

ORGANIZADORES

Breno de Oliveira Ferreira

Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

À SAÚDE NOS TEMPOS DA PESTE DO SÉCULO XXI

| São Paulo | 2022 |



Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2022 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2022 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - CC BY-NC (CC BY-NC-ND). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Airton Carlos Batistela <i>Universidade Católica do Paraná, Brasil</i>	Bernadette Beber <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Alaim Souza Neto <i>Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil</i>	Breno de Oliveira Ferreira <i>Universidade Federal do Amazonas, Brasil</i>
Alessandra Regina Müller Germani <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>	Carla Wanessa Caffagni <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Alexandre Antonio Timbane <i>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil</i>	Carlos Adriano Martins <i>Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil</i>
Alexandre Silva Santos Filho <i>Universidade Federal de Goiás, Brasil</i>	Caroline Chioquetta Lorenset <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Aline Daiane Nunes Mascarenhas <i>Universidade Estadual da Bahia, Brasil</i>	Cláudia Samuel Kessler <i>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil</i>
Aline Pires de Moraes <i>Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil</i>	Daniel Nascimento e Silva <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Aline Wendpap Nunes de Siqueira <i>Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil</i>	Daniela Susana Segre Guertzenstein <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Ana Carolina Machado Ferrari <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>	Danielle Aparecida Nascimento dos Santos <i>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil</i>
Andre Luiz Alvarenga de Souza <i>Emill Brunner World University, Estados Unidos</i>	Delton Aparecido Felipe <i>Universidade Estadual de Maringá, Brasil</i>
Andreza Regina Lopes da Silva <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>	Dorama de Miranda Carvalho <i>Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil</i>
Antonio Henrique Coutelo de Moraes <i>Universidade Católica de Pernambuco, Brasil</i>	Doris Roncareli <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Arthur Vianna Ferreira <i>Universidade Católica de São Paulo, Brasil</i>	Edson da Silva <i>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil</i>
Bárbara Amaral da Silva <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>	Elena Maria Mallmann <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
Beatriz Braga Bezerra <i>Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil</i>	Emanoel Cesar Pires Assis <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>

Direção editorial	Patricia Bieging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Bieging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Caroline dos Reis Soares
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Ligia Andrade Machado
Editoração eletrônica	Lucas Andrius de Oliveira Peter Valmorbida
Imagens da capa	Piickfreepik, Kriscole, Sebdeck - Freepik.com
Revisão	Os autores e autoras
Organizadores	Breno de Oliveira Ferreira Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A111 A saúde nos tempos da peste do século XXI. Breno de Oliveira Ferreira, Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida - organizadores. São Paulo: Pimenta Cultural, 2022. 408p..

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5939-380-0 (brochura)

978-65-5939-379-4 (eBook)

1. Psicologia. 2. Saúde. 3. Pandemia. 4. Saúde mental.
I. Ferreira, Breno de Oliveira. II. Hayasida, Nazaré Maria de Albuquerque. III. Título.

CDU: 159.9

CDD: 150

DOI: 10.31560/pimentacultural/2022.794

PIMENTA CULTURAL

São Paulo - SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 2

6

LEANDRO PASSARINHO REIS JÚNIOR
ANNACAROLINA BOULHOSA CUNHA PINHEIRO
ERIC CAMPOS ALVARENGA

CONTEXTO DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL: O OLHAR DAS AGENTES DE SAÚDE SOBRE O SEU FAZER

INTRODUÇÃO

Este ensaio traz um recorte da pesquisa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Pará, cujo objetivo foi analisar os efeitos do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores em saúde. Para este escrito, trouxemos a reflexão de como o contexto do trabalho interfere na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), que atuam no município de Belém/PA, sob o enfoque da Psicodinâmica do Trabalho (PDT).

Partimos do pressuposto que, nas últimas décadas, observamos o desenho de um novo rearranjo do mundo laboral, marcado por fenômenos que modificaram as relações de trabalho, deixando-as mais instáveis, inseguras e precárias, refletindo diretamente nas formas de manipulação e exploração dos trabalhadores, acarretando sofrimentos e adoecimentos mentais para os indivíduos, principalmente após a pandemia de COVID-19.

Participaram deste estudo, de caráter qualitativo, trabalhadores ACS e ACE atendidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Regional Belém, no período de 2016 a 2020, e que apresentaram alguma queixa referente ao campo da saúde mental, que tenham sido desencadeadas ou agravadas pelas suas vivências no trabalho.

Procedemos com a coleta de dados por entrevistas semiestruturadas com cinco participantes, que se adequaram aos critérios acima descritos, aceitaram a participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale ressaltar que a referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, por meio do Parecer nº 4.335.567. A análise dos dados ocorreu por meio da Análise de Núcleo de Sentidos (ANS).

Contextualizando a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

O campo da saúde do trabalhador começa a se fortalecer nas políticas públicas do SUS no ano de 2002, a partir da criação e estruturação da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Essa rede propõe que as ações devem ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS, por meio dos CEREST (Portaria nº 1.679, 2002; Portaria nº 2.728/2009).

Estes Centros assumem o importante papel de apoio matricial, dando “subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais” (Portaria nº 2.728, 2009), podendo ter abrangência estadual, regional e municipal, com o objetivo de desenvolver ações de enfrentamento das situações que envolvem a precarização nos ambientes de trabalho. Para isso, devem contar com equipe multiprofissional, a fim de dar subsídio técnico e teórico para a rede de saúde (Cardoso & Araújo, 2016).

As principais ações a serem executadas pelos CEREST são: assistência, por meio do atendimento aos trabalhadores com queixas relacionadas ao trabalho; diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos para exames e consultas complementares; realização donexo causal; notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); ações intra e intersetoriais de promoção à saúde do trabalhador, incluindo a participação do controle social; capacitações e treinamentos para os profissionais de saúde e para aqueles que atuam no campo da saúde do trabalhador (Portaria nº 1.679, 2002; Portaria nº 2.728, 2009).

A Atenção à Saúde do Trabalhador se baseia principalmente nas ações transversais e articulações intra e intersetoriais. Destaca-

mos aquelas desenvolvidas em interface com as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e com instituições envolvidas com a saúde do trabalhador, como o Ministério do Trabalho e Previdência Social, Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Saúde.

Em 2012, houve a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), cuja finalidade é reforçar a atenção integral à saúde de todos os trabalhadores, principalmente desenvolvendo ações de vigilância, bem como de “promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (Portaria nº 1.823, 2012).

Em relação ao município de Belém, podemos citar a publicação do novo Código de Vigilância Sanitária, com preocupações iniciais sobre o campo da saúde do trabalhador no município, mesmo que de forma discreta (Lei nº 7.678, 1993). Em 2000, foi instituído o Programa de Saúde do Trabalhador, que cumpre as competências atribuídas pela Lei Orgânica do Município de Belém (Lei nº 8.001/2000). Já em 2002, a Prefeitura de Belém instituiu o Centro de Atenção em Saúde do Trabalhador (CASAT), que amplia o acesso e o olhar para todos os trabalhadores. Após instituição da RENAST, esse serviço se transformou, em 2003, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), por meio da Portaria nº 250, de 29 de agosto de 2003. Posteriormente, no ano de 2005, o CRST assumiu a sigla de CEREST, que ainda o designa atualmente (Portaria nº 250, 2003).

Apesar de todas as estratégias e políticas criadas por parte das esferas governamentais para responder às demandas relacionadas à saúde dos trabalhadores, ainda são incipientes os conhecimentos apreendidos nesta esfera. Percebe-se o surgimento de novas demandas decorrentes das mudanças no mundo do trabalho, como os processos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho, que precisam ser acompanhados (Bittencourt et al., 2014).

A saúde mental em interface com a saúde do trabalhador

Nas últimas décadas, impôs-se, de maneira mais frequente, a necessidade de lidarmos com as mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho, que vêm afetando diretamente a saúde mental dos trabalhadores (Bottega & Merlo, 2017). A autora Selligmann-Silva (2009) também destaca que as alterações políticas, sociais e econômicas ocorridas no mundo contemporâneo estão articuladas com o aumento dos casos de adoecimentos mentais.

No entanto, apesar do aumento dos casos de adoecimentos mentais relacionados ao trabalho, não percebemos a inserção desse pensamento desde o início dos movimentos de lutas e conquistas no âmbito da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Durante a 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), ocorridas respectivamente nos anos 1986 e 1994, essa relação entre a saúde do trabalhador e a saúde mental ainda era muito incipiente (Bottega & Merlo, 2017). Na 3ª CNST, são notados debates que giraram em torno dos impactos do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores e influenciaram nas resoluções, que passaram a conter, em seus textos, uma preocupação com esse viés (Maeno, 2013). Uma publicação importante neste sentido foi a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, do Ministério da Saúde (1999), que merece destaque por dar visibilidade aos adoecimentos mentais relacionados ao trabalho.

Nesse processo de percepção das demandas relacionadas à saúde mental dos trabalhadores, notamos a importância dos CEREST, pois, nesses casos, realizam, geralmente, acolhimento e encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou, na sua ausência, encaminhamento para psicólogas e psiquiatras externos, avaliação psicológica, atendimentos psicoterápicos e grupos terapêuticos (Bottega & Merlo, 2017).

Alguns obstáculos são evidenciados nesse processo, devido à complexidade dessas ações: enquanto não existem protocolos ou guias que orientem os profissionais na realização dessas ações, não há capacitação para os profissionais; o estabelecimento do nexo do transtorno mental com o trabalho é complexo; não se consegue garantir a assistência integral aos trabalhadores acometidos por sofrimento mental relacionado ao trabalho; e nota-se invisibilidade desses casos nos sistemas de informação em saúde (Cardoso & Araújo, 2016).

Sendo assim, esbarramos em muitas dificuldades na construção de ações preventivas, que visam à redução dos adoecimentos mentais desenvolvidos a partir do encontro com o trabalho. Com isso, nesses Serviços de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, como é o caso do CEREST/Belém, notamos que os trabalhadores que chegam já estão apresentando sofrimentos e/ou adoecimentos mentais relacionados ao trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho

Diante desse cenário de mudanças das relações de trabalho e suas consequências para a saúde mental, surgem vários estudos no âmbito da Psicologia Social, que propõem enfoques teóricos e metodológicos diferenciados. Uma dessas propostas, criadas para entender a relação entre o trabalho e a saúde mental é a Psicodinâmica do Trabalho (PDT), que tem como expoente o psiquiatra e psicanalista francês Christophe Dejours (Jacques, 2003).

Inicialmente, Dejours seguiu a tradição francesa da Psicopatologia do Trabalho nos anos 70, cuja premissa era centrar sua atenção nos aspectos psicopatológicos, nos sofrimentos psíquicos que o trabalho poderia gerar nos indivíduos (Dejours, 2008). No entanto, a partir de suas pesquisas de campo, passou a questionar as noções

centradas na Psicopatologia do Trabalho, principalmente por perceber que alguns trabalhadores, mesmo imersos em situações de trabalho adversas e potencialmente geradoras de sofrimento, não adoecem, mas, ao contrário, mantinham um estado de normalidade, de equilíbrio, desenvolvendo estratégias para combater esses sofrimentos (Lancman & Uchida, 2003).

Mais recentemente, podemos dizer que o enfoque da teoria PDT deixa de ressaltar a dinâmica do prazer e sofrimento no trabalho, para buscar compreender como os trabalhadores subjetivam suas experiências neste ambiente e as estratégias, principalmente coletivas, utilizadas, assim como a cooperação no trabalho (Mendes, 2007).

Nos últimos 20 anos, essa clínica sofreu algumas alterações que, de acordo com Dejours (2007a), se “manifestam no campo da clínica cotidiana do trabalho, mas, também, no campo das patologias de descompensação” (p. 14). Atualmente, os quadros clínicos demonstram o aumento de novas patologias do trabalho, que estão subdivididas em quatro categorias: as patologias de sobrecarga (*burnout*, *karôshi*, disfunções musculoesqueléticas); as patologias pós-traumáticas; as patologias do assédio (patologias da solidão); e depressões, tentativas de suicídio e suicídio. Para analisar a origem dessas patologias ligadas ao trabalho, é necessário, de acordo com este autor, analisar o trabalho enquanto atividade humana, viva, com vitórias e fracassos.

A PDT traz vários conceitos importantes, que auxiliam no entendimento dos processos de subjetivação dos trabalhadores a partir das suas relações com o trabalho, que são: centralidade do trabalho, trabalho prescrito e trabalho real, o sofrimento e estratégias de defesa, o prazer e o reconhecimento no trabalho, a cooperação no trabalho, entre outros.

As prescrições do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias

Os trabalhadores ACS e ACE vão desenvolver suas ações especialmente na atenção básica, a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde. Nesse nível, as ações de atenção almejam trabalhar a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde. A equipe multiprofissional que atua na atenção básica, em especial nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), é composta, geralmente, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde (Paim, 2009). Com o tempo, os agentes de combate às endemias também passaram a ser incorporados pela atenção básica, devendo compor as equipes das ESF e fortalecer as ações de vigilância (Portaria nº 3.252/2009).

As categorias profissionais, tanto de ACS quanto de ACE, tiveram uma evolução histórica atrelada inicialmente às experiências de políticas e programas de saúde, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que funcionou de 1942 até 1960; a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que funcionou entre os anos de 1960 a 1990, instituindo ações de educação e assistência médico-sanitária à população em geral. Esta Fundação foi de grande relevância, pois antecedeu os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Ao longo dos anos, existiram outras experiências políticas e de programas de saúde que contribuíram para a evolução dessas categorias profissionais (Silva & Dalmaso, 2002).

No caso dos ACS, suas atividades foram normatizadas dentro do SUS a partir da Lei nº 10.507/2002. Suas ações visavam a promoção da saúde e a prevenção de adoecimentos, e eram efe-

tuadas tanto em nível domiciliar, quanto comunitário (Lei nº 10.507, 2002). Já no caso dos trabalhadores ACE, também percebemos experiências antecedentes, que marcaram a história desta categoria profissional. Por volta de 1986, ficaram conhecidos pelo termo “polícia sanitária”, que tinha a função impedir surtos de epidemias na época (Barbosa et al., 2016). Em 1991, outro marco importante nessa história profissional foi a criação da FUNASA, cujo objetivo era realizar diversas ações de controle de doenças ou agravos à saúde (Lei nº 10.507, 2002). No entanto, apenas em 1999 as ações de vigilância passaram a ser descentralizadas e a seguirem os princípios do SUS, cabendo à FUNASA a função de capacitar e ceder seus agentes, denominados guardas de endemias (Torres, 2009).

No ano de 2006, através da Lei Federal nº 11.350, as atividades de ACS e de ACE foram regulamentadas e normatizadas. Esta foi revogada pela Lei nº 13.595/2018, que trouxe reformulações quanto às atribuições dessas profissões, jornada de trabalho, condições de trabalho, grau de formação profissional, entre outros.

Conforme as delimitações legais, os ACS devem realizar ações conforme as diretrizes do SUS, de prevenção de doenças e de promoção da saúde por meio da Educação Popular em Saúde, realizando visitas domiciliares ou comunitárias, de modo a observar as pessoas que apresentam sinais e sintomas de doenças agudas e crônicas, assim como eventos de importância para a saúde pública, facilitando o acesso da comunidade aos serviços de saúde, informação, promoção social e proteção da cidadania (Lei nº 13.595, 2018).

Em relação aos ACE, suas principais atividades são: realizar o cadastramento dos imóveis e vistoria em residências e pontos comer-

ciais, de modo a investigar focos de doenças e aplicação de larvicidas; realizar ações educativas e de prevenção e controle, de maneira articulada com os ACS e com a equipe de atenção básica; identificar casos suspeitos de doenças e fazer os encaminhamentos necessários; informar a comunidade sobre os riscos e agentes transmissores de doenças, bem como as formas de prevenção, tanto individuais quanto coletivas (Lei nº 13.595, 2018).

Dessa forma, observamos que as duas categorias profissionais foram regulamentadas no mesmo momento e instituídas dentro do SUS, devendo estar em conformidade com essas diretrizes. Essas ocupações devem agir de maneira integrada, desenvolvendo ações de mobilização social por meio da Educação Popular em Saúde, na área geográfica em que atuem. Devem orientar a comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; planejar, de forma articulada com as ESF, atividades de vigilância em saúde; identificar e encaminhar as situações relacionadas a fatores ambientais para a unidade de saúde de referência; realizar campanhas, de modo a combater a transmissão de doenças infecciosas e outros agravos (Lei nº 13.595, 2018).

Percepções sobre o contexto de trabalho: o olhar dos agentes de saúde

Neste estudo qualitativo, participaram três ACS e duas ACE, que tiveram sua identidade preservada e descrita com pseudônimos, conforme aponta o perfil abaixo (Quadro 1):

Quadro 1

PARTICIPANTES	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	TEMPO DE OCUPAÇÃO
CLARA	ACS	Ensino Superior incompleto	13 anos
CAROLINA	ACE	Ensino Médio completo	8 anos
JANAÍNA	ACE	Ensino Médio completo	9 anos
MARIA	ACS	Ensino Médio completo	8 anos
BETE	ACS	Ensino Superior incompleto	8 anos

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada *online*, via *Zoom Meetings*, analisados e organizados em três categorias de análise, descritas a seguir:

a. *Organização do trabalho*

O conceito de organização do trabalho, de acordo com Dejours (1992), engloba, por um lado, a divisão do trabalho, que compreende como este é executado, como as tarefas são divididas entre os trabalhadores, o ritmo e as prescrições das atividades e, por outro lado, é composto pela divisão dos homens, que envolve as formas de controle, o sistema hierárquico, as relações de poder e como as responsabilidades são divididas.

A partir das entrevistas com os trabalhadores, ficou claro que nenhuma delas tinha identificação com as profissões que assumiram. Ao contrário, elas desconheciam as atribuições necessárias para desempenhar as funções de ACS e ACE. O ingresso nessas funções foi motivado pela necessidade de se empregarem e também de adquirirem estabilidade por meio do concurso público, como aponta o trecho da fala de Carolina (ACE): “Eu tava procurando sempre um trabalho relacionado ao serviço público [...] eu fiz o concurso, mas não sabendo muito bem o que ser um agente de endemias (risos)”.

Notamos que as ocupações dos ACS e ACE não são popularmente conhecidas pela sociedade, quando comparadas a outras do setor da saúde como, por exemplo, a Enfermagem e a Medicina, onde se observa uma identificação automática da profissão com o seu fazer. Os estudos de Gomes et al. (2011) demonstram que a entrada em determinadas profissões, como é o caso dos ACS, não é movida pelo interesse na ocupação em si, mas sim devido à necessidade de garantir um emprego, diante das dificuldades impostas pelo mercado de trabalho, levando as pessoas a se agarrarem a qualquer oportunidade. Esse aspecto também indica um fator importante, trazido por Dejours (1992, 2007, 2008, 2012) em sua obra, que destaca o quão central é o trabalho na vida das pessoas.

Sobre as atividades de trabalho das ACS, ressaltamos que desempenham ações de orientação e prevenção junto à comunidade por visitas às residências das pessoas, priorizando grupos populacionais de maior vulnerabilidade (Lei nº 13.595, 2018). Essa realidade pode ser notada na fala de Maria (ACS): “Assim, o meu trabalho é externo, eu trabalho, eu vou pra campo, eu trabalho nas ruas, eu tenho uma microárea onde eu tenho que atuar, eu dou orientação e informação para os moradores a respeito da questão em saúde né”. (Maria, ACS)

No entanto, durante as entrevistas com os ACS, percebemos que suas jornadas de trabalho são muito extenuantes, principalmente por atuarem 8 horas por dia, na maioria das vezes realizando visitas domiciliares e, com isso, precisam considerar condições de deslocamento, bem como climáticas, além de atuarem muitas vezes em regiões periféricas, deixando-as mais vulneráveis a situações de violências. Além disso, referem que, constantemente, sentem o “engessamento” das suas atividades, pois existem muitas burocracias no próprio sistema de saúde e dos departamentos de dentro da Secretaria, que limitam as suas atividades, impedindo, muitas vezes, que consigam ser efetivos, resolvendo os problemas que acometem os seus usuários.

Com o auxílio das reflexões de Dejours (2008), percebemos o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real das ACS, que pode ser notado nesses últimos casos, uma vez que suas atividades dependem de fatores alheios às suas vontades e, quando não conseguem desempenhar suas funções da melhor maneira, isso é sentido como um fracasso, gerando irritação e impotência diante dos obstáculos.

Por outro lado, o ritmo de trabalho das duas categorias é intenso, visto que é recomendado que cada ACS visite, diariamente, oito famílias, chegando ao fim do mês com um máximo de 750 pessoas atendidas, e que cada ACE visite 25 imóveis por dia. Eles consideram o seu trabalho diário muito desgastante, principalmente por suas atividades serem desenvolvidas a “céu aberto”.

A partir das considerações trazidas por Dejours (2004) sobre o trabalho, podemos compreender melhor que esse desgaste referido pelos trabalhadores interfere na saúde mental dos mesmos, por ser bem mais do que uma relação salarial, mobilizando a personalidade dos sujeitos. Ele abarca as prescrições, mas principalmente o real do trabalho, descoberto, sentido e pensado no cotidiano laboral.

b. Condições de trabalho

As atividades dos trabalhadores, de maneira geral, são compostas, na maioria das vezes, por momentos desenvolvidos no campo e outros nas casas de apoio. No caso dos ACS, as Estratégias Saúde da Família (ESF) são o local de apoio e de desenvolvimento de suas ações complementares, enquanto os ACE contam com os Pontos de Apoio (PA) como base, assim como também podem desenvolver suas ações em centros que compõem a atenção da vigilância.

Sobre as estruturas internas das ESF e dos PA, percebemos uma divisão de opiniões dos trabalhadores, pois alguns referem que, atualmente, contam com melhores condições físicas e garantia de materiais de trabalho, enquanto outros ressaltam as inúmeras adversi-

dades que enfrentam no cotidiano de trabalho. Aqueles que sofrem com as condições de trabalho citam que muitos equipamentos estão sucateados, não há ar condicionado, não existe local apropriado para os trabalhadores guardarem seus pertences, assim como não existe uma sala para os ACS dentro da ESF, seja para descansarem após retornarem das visitas ou para fazerem suas produções.

Sobre a falta de estrutura básica para se trabalhar, Katsurayama et al. (2013) destacam diversas dificuldades que interferem no trabalho executado nas ESF e que o distanciam daquilo que preconiza o Ministério da Saúde. Um dos principais fatores citados pelos autores aponta para a precariedade das condições estruturais e materiais de trabalho, devido ao abandono e ao sucateamento dos serviços de saúde, o que vem sendo percebido atualmente na grande maioria das estratégias. No Pará, podemos confirmar essa precariedade em relação à falta de estrutura das ESF, por meio do condensado estudo de Alvarenga (2018) com os profissionais das Equipes de Saúde da Família de Belém, pois essa realidade também emergiu em seu estudo.

A experiência de trabalhar no campo, para as duas categorias, precisa considerar o real do trabalho, os fatores não controláveis e que interferem diretamente na atividade realizada. Os riscos, que fazem parte da rotina desses trabalhadores, são constantes, como podemos observar no trecho a seguir:

A dificuldade é essa, os perigos na rua, é a exposição que a pessoa sofre né. Ela pode estar exposta a uma violência, a uma mordida de cachorro, a alguém assaltar ela [...] então é uma coisa, é um trabalho assim muito desgastante, no sentido emocional e no físico né, porque tá exposto ao sol, ao vento, à chuva. (Carolina, ACE)

Por precisarem se deslocar pelas ruas, o risco de adquirirem doenças de pele é frequente, bem como o de sofrerem violências diversas, principalmente por atuarem em locais onde a vulnerabilidade social é mais evidente. Assim, a precariedade das condições de trabalho fica evidente quando percebemos que existem poucas

medidas de proteção coletivas e individuais para esses agentes de saúde, o que, infelizmente, foi intensificado com a pandemia da COVID-19, como veremos adiante.

c. *Os reflexos da pandemia para a saúde mental dos trabalhadores*

Quando os profissionais foram questionados se percebiam reflexos na saúde mental, decorrentes do fato de estarem trabalhando durante esse período de pandemia, todos foram taxativos em suas respostas, indicando que percebiam muitas consequências negativas. O medo da morte foi um sentimento bastante mencionado, assim como o medo da perda de seus familiares, a insegurança de precisar ir para o trabalho nesse período, com risco de se contaminarem, adoecerem e contaminarem terceiros e o nervosismo, principalmente no período de pico da pandemia, quando várias notícias de mortes vieram à tona.

Como eu tenho o TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada) né, eu fico nervosa muito rápido (risos). Apesar de eu não querer demonstrar, mas tem horas que essas informações, negativas né, se eu me deixar levar por elas, eu vou começando a ficar mais nervosa, mais ansiosa, aí vai aparecendo o medo, o medo de adquirir a doença ou o medo de ver gente sofrendo, é esse tipo de coisa. (Carolina, ACE)

Desenvolver o meu trabalho nesse período assim, a gente acaba se sentindo impotente, justamente por a gente não ter o básico [...] então a gente se sente impotente em relação à essa doença. (Bete, ACS)

Percebemos que os ambientes e processos de trabalho em que os profissionais da saúde estão imersos já trazem consigo características de uma carga física e psíquica intensa. Somado a isso, elevando mais ainda o nível de sofrimentos e/ou adoecimentos entre os trabalhadores, a falta de EPI foi um fator crucial para que conflitos com a gestão se intensificassem. Os trabalhadores também expressaram que a própria vivência da pandemia, independentemente do trabalho, por si só é uma experiência muito traumática, devido às perdas frequentes de entes queridos, como familiares, amigos, colegas de trabalho, que faleceram por conta do coronavírus.

Inclusive morreu um colega nosso, ele morreu de covid e o outro ficou com sequelas [...] tá fazendo tratamento. (Janaína, ACE)

A respeito do tema, Noal et al. (2020) observam que os profissionais da saúde enfrentam, no contexto da pandemia, diversas dificuldades para desenvolver suas atividades, pois são aqueles que, diferentemente de outras categorias profissionais, não podem deixar suas atividades de lado, ao contrário, precisam fortalecer suas ações no combate à doença. Ademais, pelo âmbito em que atuam, têm medo de levarem adoecimentos aos seus familiares e vivenciam, constantemente, perdas de pacientes, usuários, além de colegas de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo confirmou que existe a necessidade dos ACS e ACE se fortalecerem mais socialmente, em face de todos os desmontes em saúde que acompanhamos diariamente. Ficou evidente, pela forma de ingresso dos trabalhadores, que não existia, inicialmente, uma identificação com a profissão, visto que não sabiam nem quais atribuições teriam. Suas motivações giravam em torno de conquistarem um emprego e de passarem em concurso público, o que traria mais estabilidade, mas não conheciam, de fato, o que faz um ACS ou um ACE. Certamente, esse desconhecimento da profissão ocorre com muita frequência ainda atualmente, o que aponta para uma fragilidade da identidade profissional.

Podemos perceber, mediante o que foi exposto, que foram inúmeras as consequências do trabalho na saúde apontadas por esses profissionais. Sendo assim, a pesquisa apontou, também, que as vivências de prazer no trabalho foram associadas principalmente à existência do processo de reconhecimento.

Os trabalhadores destacaram que quando há a efetividade das ações realizadas, isto é, quando conseguem resolver as demandas e ajudar os usuários, essas vivências são percebidas como positivas. Quando mantêm um bom relacionamento com os pares e com os usuários, especialmente quando estes reconhecem o esforço empenhado e a qualidade do trabalho executado para solucionar as demandas, também registram essas experiências como gratificantes, o que acaba estimulando e motivando no trabalho.

O estudo mostrou o quanto o contexto de trabalho interfere na saúde mental dos agentes de saúde e o quanto a precarização das condições de trabalho é um tema frequente na fala dos trabalhadores, que se queixam desde a falta de estrutura, de material básico de trabalho e do repasse dos EPI, bem como o sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Este estudo contribuiu para a compreensão do contexto de trabalho de ACS e ACE e suas vivências durante a pandemia no Estado do Pará. Seus resultados podem ser utilizados para embasar políticas públicas necessárias, de melhoria das condições e da organização do trabalho na Atenção Primária em Saúde. Por fim, é necessário proporcionar mais espaços de acolhimento e escuta de profissionais da APS, de modo a levar mais saúde mental para o dia a dia da profissão.

REFERÊNCIAS

- Alencar, M. C. B., & Ota, N. H. (2011). O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 22(1), 60-67.
- Alvarenga, E. C. (2018). **A corda bamba do trabalhar das equipes de saúde da família de Belém**. (Tese de Doutorado). Universidade Federal

do Pará. Arquivos do PPGP. <https://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses/Tese%20Eric%20Alvarenga.pdf>

Bittencourt, L. C., Belome, M. C., Merlo, A. R. C. (2014). Centros de referência em Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde e a saúde mental. In A. R. C. Merlo, C. G. Bottega, & V. K. Perez (Orgs.), **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho** (pp. 228-243). Evangraf.

Bottega, C., & Merlo, A. (2017). Clínica do Trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores. **Psicologia & Sociedade**, 29, 1-11. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

Cardoso, M., & Araújo, T. (2016). Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: Um Inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 41(e7), 1-14. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303

Dejours, C. (1992). **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho** (5a ed.). Cortez-Oboré.

Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In A. M. Mendes, S. C. C. Lima, & E. P. Facas (Orgs.), **Diálogos em psicodinâmica do trabalho** (pp. 13- 26). Paralelo 15.

Dejours, C. (2008). Sofrimento e prazer no trabalho: A abordagem pela psicopatologia do trabalho. In S. Lancman, & L. I. Szelwar (Orgs.), **Christophe Dejours: Da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho** (v. 2) (pp. 143-157). Fiocruz.

Dejours, C. (2012). **Trabalho vivo: sexualidade e trabalho** (tomo I). Paralelo 15.

Dejours, C. (2013). A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, 33(2), 9-28.

Katsurayama, M., Parente, R. C. P., Moraes, R. D., & Morretti-Pires, R. O. (2013). Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva dejouriana. **Cadernos Saúde Coletiva**, 21(4), 414-419.

Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (2002). **Cria a profissão dos Agentes Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde.

Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (2018). **Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a inde-**

nização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União.

Lei nº 8.001, de 24 de janeiro de 2000 (2000). **Institui o Programa de Saúde do Trabalhador no Município de Belém, e dá outras providências.** Câmara Municipal de Belém.

Morosini, M. V. G. C., & Fonseca, A. F. (2018). Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, 42(1), 261-274.

Noal, D. S., Passos, M. F. D., & Freitas, C. M. de (2020). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19.** Fiocruz.

Silva, J. Z., & Dalmaso, A. S. W. (2002). **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Fiocruz.