus locais de trabalho. E, compreende que o mundo do trabalho carrega sobre si diversos fatores que podem contribuir para o prazer e bem-estar do trabalhador, ou tende-lo para o sofrimento em sua forma criativa ou patogênica (DEJOURS, 2004).

Segundo estes estudos, o sofrimento no trabalhador se faz de forma dicotômica, isto é, de duas maneiras, denominadas de sofrimento criativo e sofrimento patogênico. A fim de entendermos ambas, o autor explana que o sofrimento criativo vem sobre a vida do trabalhador, porém neste tipo de sofrimento, o trabalhador se faz capaz de contornar a situação que o deixa incomodado no ambiente de trabalho, pois, o trabalhador lança de estratégias para conseguir tal feito. Por outro lado, o sofrimento patogênico, é aquele em que a pessoa não consegue mudar sua realidade dentro do contexto do trabalho, sendo assim prejudicial à vida de qualquer trabalhador.

É inerente que as pessoas idealizem seu ambiente de trabalho, contudo, a realidade pode chocar ao ser totalmente diferente do idealizado e, está por sua vez, desencadear emoções de raiva e sofrimento a esses trabalhadores inseridos neste local. Ou seja, o desejo se confronta com a realidade (DEJOURS, 2004).

Uma vez que, imersos nesse ambiente, as chances de frustrações de suas expectativas iniciais são reais, desencadeando a insatisfação profissional e pessoal, que por sua vez, acarreta ao sofrimento humano no ambiente de trabalho. Em contrapartida, o prazer no âmbito do trabalho se faz quando há o bem-estar, em controvérsia ao sofrimento, o prazer ou bem-estar faz com que as pessoas gostem de seus ofícios e ambientes os quais estão inseridos.

Dejours (1993), vê o trabalho não como enlouquecedor, mas como algo que pode levar o homem ao sofrimento psíquico, dependendo do ambiente de trabalho em que ele se encontra. Dessa maneira, o autor supracitado, elucida que o sofrimento não deve ser visto como uma doença, mas como um alerta para que algo seja feito para reverter esse quadro.

Portanto, através do ângulo da psicodinâmica, compreende-se que o prazer está atenuado ao reconhecimento e autonomia que o trabalhador possui dentro do âmbito do trabalho. Enquanto que o sofrimento do trabalhador, em seu ambiente de trabalho, desencadeia-se por falta de aprovação e reconhecimento por parte das pessoas ao redor, bem como, excesso de carga de trabalho.

Em resumo, a escola Dejouriana, trilha um caminho muito importante com esta pesquisa, pois traça estratégias para ajudar o trabalhador a conviver de forma prazerosa em seu ambiente de trabalho. Mas, também elucida como o contexto vivido pelo trabalhador, dentro deste ambiente pode levá-lo ao sofrimento.

2.4 Sofrimento, prazer e trabalho

Esse tópico disserta um pouco sobre o prazer e o sofrimento dos indivíduos em seu ambiente de trabalho, como estudamos na seção anterior, a escola Dejouriana, que detinha como intuito investigar os mecanismos de defesa dos trabalhadores frente às situações que lhe causavam sofrimento, no ambiente de trabalho e em decorrência do trabalho. Ainda, segundo Dejours (2012, p.364) “o sofrimento no trabalho começa quando, apesar de seu zelo, o trabalhador não consegue dar conta da tarefa. O prazer, ao contrário, começa quando, graças a seu zelo, o trabalhador consegue inventar soluções convenientes”.

As investigações de Dejours sobre a saúde no trabalho, além de analisar o sofrimento e as alternativas utilizadas pelos trabalhadores para superar o sofrimento, e transformar o seu trabalho em um local de prazer (FERREIRA; MENDES, 2003).

Segundo Prata (2013),

O prazer é o sentimento que provém da realização do potencial de cada um. E essa realização traz ao indivíduo o sentimento de que pode defrontar-se com

seu meio ambiente, o sentimento de autoconfiança, de ser uma pessoa importante, competente e amigável, que tem capacidade de lidar com situações à medida que surgem, que tem a capacidade de usar plenamente suas próprias capacidades e de ser livre para expressar seus sentimentos (Prata, 2013, p.25-26).

Com isso, o indivíduo demonstra sua satisfação em trabalhar, em estar presente em seu ambiente de trabalho. Esse prazer é um dos objetivos em se conviver bem, e produzir algo bom em seu ambiente de trabalho.

Um aspecto importante que está associado ao prazer em trabalhar, é a motivação que você tem em seu ambiente de trabalho. Segundo Neuenfeldt, Novo e Santos (2012), o ambiente de trabalho deve proporcionar conforto, bem-estar e boas condições aos trabalhadores que desenvolvem suas atividades, com o objetivo de preservar sua saúde, e sua integralidade, e gerar prazer de estar e de atuar naquele ambiente. Como menciona Oliveira (2002), citado por Prata (2013), é importante que se tenha um ambiente de trabalho adequado, pois o sujeito fica grande parte de sua vida útil em seu trabalho, exatamente no período da totalidade de suas forças físicas e mentais, e essa adequação interfere nas relações no trabalho, em seu estilo de vida e em suas condições de saúde.

Ferreira e Mendes (2001) elaboraram um conceito no qual fundamentam a psicodinâmica do prazer e do sofrimento vivenciados no cotidiano,

O prazer é definido a partir de dois fatores: valorização e reconhecimento no trabalho. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor em si mesmo, é importante e significativo para a organização e a sociedade. O sentimento de reconhecimento significa ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. O sofrimento é definido a partir do fator desgaste, que é a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com relação ao trabalho (FERREIRA; MENDES, 2001, p.96)

Ainda de acordo com Ferreira e Mendes (2001), ele demonstra que todas as vivências de sofrimento que aparecem no cotidiano dos trabalhadores, estão associadas a divisões e padronizações de tarefas, tal como rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos, ingerências políticas, falta de participação nas decisões e não-reconhecimento; adquirindo assim pouca perspectiva em relação ao crescimento profissional.

Para entender melhor essa relação entre o prazer e o sofrimento ocorrido no ambiente de trabalho foi desenvolvida a psicodinâmica do trabalho, que vem com o objetivo de estudar a relação entre o ato de trabalhar com o psiquismo do trabalhador.

Para Nunes e Lins (2009),

A visão da Psicodinâmica do Trabalho é a de trazer as experiências de sofrimento e prazer que são expressas por meio de relações intersubjetivas, resultantes principalmente da organização do trabalho, nos aspectos relacionados mais com a atividade propriamente dita do trabalho e com as relações sociais e profissionais com a instituição em que se está inserido. Dessa forma, aí se incluem os relacionamentos pessoais e vivências cotidianas, como também relações de subordinação (NUNES; LINS, 2009, p.58).

Nunes e Lins (2009, p.13) discutem uma passagem feita por Ferreira e Mendes (2003) a qual estes dizem que “A psicodinâmica do trabalho investiga a saúde no trabalho e analisa o sofrimento e as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores para ressignificar e superar o sofrimento, com vistas à transformação do contexto de trabalho em um lugar de prazer”.

Para Pantoja, Camões e Bergue (2010),

A concepção do sofrimento como uma vivência não significa que ele seja totalmente consciente. Porém, ele é indissociável de uma corporalidade. O sofrimento é sempre do corpo engajado no trabalhar e nas relações com os outros e pode ser definido como uma vivência, individual e/ou coletiva, de experiências dolorosas, como a angústia, o medo e a insegurança provenientes de conflitos e contradições originadas do confronto entre o desejo e necessidades do trabalhador com as exigências e pressões da organização do trabalho (PANTOJA; CAMÕES; BERGUE, 2010, p. 306).

As manifestações de sofrimento surgem mediante vivências de sentimento de tédio, insatisfação, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste no trabalho (DEJOURS, 1992, 1994; FERREIRA; MENDES, 2003).

Para Nunes e Lins (2009), a psicodinâmica do trabalho traz experiências vivenciadas de sofrimento e prazer que são expressas por meio de relações intersubjetivas, que podem resultar organização do trabalho, relacionados com a atividade do trabalho e com as relações sociais e profissionais inseridas em seu ambiente de trabalho. Incluindo assim relacionamentos pessoais e vivências cotidianas, como também relações de subordinação.

Segundo Beck (2010, p. 94) “A dinâmica do prazer/sofrimento é o ponto de investigação da psicodinâmica do trabalho. É através desta díade que se revelam as negociações possíveis entre os sujeitos e a realidade, as formas de vivenciar o prazer e o sofrimento e sua compreensão é fundamental para a produção de saúde nos locais de trabalho”.

A cooperação dos trabalhadores no desenvolver do trabalho contribui para a eficiência do serviço oferecido, além auxiliar na superação das adversidades que surgiram e na moderação do sofrimento (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014).

Outro fator que pode acarretar neste sofrimento é a responsabilização que sofrem pelas deficiências dos serviços, seja ela por crises nas instituições, seja pela precarização do trabalho. Ademais, o setor público está exposto a possíveis terceirizações de setores dentro da empresa, ou até mesmo a privatização total (SILVA, 2015). Dentre esses fatores podemos destacar também o aumento da carga de trabalho que tem como consequência a desmotivação do trabalhador.

Todos esses conflitos gerados, além das sobrecargas de trabalho, podem-se explicar com o conceito de carga psíquica do trabalho, que, segundo Martines e Chaves (2005).

Nada mais é do que o conjunto de manifestações decorrentes da qualidade de destinação da energia psíquica, conforme a organização do trabalho permite/flexibiliza o uso das aptidões psíquicas e psicomotoras do sujeito, revertendo em acúmulo desta carga, quando as aptidões estão impedidas de serem utilizadas (o que torna o trabalho fatigante) ou favorecendo a descarga da energia (trabalho equilibrante), já que é na organização do trabalho que repousa a versatilidade dos mecanismos de adaptação do trabalhador ao conteúdo da tarefa (MARTINES; CHAVES, 2005, p.430).

Com isso, segundo Chanlat (2002) o aumento da carga de trabalho compartilhada por muitos empregados do setor público acontece em razão da redução do pessoal e dos novos imperativos de desempenho e produtividade. Em estreita relação com a carga de trabalho, própria do empregado do serviço público, notadamente para aqueles e aquelas que estão em contato direto com o público, nota-se uma pressão maior da parte dos usuários dos serviços oferecidos. Esta pressão tem várias origens: exigências crescentes dos cidadãos para com sua administração, dificuldades sociais crescentes (desemprego, precariedade, pobreza, miséria...) subida da incivilidade (ensino, transporte...).

Em consonância com Chanlat (2002), Ferreira e Mendes (2001) pontuam que,

O enfoque da psicodinâmica do trabalho mostra que a predominância das vivências de sofrimento está associada tanto às condições nas quais as atividades são realizadas, quanto às relações socioprofissionais. Esse resultado indica um alerta no sentido de serem desenvolvidas mudanças organizacionais para redução ou minimização dos fatores que causam cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho. Vale ressaltar, ainda, que a vivência moderada de prazer pode indicar um ponto positivo para a neutralização do sofrimento, sendo necessário para isso identificar os fatores geradores de prazer (CHANLAT; FERREIRA; MENDES, 2002, p.102).

Em suma, encontrar aquilo que oferece bem-estar e prazer no trabalho minimiza as chances, deste sofrer ou até mesmo adoecer neste ambiente. Reorganizar o local de trabalho e ter um ambiente de discussão entre colegas e chefes, transforma o ambiente laboral prazeroso para cada trabalhador.

Para compreendermos melhor o âmbito do trabalho dos agentes de saúde, foco deste trabalho, discorreremos na próxima seção, como tem atuado estes profissionais diante dos sentimentos de prazer e sofrimento oriundos do ambiente laboral.

2.5 Sofrimento e prazer no ambiente de trabalho dos ACS

De acordo com os estudos pautados por Lopes et al. (2011), o agente comunitário detém de um importante papel estratégico dentro da ESF. Visto que, o trabalho deles na unidade de saúde familiar, facilita o acesso das pessoas a serviços competentes a saúde. E, conseqüentemente, cria-se um elo entre a comunidade e a equipe.

Sentimentos que envolvem a motivação, criatividade, comprometimento, cooperação, elevação da autoestima e melhoria da qualidade de vida são as principais causas dos efeitos do prazer sobre o trabalhador. Por outro lado, o adoecimento tanto físico quanto mental, leva-os a raiva, ansiedade, depressão, angústia, tudo isso está relacionado ao sofrimento.

Diante disso, levanta-se o questionamento: quais são as condições de trabalho enfrentadas pelos agentes da ESF?

Em resposta a esta pergunta, as autoras supracitadas, alegam que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por viverem e exercerem a atividade profissional na mesma localidade, podem vir a oscilar sentimentos. Tal realidade pode propiciar ao trabalhador um sentimento de impotência e frustração, sentimentos esses totalmente interligados ao sofrimento no trabalho.

Pois,

Sentem-se excessivamente cobrados, com múltiplas atribuições, sem o respaldo dos serviços de saúde. Por outro lado, os usuários, quando não atendidos pelo serviço de saúde passam a exigir do ACS a resolução de problemas que não são de sua competência (LOPES et al.,2011, p.58)

Em consonância, Gonzales (2001) afirma que a ausência de distinção entre o que proporciona prazer e sofrimento dificulta a percepção dos momentos de satisfação, alegria e contentamento, tanto na vida do trabalho quanto na vida social.

Como já mencionado, a obrigatoriedade de morar no mesmo local de trabalho pode ser um dos motivos geradores do sofrimento, pois além da perda da privacidade, muitos ficam expostos à violência e aos problemas sociais da comunidade em que atua ou até mesmo mora.

No entanto, diante das exigências internas e externas, os trabalhadores se veem diante de muitas responsabilidades que lhes são imputadas. Consequentemente, desencadeando a esses trabalhadores sensações de incompetência, de cansaço, de sofrimento, de desgaste, as quais prejudica o bem-estar de cada um destes (AZAMBUJA et al.,2007).

Atentando-nos para no que se refere à psicodinâmica do trabalho, a qual se relacionam as condições de trabalho oferecidas e vivenciadas pelos agentes. Se, no ambiente de trabalho proporcionarem atividades que estimulem os pontos positivos, isso diminuirá o sofrimento dos trabalhadores e tornará o ambiente mais agradável.

Para os Agentes Comunitários de Saúde o reconhecimento da comunidade, as manifestações de afeto e gratidão pelo trabalho realizado contribui para a satisfação em trabalhar, e para as vivências de prazer em seu ambiente de trabalho. Enfim, o reconhecimento é o processo de valorização do esforço e também do sofrimento ao realizar o trabalho (MENDES, 2007). Em contrapartida, o que gera sofrimento é exatamente a falta de reconhecimento da qualidade e do esforço empregado pelos agentes, às cobranças quando não dão conta de atender às demandas (MENDES, 2007).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho se norteia nos pressupostos da pesquisa qualitativa de abordagem exploratória, que segundo Sellitz (1967, p. 63) “o objetivo principal é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, possibilitando a consideração dos mais variados aspectos relativo ao caso estudado”.

O estudo foi realizado junto aos agentes comunitários de saúde da ESF e a identificação dos entrevistados foi feita pela palavra “entrevistado” acrescida do número que corresponde à ordem com que a entrevista foi realizada. Tal estudo se fez necessário para compreender melhor as necessidades e dificuldades existentes no dia a dia dos mesmos. Para tanto, fez-se a coleta das informações, a qual foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada, que, de acordo com Gil (2002) pode ser definida como a técnica que envolve duas pessoas em um diálogo em que uma delas formula questões e a outra responde, para esclarecer assim o objetivo proposto.

A entrevista foi planejada e orientada conforme o roteiro elaborado (APÊNDICE A) pela autora, esse roteiro foi construído com a ajuda do referencial teórico levantado e também a partir das falas dos entrevistados. Elas foram realizadas em outubro de 2017, o qual foram entrevistados todos os agentes que se encontravam na unidade, sendo assim um total de 5 (cinco) agentes comunitários, que contaram como é o seu ambiente de trabalho e suas vivências neste lugar.

O roteiro foi utilizado com o propósito de extrair o maior volume possível de informações, com isso as informações coletadas foram cuidadosamente interpretadas, de modo a entender, sob a ótica dos agentes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), quais são as principais fontes de prazer e sofrimento vivenciadas no trabalho. Os dados coletados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo.

Para tanto, os dados foram organizados em categorias de análise, o que, segundo Bardin (2010) ajuda na estruturação e organização das informações obtidas. Além da categorização dos dados coletados, a autora estrutura a técnica de análise a partir das seguintes fases de análise: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase da organização de todo material, leitura, sistematizar as principais ideias, formulação de hipóteses e principais objetivos. A exploração do material é a fase da codificação do material, nessa etapa são separados os materiais, decompostos e enumerados. E por fim o tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, ou seja,

análise dos resultados através de dados relevantes, permitindo assim suas interpretações inferenciais.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, que segundo Carlomagno (2016) se destina a classificar e categorizar qualquer tipo de conteúdo, reduzindo suas características a elementos-chave, de modo com que sejam comparáveis a uma série de outros elementos, facilitando assim uma melhor compreensão dos dados coletados. Assim, os dados coletados foram agrupados em cinco categorias, sendo elas:

- Sobrecarga de trabalho e desvio de função;
- Desgaste físico e emocional;
- Precariedade ou ausência de materiais básicos para o desempenho de suas funções;
- Cobrança vinda de usuários e a incapacidade de atender por não ser de sua competência técnica; e,
- Cooperação e senso de equipe.

A primeira categoria “Sobrecarga de trabalho e desvio de função” diz respeito ao excesso de funções que os agentes encontram em seu ambiente de trabalho. Com a falta de agentes comunitários, médicos e recepcionista, acarreta em desvios de função e sobrecarga dos agentes. A segunda categoria traz o “Desgaste físico e emocional”, pois com a sobrecarga de serviços o cansaço ao fim do dia é desgastante, o que acaba desmotivando-os cada dia mais. A terceira categoria está relacionada com a “Precariedade ou ausência de materiais básicos para o desempenho de suas funções”, em que a falta de equipamentos dentro das UBS (Unidade Básica de Saúde), prejudicando a qualidade do atendimento prestado. Já a quarta característica “Cobrança vinda de usuários e a incapacidade de atender por não ser de sua competência técnica”, demonstra a exigência da população acerca de serviços que não cabem aos agentes comunitários. E por fim, na quinta categoria “Cooperação e senso de equipe”, percebe-se que o diálogo e os compromissos entre os agentes em seu ambiente de trabalho contribuem para que haja prazer em meio ao sofrimento no trabalho.

A partir de tais categorias, no próximo tópico, serão apresentados e discutidos os resultados encontrados em campo e como eles influenciam na percepção dos agentes comunitários quanto às suas vivências cotidianas de prazer e sofrimento no trabalho e com o trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão abordados os resultados obtidos na pesquisa. No primeiro tópico será demonstrado o perfil do agente comunitário de saúde, e no segundo tópico suas vivências de prazer e sofrimento no cotidiano do trabalho.

4.1 Perfil do agente comunitário de saúde

O agente comunitário de saúde – ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade (BRASIL, 2009). Com isso eles têm um importante papel a serem prestados perante a sociedade, eles são a principal fonte de segurança para as famílias mais carentes.

Para entender melhor a presente pesquisa é importante descrever a UBS que foi o lócus deste trabalho. Ela possui 7 (sete) agentes comunitários, porém foram entrevistados apenas cinco deles pois 1 (um) estava de férias e outro não estava disponível para participar das entrevistas. A equipe de atendimento conta com 1 (um) médico clínico geral e 1 (um) pediatra. E possui 1 (um) enfermeiro e 1 (um) auxiliar de enfermagem.

A faixa etária dos entrevistados varia entre 26 e 40 anos, sendo quatro mulheres e um homem. Como podemos perceber a maioria pertencente ao sexo feminino, esta é uma característica comum ao perfil do ACS. Como nos mostra Nunes Rocha (2013), as diferentes formas de seleção e de contratação desses profissionais, marcam um perfil próprio desses profissionais, caracterizando um aspecto significativo como a maioria, ou se não quase todas serem do sexo feminino.

No quesito escolaridade, identificamos que a maioria possui o Ensino Médio Completo. E uma pequena parcela possui Ensino Superior em relação aos ACS.

De acordo com Santos et al. (2011), os ACS possuem algumas exigências para que possam ocupar esta função, como residência mínima de dois anos no município no qual a atividade será realizada, idade mínima de dezoito anos, alfabetização e disponibilidade de tempo integral ao exercício da função.

Vale ressaltar que nenhum dos agentes entrevistados tinha menos de seis anos na função, o que contraria os dados encontrados por Santos et al. (2011) de que é alta a flutuação na função.

Cada agente comunitário atende cerca de 300 a 400 pessoas, sendo as visitas feitas mensalmente. Segundo Magalhães (2011, p.23) “os PSF’s priorizam as ações de prevenção,

promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados a unidade básica de saúde, no domicílio ou através da mobilização da comunidade”. O que foi observado na unidade estudada, pois nessas visitas eles orientam sobre a importância do exame preventivo relacionado a saúde da mulher, a prevenção contra a dengue, realizam a entrega de exames e avisam sobre os agendamentos de exames também. Fazem uma busca ativa de vacina, ou seja, fazem uma conferência do cartão de vacina, além de pré-natal e bolsa família, agendam consultas para as pessoas acamadas e levam receitas para as mesmas, fazem relatórios sobre a situação de perigo a saúde, como alimentação saudável, prevenindo assim contra a diabetes e a hipertensão arterial.

No que diz respeito à rotina de trabalho, dois deles ficam responsáveis pela recepção da unidade durante o dia todo. Neste caso, eles têm como atribuições a confecção das fichas, que são feitas para registro do atendimento do paciente e o agendamento de consultas com os médicos. Essas fichas definem a ordem de chegada e, conseqüentemente, a prioridade entre os pacientes para o atendimento. Nelas são lançadas: nome, estado civil, endereço, nome do pai e da mãe, data nascimento, data de atendimento e os códigos do CNES. O código do CNES é a descrição do procedimento, ou melhor, o processo que o paciente irá realizar dentro da ESF, como exemplo tem: aferição de pressão, retirada de ponto, curativo, puerpério, administração de medicamentos, teste de glicemia, puericultura (acompanhamento de neném), teste do pesinho, preventivo, consulta de enfermagem e a pesagem do programa bolsa família.

Em seguida os pacientes são direcionados para a triagem, que é uma forma de adiantar o atendimento médico, fazendo a aferição de pressão, peso, estatura e glicemia capilar quando o paciente é diabético e assim são separadas as fichas. Os outros agentes preparam os materiais que serão utilizados durante as visitas domiciliares, esses materiais incluem a separação das fichas dos pacientes que vão ser atendidos no dia, essa ficha é usada o ano todo, e é relatado como o paciente está às orientações que foram passadas, se tiveram alguma intercorrência de saúde, dentre outros. Quando terminam os atendimentos do período da manhã, retornam para a UBS para proceder os lançamentos de produção, ou seja, os relatórios das visitas no sistema de computador, de tudo que foi lançado nas fichas, inclusive problemas percebidos durante as visitas, como mal atendimento dos pacientes, situações de risco que eles possam estar passando, entre outros.

Diante de tal rotina de trabalho, eles apontaram que os maiores problemas que enfrentam estão relacionados à falta de apoio da Secretaria de Saúde da cidade, pois não dão assistência e, com isso, faltam materiais básicos para a realização das atividades diárias da unidade. Além dessa falta de apoio, há também o número insuficiente de funcionários. A unidade está com

grande desfalque, principalmente de agentes, e recepcionistas, pois com a falta de recepcionista eles acabam deslocando agentes para ficarem na recepção, acarretando assim na sobrecarga de serviço e no desvio de função dos mesmos, não conseguindo cumprir seus deveres diários. Com bases nessas questões, no tópico a seguir serão discutidos tais aspectos de modo a compreender de que forma se dão as vivências de prazer e sofrimento dos agentes comunitários de saúde.

4.2 Vivências de prazer e sofrimento no cotidiano do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Neste tópico, serão detalhadas as práticas cotidianas experimentadas no trabalho pelos agentes de saúde, de modo a entender os principais desafios e dificuldades enfrentados por eles. Apesar de muitos relatarem que gostam do que fazem, existem dificuldades que trazem desgaste físico e emocional para eles e, conseqüentemente, desânimo para desenvolverem suas atividades.

Com base na análise das informações obtidas com os agentes avaliados, foi possível produzir um quadro com os principais pontos relatados quanto suas vivências de prazer e sofrimento dentro das atividades desempenhadas, a partir das categorias elencadas no tópico de metodologia, para que seja possível desenvolver a análise de conteúdo como proposto na metodologia apresentada.

Quadro I - Vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos agentes comunitários de saúde da ESF estudado.

Categorias	Variáveis encontradas
Sobrecarga de trabalho e desvio de função	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cansaço excessivo; ✓ Falta de agentes comunitários; ✓ Excesso de funções; ✓ ACS precisa trabalhar na recepção por falta de servidor para tal função.
Desgaste físico e emocional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de incentivos/apoio por parte da Secretaria de Saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dores no corpo; ✓ Desânimo.
<p>Precariedade ou ausência de materiais básicos para o desempenho de suas funções.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atendimento com menor qualidade; ✓ Falta de equipamentos e materiais.
<p>Cobrança vinda de usuários e a incapacidade de atender por não ser de sua competência técnica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grande demanda em exames a serem marcados para sociedade; ✓ Grande número de pacientes para as vagas de consultas com os médicos; ✓ Falta de medicamentos na farmácia básica; ✓ Reclamações dos usuários; ✓ Número de médicos insuficiente.
<p>Cooperação e senso de equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reuniões entre agentes; ✓ Comunicação intersetorial; ✓ Cooperação entre agentes.

Fonte: Elaborado pela autora

Ao analisar as categorias visualizadas no quadro acima, vimos que a primeira categoria traz a “Sobrecarga de trabalho e desvio de função” os servidores relatam que cada agente atende em média 300 a 400 pessoas por mês, o que dá uma média de 16 atendimentos por dia. Verificou-se ainda que, os agentes ficam responsáveis, para além do trabalho de prevenção, por funções como agendamento de exames, renovação de receitas, além, em alguns casos, como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda, implementado pelo Governo Federal, estadual ou municipal, educação em saúde com palestras educativas nas escolas e na unidade, orientam ao combate à dengue e relatórios de perigo à saúde. Trazendo assim um cansaço excessivo ao final

do dia, como afirmam Santos et. al (2011), eles trazem consigo o estresse da carga horária excessiva.

A falta de agentes comunitários é um dos grandes problemas encontrados, pois como foi dito por Santos et. al (2011), os agentes são membros de uma equipe formada por profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e recepcionistas, e a função deles é de dar assistência a população. Com o desfalque de um deles, o que tem acontecido é o desvio de função de um para os outros, pois além de atender os seus pacientes acabam dividindo a outra parte da população que no caso estaria sem o agente, aumentando seu número de atendimentos, sem atendê-los da maneira correta e com a devida atenção. Foi citado que houve falecimento de uma das agentes e outra remanejada para outra função, com isso o cargo delas foi redividido entre os outros, dificultando o trabalho em equipe em decorrência dessa sobrecarga de funções. Acarretando o excesso de função, além de fazer o atendimento da recepção que não é função dos agentes comunitários. Como nos cita Barros (2017), isso aponta sobrecarga e estresse da categoria, pois os agentes deixam de fazer as visitas, sendo elas sua principal atividade.

Como se pode perceber na fala do entrevistado 1, além do desvio de funções, o excesso de funções também se traduz na sobrecarga gerada pelo número insuficiente de servidores.

Quando falta alguém, e como tá faltando agentes aqui na unidade, o serviço dele é distribuído para outro agente e isso é feito através de sorteio, o qual consideramos o mais “democrático” a ser feito. (Entrevistado 1)

Assim, o acúmulo de funções de outros ACS aliado às atribuições de recepcionista, faz com que os agentes não tenham, muitas vezes, condições de desempenhar de forma satisfatória suas atribuições. De acordo com o que prevê o Ministério da saúde (2009, p. 28), suas principais funções são:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.

O que não engloba as funções de marcação de exames, agendamentos, organização de atendimentos por ordem de chegada à UBS, dentre outras funções que eles vêm desempenhando na referida unidade. Sobre o trabalho na recepção, muitos disseram que isso não era dever deles como agentes de saúde, mas são obrigados a cumprir devido à falta de pessoal, o que está diretamente relacionado à sobrecarga de trabalho sentida por eles.

Neste sentido, alguns alegaram que a divisão que é feita entre eles é considerada justa, pois são divididas para ambas as partes não prejudicando assim nenhum deles, já outros não concordam e afirmam se sentirem sobrecarregados.

Em relação à segunda categoria de análise, “O desgaste físico e emocional”, ela está intimamente relacionada a essa sobrecarga, que gera um desgaste físico e emocional muito grande, que, por consequência, resulta em falta de motivação e desânimo. Muitos se dizem cansados e/ou exaustos, com dores no corpo, nas pernas, no final do dia, tanto pela sobrecarga, quanto por não conseguir atender toda população, gerando assim um sentimento de impotência.

Três dos cinco agentes apontaram, inclusive, que já tiveram que se afastar do trabalho por motivos de saúde decorridos do exercício de suas funções. Nesse sentido, Bachili et. al (2008) afirmam que o ambiente que tais profissionais vivem e vivenciam a partir de suas práticas de trabalho, pode resultar em um conjunto de sentimentos perturbadores relacionados à impotência e à frustração por não conseguir alcançar o objetivo pretendido.

A falta de incentivos/apoio foi outro ponto citado por eles. A falta de apoio da Secretaria de Saúde implica em falta de motivação para os ACSs. Segundo Martines e Chaves (2005), a motivação e a satisfação no ambiente de trabalho são aspectos essenciais para um bom exercício da função. Isso no momento não acontece dentro da unidade, não são apoiados e não tem retornos sobre problemas propostos.

Sobre a “Precariedade ou ausência de materiais básicos para o desempenho de suas funções”, ou seja, a falta de materiais para a realização das atividades diárias da unidade, como materiais para realização de curativos, balança que muitas das vezes está quebrada, materiais básicos na recepção, falta de protetor solar para os agentes comunitários, dentre outros, sendo esse registrado como um dos motivos do sofrimento que vivem o que acaba acarretando na qualidade do atendimento prestado. Segundo os ACS, a falta e/ou demora desses materiais seriam por falta de verbas, o qual a Secretaria de Saúde relata a escassez dessas verbas para repasses entre o município. Como cita entrevistado 2:

Falta mais apoio da Secretária de Saúde em comprar equipamentos e materiais, que muitas das vezes falta ou demora chegar, com isso não conseguimos atender com mais conforto nossa comunidade (ENTREVISTADO 2).

Com isso destaca-se, as atribuições que são designadas às secretarias municipais e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

V - garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes (PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006).

Neste contexto, Silva (2015) afirma que um dos fatores que causa desgaste e sofrimento é a responsabilização que os agentes sofrem pelas deficiências dos serviços, seja ela por crises nas instituições, seja pela precarização do trabalho. Com isso os agentes não conseguem oferecer os serviços que devem ser prestados, com a devida qualidade para a comunidade.

Neste sentido, também a quarta categoria “Cobrança vinda de usuários e a incapacidade de atender por não ser de sua competência técnica”, se constitui como uma fonte de sofrimento para os ACS. Isto porque, embora os pacientes se sintam satisfeitos com os serviços por eles prestados, muitas vezes cobram dos ACS serviços e posturas que não estão ao seu alcance. E a sensação de impotência, gera frustração não só nos pacientes, mas também nos ACS.

Um dos entrevistados disse que se sente insatisfeito nessa parte, ele descreveu como:

O que me deixa muito triste é as cobranças dos pacientes, que pedem e impõe coisas sem saber se aquilo é compatível com o nosso serviço ou dia a dia (Entrevistado 4).

Lopes (2011) afirma que os ACS se sentem excessivamente cobrados, com múltiplas funções, pois os pacientes quando não são atendidos pelos serviços de saúde passam a exigir essa resolução de problemas aos ACS, mesmo que elas não sejam de sua competência.

A falta de médicos, falta de medicamentos, atraso de exames, entre outras atribuições que não são do agente são as principais reclamações da comunidade registradas na UBS, segundo os ACS. Em relação às condições de trabalho, três dos cinco entrevistados, apontaram-nas de forma negativa reclamando, sobretudo, da falta de material e falta de agente.

Ainda há um enorme número de pacientes para as poucas vagas ofertadas para consultas com os médicos. Muitos destacam que a liberação de exames e os medicamentos do Programa Farmácia Popular são os mais cobrados pela sociedade, como argumenta o entrevistado 2, “Isso não é muito inviável pra gente, pois tudo isso depende de repasse Estadual e Federal que atualmente está falho”.

No presente momento as secretárias de saúde não possuem verbas suficientes, e não estão conseguindo atender a demanda da sociedade. Quando um médico solicita um exame, os

agentes comunitários ficam a cargo de providenciar e organizar toda a documentação necessária com o paciente, eles fazem todos os agendamentos possíveis, e encaminham para a secretária de saúde, a partir disso essa demanda fica a cargo da secretaria de saúde. Com o decorrer da liberação desses exames, eles são comunicados para avisarem o paciente. Porém, relataram que os exames têm demorado muito para serem liberados. O entrevistado 5 afirma que:

Eu gosto do que faço, mas às vezes não me sinto tão realizado aqui, pois, tem hora que parece que estou “enxugando gelo”, vou a uma visita, relato o que o paciente precisa, como um exame e ele não consegue fazer esse exame, e você vai vendo seu paciente cada vez pior, isso é frustrante e desestimulante (ENTREVISTADO 5).

Como nos cita Dejours (2004), é inerente que as pessoas idealizem seu ambiente de trabalho, contudo a realidade pode chocar ao ser totalmente diferente do idealizado e esta, por sua vez, pode desencadear emoções de raiva e sofrimento nesses trabalhadores inseridos neste local. Ou seja, o desejo se confronta com a realidade. Pois por mais que eles queiram fazer o possível para ajudar seus pacientes, às vezes isso não está ao seu alcance.

O fato de não terem condições de intervir mais diretamente em tais questões faz com que os ACS seja muitas vezes mal vistos pelo usuário dos serviços de saúde. De acordo com o Entrevistado 1,

Existem os que dão a devida importância, mas também existem os que acham que não passa de uma mera assinatura para que possamos receber nosso salário (ENTREVISTADO 1).

A assinatura que eles citam, é uma das exigências quando o agente faz a visita às casas dos pacientes, e os pacientes assinam a ficha com as observações descritas pelos agentes. Em contrapartida, ainda assim, foi apontado pelos ACS que a comunidade vê a figura do agente com bons olhos, mostrando-se grata pelo atendimento. Essa relação pode se dar em relação a um senso de pertencimento do agente à comunidade. O que pode ser percebido quando os ACS afirmam serem as prioridades de melhoria no seu trabalho exatamente aquilo que os pacientes relatam para eles durante as visitas domiciliares, serem as suas necessidades.

E por fim, a quinta categoria “Cooperação e senso de equipe”, se constitui como um fator indispensável dentro da UBS e em qualquer organização. Como nos apontam Augusto, Freitas e Mendes (2014), a cooperação dos trabalhadores no desenvolver do trabalho contribui para a eficiência do serviço oferecido, além de auxiliar na superação das adversidades que surgem e na moderação do sofrimento vivido no trabalho. Este é um ponto positivo na organização estudada, pois os ACS descrevem que a cooperação dentro da equipe, estabelece

uma boa relação entre os agentes. Eles citam inclusive que fazem reuniões quando acontece algo que precisa ser resolvido, com isso eles conseguem chegar a um consenso, o que faz com que tenham diálogo para uma boa convivência entre eles.

Segundo Neuenfeldt, Novo e Santos (2012), o ambiente de trabalho deve proporcionar conforto, bem-estar e boas condições aos trabalhadores que desenvolvem suas atividades, com o objetivo de preservar sua saúde, em sua integridade, e gerar prazer de estar e de atuar naquele ambiente.

Uma questão importante foi citada pelos entrevistados em relação à insatisfação ou desprazer, seria a falta de comunicação intersetorial. Este é um grande problema dentro das unidades de UBS's da cidade. Cada setor se comporta independente um do outro, o que dificulta o trabalho em equipe, sendo que a união desses setores traria resultados mais sustentáveis para a sociedade. Grande parte da resolução dos problemas na saúde requer não só empenho por parte de profissionais e gestores de saúde necessita também a dedicação e colaboração de outros setores (BRASIL, 2009). Pois quando a organização trabalha articuladamente com outros setores da sociedade, expande-se a capacidade de oferecer uma resposta mais satisfatória às necessidades de saúde da comunidade.

Ao questioná-los acerca das possíveis melhorias dentro da unidade, muitos apontaram para o aumento no número de pessoal, sobretudo de agentes, dentre eles, o número de médicos para atenderem mais vezes na semana, aumentar número de exames autorizados e os materiais necessários para o desenvolvimento de um trabalho significativo. Tais melhorias, como apontam os agentes, requer um movimento da administração da ESF.

Desta forma no decorrer do trabalho foram identificadas, dentro da unidade, algumas situações que podem trazer o prazer e sofrimento para os agentes comunitários de saúde. Como sofrimento foi diagnosticado alguns fatores como a sobrecarga de trabalho aos agentes, acarretando a eles um cansaço excessivo, a falta de agentes comunitários foi um dos itens citados, pois essa falta acaba fazendo com que os agentes desviem de suas devidas funções, aumentando o trabalho e ocasionando assim um desgaste físico e emocional aos agentes. A precariedade e a falta de materiais necessários para o desenvolvimento das funções, faz com que o atendimento aos pacientes não saia de maneira devida, o que é bem citado durante a entrevista. Outro fator de sofrimento é a cobrança vinda de usuários e a incapacidade de atender melhor os pacientes por não ser de sua devida competência técnica, como exemplo a demora nas marcações de exames, devido à grande demanda do mesmo, a falta de medicamentos na farmácia básica, número de médicos insuficiente para atender os pacientes, tudo isso gera muita

reclamação dos usuários, o que reflete na vivência cotidiana de sofrimento no trabalho dos ACS.

Já como prazer, foi citada a cooperação e senso de equipe dentro da unidade, pois para eles essa cooperação estabelece uma boa relação entre os agentes. Há muito diálogo, fazem reuniões para acertar algumas coisas pendentes, pois isso faz com que eles cheguem a um consenso, ocasionando uma boa convivência. Como foi demonstrado, o ambiente de trabalho deve trazer conforto, bem-estar, tanto para preservar a saúde como para sentir prazer de atuar naquele ambiente de trabalho, no qual se passa a maior parte do dia. Apesar da cobrança vinda dos usuários, eles mostraram que os pacientes reconhecem e são gratos pelos seus serviços, esse reconhecimento traz um prazer em atuar em seu trabalho, principalmente eles que moram no mesmo bairro e convivem com essas pessoas em seu dia a dia, apesar dos problemas enfrentados na saúde pública atualmente e de todos fatores de sofrimento, foi demonstrado a satisfação pelo seu trabalho e conseqüentemente por estarem há tanto tempo em seu cargo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o intuito de compreender, sob a ótica dos agentes comunitários de saúde da (ESF), quais são as principais fontes de prazer e sofrimento vivenciadas no cotidiano de seu trabalho.

Os dados obtidos nas categorias apresentadas nos trazem alguns aspectos importantes sobre a organização, como sendo a sobrecarga de trabalho e desvio de função, vimos o excesso de funções que os agentes executam em seu ambiente de trabalho, em decorrência da falta de agentes comunitários. O desgaste físico e emocional faz com que eles fiquem desmotivados em seu ambiente de trabalho, pois muitos dizem cansados e exaustos ao fim do dia, tanto pela sobrecarga, quanto por não conseguir atender toda população, gerando assim um sentimento de impotência. Outra questão importante foi à precariedade e ausência de materiais básicos para o desempenho das funções dentro da UBS, falta de equipamentos, materiais o que prejudica a qualidade do atendimento a ser prestado para a comunidade, que é a maior prejudicada. Com isso destaca-se a cobrança dos usuários, com os agentes, que não têm o que fazer devido não ser de sua competência técnica.

Como citado ao longo do texto uma fonte de prazer demonstrado pelos agentes é a cooperação e senso de equipe que existe entre eles, isso faz com que eles tentam solucionar juntos os problemas dentro da unidade. O reconhecimento por parte da comunidade, eles se mostram satisfeitos com o serviço prestado por eles, como cita um dos entrevistados, essa sensação de poder ajudar alguém é algo muito satisfatório, traz prazer em trabalhar.

Assim, destaca-se que a sobrecarga de trabalho, ocasionada pela falta de profissionais, foi um dos principais motivos geradores do sofrimento dos funcionários. Isto porque, o número insuficiente de profissionais acarreta vários outros sofrimentos desencadeados no cotidiano do trabalho como impotência por não poder atender com qualidade uma maior quantidade de pacientes. Tal fato, inclusive, faz com que, em alguns casos, os pacientes não atendidos ou que não foram atendidos da forma como gostariam se mostrem revoltosos e acabam culpando os agentes por estes e outros problemas. São N fatores que corroboram para um desgaste que vai além do físico, pois a falta de reconhecimento dos esforços que fazem por parte de alguns, os deprime e os torna cada vez mais desmotivados, causando assim um esgotamento profissional.

Em contrapartida, como afirma Prata (2013), o prazer é o sentimento que provém da realização do potencial de cada um. E essa realização traz ao indivíduo o sentimento de autoconfiança, de ser uma pessoa importante, competente e amigável, que tem capacidade de lidar com situações à medida em que surgem. Com isso o que traz prazer é o reconhecimento,

mesmo sendo pouco, é o que os fortalece para continuarem a desempenhar suas funções como agentes comunitários como foi citado por muitos deles, que mesmo com essa falta de agentes e materiais necessários, quando conseguem algo esperado todos se sentem realizados em seu trabalho, isso traz motivação. Principalmente por lidarem com pessoas próximas, como vizinhos, amigos e parentes com quem convivem em comunidade.

Diante dos resultados apresentados, verificou-se que esse tema é de grande relevância para a administração pública, pois, como nos mostra a escola Dejouriana, estudar esses conceitos nos ajuda a desenvolver estratégias para ajudar o trabalhador a conviver de forma prazerosa em seu ambiente de trabalho. Mas, também elucida como o contexto vivido pelo trabalhador, dentro deste ambiente que pode levá-lo ao sofrimento.

Acredita-se que o presente estudo seja relevante à organização na medida em que eles possam repensar o problema dentro da unidade, procurando possíveis soluções, pois o excesso de trabalho prejudica a qualidade dos serviços prestados, principalmente quando estamos lidando com vidas, tanto dos que estão prestando os serviços, quanto dos que estão recebendo.

Com base nos resultados aqui apresentados e discutidos, espera-se contribuir no propósito de lançar uma luz sobre o quanto é importante olhar para o bem-estar e o conforto de todos dentro de uma organização, buscando assim ampliação desta discussão para os agentes, para que haja políticas públicas que visem melhorias significativas nas condições de trabalho destes agentes, o que, conseqüentemente, contribuirá para a ressignificação do sofrimento e aumento nas vivências prazerosas.

REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, Magda Maria; FREITAS, Lêda Gonçalves de; MENDES, Ana Magnólia. **Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa.** Belo Horizonte, abril 2014. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2014v20n1p34/7145>> Acesso em 17 de janeiro de 2017.
- AZAMBUJA, E.P. et al. **Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família.** Enferm. v.16, n.1. jan./mar. 2007.
- BECK, Fernanda. **A dinâmica prazer/sofrimento psíquico dos trabalhadores da enfermagem de uma unidade de emergência de um hospital público.** Porto Alegre. Julho 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 70. ed. Lisboa: LDA, 2010.
- BARROS, Fernanda Aran Colman Batista; RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa. **PSICOLOGIA DO TRABALHO E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. Psicologia do Trabalho na Saúde da Família: investigação e intervenção.** 2017.
- Bachili RG, Scavassa AJ, Spiri WC. **A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica.** Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(1):51-60.
- BRASIL, 1998. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 17 de janeiro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Preliminar. Março/96. *Saúde da Família: uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde.* Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília – DF. 2009.
- CARLOMAGNO, Márcio C.; DA ROCHA, Leonardo Caetano. **Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica.** Revista Eletrônica de Ciência Política, v. 7, n. 1, 2016.
- COHEN, Simone Cynamon; CYNAMON, Szachna Eliazsz. **Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente.** Rio de Janeiro RJ. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a26v09n3>> Acesso em 15 de dezembro de 2016.
- CHANLAT, Jean-François. **O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos.** Portugal, Oct. 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/clad/clad0043316.pdf>> Acesso em 17 de janeiro de 2017.
- Cláudia M. Silva Marques e Estela Maura Padilha. **Trabalho, Educação e Saúde.** v. 2 n. 2, p. 345-352, 2004.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas-Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luís-MA, 2011.

DE OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

DE ALMA-ATA, Declaração. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata,** v. 15, 2002.

DEJOURS, Christophe, **Psicodinâmica Do Trabalho E Teoria Da Sedução.** Psicologia em Estudo [online] 2012, 17 (julho-setembro). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287126284002>> ISSN 1413-7372. Acesso em 18 de novembro de 2017

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.-F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** São Paulo: Atlas, 1993, p.149-173.

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção, 14 (3), 27-34.
FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. **"Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho.** *Estud. Psicol. (Natal)*. Junho de 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

ESCOREL, Sarah et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.

Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2003). **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira.** Brasília: Ler, Pensar e Agir.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. 2009.

GOVERNO FEDERAL. **Portal da Transparência. Programa De Saúde Da Família – Psf.** Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/aprendaMais/documentos/QuestionarioPSF.pdf>>. Acesso em: 21 de Dez de 2016.

GONZALES, R M B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido.** - Série Teses em Enfermagem. Florianópolis, 2001.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas**. Fortaleza CE. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2>> Acesso em 17 de janeiro de 2017.

JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR Luiz Cordoni. **Políticas Públicas De Saúde No Brasil**. Londrina, dez.2006. Disponível em <http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1_artigo_3.pdf> Acesso em 17 de janeiro de 2017.

LOPES, Denise Maria Quatrin; BECK, Carmem Lucia Colomé; PRESTES, Francine Cassol; WEILLER, Terezinha Heck; COLOMÉ, Juliana Silveira; SILVA, Gilson Mafacioli. **Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo**. USP. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2>> Acesso em 26 de dezembro de 2017.

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo, Dezembro de 2002. Disponível em:< http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf> Acesso em 17 de janeiro de 2017.

Luz M. **Medicina e ordem política Brasileira**. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

Luz Madel. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”- Anos 80**. Saúde em Debate 1991; 32(3):27-3.

MACÊDO, K B.; FLEURY, A. R.D. O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista AMAZÔNICA**, Amazonas, ano 5, volume IX, número 2, p. 217-238, 2012.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa saúde da família: Uma estratégia em construção**. Corinto 2011. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>> Acesso em 16 de janeiro de 17.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família**. São Paulo, SP, Brasil. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41638>> Acesso em 17 de janeiro de 2017.

Ministério da Saúde (BR). **Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS**. 2a.ed. Brasília (DF): MS; 1991.

NUNES, Aline Vieira de Lima; LINS, Samuel Lincoln Bezerra. **Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho**. Florianópolis, junho 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 jan. 2017.

NUNES ROCHA, Natália Hosana; BARLETTO, Marisa; DIAS BEVILACQUA, Paula. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, 2013.

NEUENFELDT, C. S.; NOVO, L. F.; SANTOS, E. G. **Qualidade De Vida No Trabalho Sob O Prisma Da Integração Social: O Relato De Colaboradores De Uma Ies**. In: Colóquio Internacional Sobre Gestão Universitária Nas Américas. Florianópolis: Ufsc, 2012.

PANTOJA, Maria; CAMÕES, Marizaura; BERGUE, Sandro. **Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público**. Brasília – ENAP 2010.

PRATA, Michelle. **Prazer ou sofrimento no trabalho?: a percepção dos empregados públicos reintegrados ao CEFET-MG**. Disponível em: <<http://www.unihorizontes.br/mestrado2/wp-content/uploads/2014/03/MICHELLE-MOREIRA-FRADE-PRATA.pdf>> Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. BRASIL **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, Junho de 2000. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf> >. Acesso em 15 de janeiro de 2017.

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. **Ministério da Saúde Gabinete do Ministro**. Disponível em<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf> Acesso em 15 de janeiro de 2017.

RIBEIRO, Edilza Maria. **As Várias Abordagens Da Família No Cenário Do Programa/Ograma/ Estratégia De Saúde Da Família (Psf)**. 2004 julho-agosto. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12>>Acesso em 15 de março de 17.

Rosa TEC, Benicio MHDA, Latorre MRDO, Ramos LR. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. Rev Saude Publica. 2003;37(1):40-8. DOI:10.1590/S0034-89102003000100008.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE Renata Curi. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2162/2255>> Acesso em 17 de janeiro de 2017.

SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

SILVA, Tainara Martins. **Prazer e Sofrimento no Trabalho, Riscos de adoecimento em Servidores do Ministério da Saúde: percepções dos trabalhadores**. Brasília - DF 2015. Disponível em< <http://bdm.unb.br/handle/10483/10861>>. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

SELLTIZ, Claire et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

APÊNDICE A

DADOS PESSOAIS

Faixa etária	Assinale com um X	Gênero	
		Masculino:	Feminino:
Até 25 anos			
De 26 a 30 anos			
De 31 a 35 anos			
De 36 a 40 anos			
Acima de 40 anos			

Escolaridade: _____

Tempo de serviço na instituição: _____

Total de horas trabalhadas na semana: _____

QUESTÕES:

- 1) Quantos agentes comunitários possui a ESF III?
- 2) Quantos médicos?
- 3) Quantos enfermeiros?
- 4) Quantos auxiliar de Enfermagem?
- 5) Quantas pessoas cada agente atende?
- 6) As visitas são feitas mensalmente?
- 7) Quais os procedimentos que vocês realizam nessas visitas em relação a comunidade?
- 8) Qual a visão que a comunidade passa para você em relação seu trabalho?
- 9) Quais as cobranças que a comunidade exige mais de você? É viável solucionar-las?
- 10) O que você acha que falta na ESF? Quais os maiores problemas que vocês enfrentam no dia a dia?
- 11) Você gosta do que faz? Se sente realizada?
- 12) O que lhe faz sentir desprazer/insatisfação no trabalho?
- 13) Fale um pouco sobre seu trabalho?
- 14) Como é a sua carga de trabalho?
- 15) Como se sente no final do dia?
- 16) E a sua rotina de trabalho? Conte nos um pouco.
- 17) Sente desânimo no trabalho?

- 18) Você se sente muito sobrecarregado? Como é feita essa divisão? Você acha essa distribuição de tarefas justa?
- 19) Existem disputas profissional no seu local de trabalho?
- 20) Você chegou a desenvolver alguma patologia (física ou mental) no seu trabalho?
- 21) Houve afastamento no trabalho por motivos de saúde em relação ao trabalho? Quantas vezes? Quando isto aconteceu?
- 22) Você se sente satisfeito em realizar suas atividades?
- 23) Existe muita cobrança em seu ambiente de trabalho?
- 24) Como é a comunicação entre os colegas de trabalho, há diálogos?
- 25) Como são as condições de trabalho? Possuem materiais necessários? Esses instrumentos de trabalho são suficientes para realizar as tarefas?
- 26) Na sua opinião, o que precisa ser feito para melhorar seu ambiente de trabalho? Você seria capaz de fazer alguma dessas mudanças?