

Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde***Quality of life and psychological distress in community health workers****Calidad de vida y sufrimiento psíquico en agentes comunitarias de salud****Recebido: 27/04/2020****Aprovado: 01/12/2020****Publicado: 19/02/2021****Bárbara Aline Bezerra de Miranda¹****Renata Fabiana Pegoraro²**

O objetivo desta pesquisa foi investigar a percepção de agentes comunitárias de saúde sobre sua qualidade de vida de vida e as atividades laborativas por elas desenvolvidas. Participaram 13 agentes comunitárias de saúde que atuavam em duas unidades de saúde da família do interior de Minas Gerais. O estudo foi de caráter exploratório, desenvolvido com metodologia quali-quantitativa, realizado entre 2017 a 2018, no qual utilizou-se como instrumentos uma escala para a avaliação da qualidade de vida, questionário sociodemográfico e entrevista semi-estruturada. A partir das análises dos relatos emergiram duas categorias: *Atividades desenvolvidas e sua relação com a qualidade de vida e Sofrimento psíquico causado pelo trabalho e sua relação com a qualidade de vida*. Os domínios referentes às Relações Sociais e ao Meio Ambiente apresentaram pior qualidade de vida e identificou-se nas entrevistas sofrimento psíquico associado a residir no mesmo bairro em que atuavam, com sobrecarga de trabalho em momentos de folga ou férias. Também, por escutar problemas de diversas ordens que necessitam de soluções que geralmente vão além do que a prática permite, as profissionais sentiam-se incapazes, agravando seu sofrimento.

Descritores: Agentes comunitários de saúde; Atenção primária à saúde; Qualidade de vida.

This research aims to investigate the perception of community health workers about their quality of life and the activities they perform. The participants were thirteen community health workers from two family health units in the interior of the state Minas Gerais. The nature of the study was exploratory, developed with qualitative and quantitative methodology, carried out between 2017 and 2018. The instruments used were a scale for assessment of quality of life, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview. From the analysis of the reports, two categories emerged: *Activities developed and their relationship with quality of life and Psychological distress caused by work and their relationship with quality of life*. The domains related to Social Relations and the Environment presented worse quality of life, and it was possible to identify through the interviews psychological distress associated with living in the same neighborhood in which they worked, with work overload in times off or holidays. Also, by listening to problems of different orders that need solutions that generally go beyond what the practice allows, the professionals felt incapable, worsening their distress.

Descriptors: Community health agents; Primary health care; Quality of life.

El objetivo de este estudio fue investigar la percepción de agentes comunitarias de salud sobre su calidad de vida y las actividades laborales que desarrollan. Participaron trece agentes comunitarias de salud que trabajaban en dos unidades de salud de la familia en el interior del estado de Minas Gerais. El estudio fue de carácter exploratorio, desarrollado con una metodología cuali-cuantitativa, realizado entre 2017 y 2018, en el que se utilizaron como instrumentos una escala de evaluación de la calidad de vida, un cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestructurada. A partir del análisis de los informes surgieron dos categorías: *Actividades desarrolladas y su relación con la calidad de vida y Sufrimiento psíquico causado por el trabajo y su relación con la calidad de vida*. Los dominios relacionados con las Relaciones Sociales y el Medio Ambiente presentaron peor calidad de vida y se identificó en las entrevistas el sufrimiento psíquico asociado a vivir en el mismo barrio donde trabajaban, con sobrecarga de trabajo en momentos de ocio o vacaciones. Además, al escuchar problemas de diversa índole que necesitan soluciones que generalmente van más allá de lo que permite la práctica, las profesionales se sintieron incapaces, agravando su sufrimiento.

Descriptores: Agentes comunitarios de salud; Atención primaria de salud; Calidad de vida.

*Estudo apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na modalidade Bolsa de Iniciação Científica.

1. Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8508-4826 E-mail: barbara.miranda07@hotmail.com

2. Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Mestre e Doutora em Psicologia. Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6052-5763 E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são apontados como o profissional da equipe de saúde da família que exerce o papel de “ponte” entre a unidade de saúde e a população que reside no território. Diariamente, os ACS realizam visitas domiciliares para acompanhamento longitudinal de famílias, desenvolvem atividades educativas, efetuam cadastros e identificam demandas de cuidados em saúde.

Ao retornar à unidade, o ACS reporta o que encontrou nas visitas ao enfermeiro responsável e os casos devem ser discutidos em equipe para a construção de cuidados. O ACS seria responsável por um “toque de estranhamento”¹ que tira de algumas equipes um foco de ação mais biológico, ampliando o espectro de necessidades de saúde da população, e aproximando a discussão de saúde a partir da noção de determinantes sociais, isto é, o olhar não dirigido ao doente e à doença, mas à pessoa em sua integralidade, com o resgate de dados sobre a história da família e sua condição de vida. A sensibilidade do ACS para aspectos não-biológicos e sua proximidade às famílias – tendo em vista que também reside no bairro em que atua - podem ser de grande valia para a construção de projetos terapêuticos realmente singulares no trabalho das equipes de saúde^{2,3}.

O duplo papel exercido pelo ACS – ser parte da equipe de saúde e ser morador da área de abrangência do serviço – no entanto, pode gerar situações desgastantes e de sofrimento para esses profissionais². A rotina do ACS pode gerar um alto nível de estresse em virtude da alta exigência no trabalho, por ser cobrado constantemente pela realização de inúmeras tarefas e para atingir metas de produtividade, o que se soma à escassez de recursos para a efetivação do seu trabalho, situações de grande pobreza e adoecimentos em vários níveis com os quais tem contato nas visitas que realiza⁴.

Os ACS podem realizar em sua jornada diária caminhadas extensas, levando mochilas com os materiais de trabalho como fichas e pranchetas, sentarem-se em posições inadequadas durante a sua estadia nas casas, sugerindo, inclusive, riscos ergonômicos no trabalho⁵. O trabalho do ACS é comprometido também por salários inadequados, população resistente às orientações dadas por eles, além da falta de limites entre o local de trabalho e o local de moradia, o que ocasiona grande sobrepeso mental e físico, devido à ausência da separação da vida pessoal e do trabalho⁶.

A presença de sintomas osteomoleculares (dores no pescoço, nos ombros; punhos; região lombar) e de indicadores negativos para saúde mental e aspectos emocionais relacionados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde⁷ podem implicar na necessidade por cuidados à própria saúde. Sentimentos de baixa autoestima, tensão, e problemas com imagem corporal contribuem para uma apreciação negativa sobre a própria saúde³.

Ademais, exercer um trabalho altamente exigente e contar com pouco suporte social podem contribuir para o estabelecimento de prejuízo nas relações pessoais e profissionais daqueles que exercem a função de ACS³. Assim pode-se dizer que o sofrimento é estabelecido quando o profissional constata que mesmo sendo considerado agente de transformação, não possui instrumentos necessários, conhecimentos e também nem toda a propriedade de mudança que a teoria traz a respeito do seu papel. Dessa forma, a sua atuação o coloca em uma posição delicada no qual ele vê a realidade do lugar em que vive e o que o de fato pode ser realizado para haver uma melhoria da situação⁴.

A qualidade de vida que esses profissionais possuem, influencia diretamente na qualidade assistencial do serviço que eles prestam³. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁸, qualidade de vida (QV) refere-se à percepção de uma pessoa sobre sua posição de vida dentro do contexto da cultura e sistema de valores em que está inserida e em relação aos objetivos, preocupações, expectativas e padrões que possui. A QV é um conceito que pode ser visto como subjetivo e multidimensional, pois abrange aspectos de avaliação positivos e negativos, tais

como dor, sono, mobilidade, autoestima, suporte social, recursos financeiros, saúde pessoal, atividades de vida cotidiana, capacidade de trabalho, dentre outros.

Uma condição de saúde mental em contextos produtivos considerada adequada é dada, entre outros fatores, pelo bem-estar do trabalhador, sendo resultante do equilíbrio das expectativas profissionais desse sujeito e das suas respectivas concretizações, o que contribuiria para a melhoria da sua qualidade de vida⁹. Para haver essa satisfação, esse sujeito conta com diversas condições, como emprego, moradia de qualidade, afeto, autoestima e apoio e reconhecimento social.

Um estudo apontou que a avaliação sobre a QV em seu domínio psicológico (como baixa autoestima e sentimentos negativos) feita por ACSs se relaciona com a avaliação negativa sobre o estado de saúde³. Estudos apontam que pode existir uma idealização a respeito do ACS^{1,2,5,6} por ser o profissional que reside na comunidade onde também atua, tendo maior facilidade para estabelecimento de vínculo com os usuários⁶ e para realizar intervenções, se comparado ao restante da equipe. Dificuldades para ter acesso às residências de sua área de abrangência⁵ e serem menos valorizados quando em comparação com outros profissionais da equipe⁶ são situações apontadas por ACS. Neste contexto, torna-se relevante compreender se a constante exposição dos ACS às realidades das famílias afetaria sua qualidade de vida ou se sua qualidade de vida afetaria o trabalho por eles desenvolvido.

Deste modo este estudo tem como objetivo investigar a percepção de agentes comunitários de saúde sobre sua qualidade de vida e as atividades laborativas por elas desenvolvidas.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa de caráter exploratório, desenvolvida com metodologia quali-quantitativa. Foram convidadas para participar Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) vinculadas à duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em funcionamento em um município de médio porte do Estado de Minas Gerais, localizadas em um mesmo distrito sanitário. Foram critérios de inclusão: atuar há pelo menos três meses como ACS e ter interesse em participar do estudo.

Agendou-se um encontro em cada unidade de saúde para apresentar o estudo e organizar a data para coleta de dados, a qual foi dividida em duas fases. A Fase 1 ocorreu nas unidades de saúde no dia em que havia reunião de equipe, antes do início desta. Foram convidadas todas as agentes comunitárias de cada equipe, e apenas uma não participou, declarando não ter interesse (unidade 1).

Neste momento ocorreu a aplicação coletiva de: (a) um questionário sobre aspectos sociodemográficos das participantes (como gênero, idade, se possui filhos); (b) um questionário sobre as atividades realizadas no cotidiano como ACS (atividades desenvolvidas, percepção sobre o trabalho realizado e sobre a função de ACS); (c) o instrumento sobre qualidade de vida "WHOQOL-bref", da Organização Mundial de Saúde, cuja versão abreviada em português foi estudada no Brasil¹¹, composto por 26 questões que investigam a qualidade de vida nos quatro domínios: físico (dor, fadiga, sono, capacidade para o trabalho), psicológico (memória, concentração, autoestima, imagem corporal, espiritualidade e outros), relações sociais (relações pessoais, apoio social, atividade sexual) e meio ambiente (segurança física, recursos financeiros, ambiente no lar, cuidados de saúde, lazer, poluição, transporte, clima). Após aplicação dos instrumentos as ACS interessadas na entrevista deixaram telefone de contato para agendamento em dia e horário de preferência.

Na Fase 2 ocorreram as entrevistas individuais audiogravadas em aparelho digital, mediante roteiro semi-estruturado que investigou a compreensão sobre o trabalho do ACS; atividades desenvolvidas diariamente; construção da relação/vínculo com os usuários; percepção sobre relação entre seu trabalho e qualidade de vida; identificação de situações críticas acompanhadas pelo ACS e que possam gerar sofrimento psíquico. A entrevista ocorreu

no dia e horário combinado com cada participante, sempre ao final do expediente, para realizar as entrevistas, em sala reservada, em dia e horário indicados pelas depoentes. As entrevistas duraram em média 18 minutos e foram transcritas na íntegra. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018.

Esta pesquisa respeita a Resolução 466/2012 do CNS e utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer 2.096.04 – CAAE: 67275917.7.0000.5152). Todas as participantes foram devidamente esclarecidas sobre sua livre participação e garantia de anonimato. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em duas vias) teve início a coleta de dados. Para resguardar as participantes optou-se por não divulgar o nome do município em que a pesquisa foi efetuada e foram adotados números para designar cada unidade.

As respostas ao questionário e ao instrumento de avaliação sobre a qualidade de vida foram digitadas em planilha Excel por uma pesquisadora e conferidas pela segunda pesquisadora, para eliminar erro nesta etapa. A correção do instrumento WHOQOL-bref foi realizada a partir do modelo disponibilizado on-line¹² em planilha Excel. O questionário com as atividades desenvolvidas pelas ACS foi analisado com apoio de planilha Excel e estatística descritiva.

As entrevistas transcritas literalmente foram analisadas com inspiração na análise de conteúdo temático de Bardin¹³. Em momento seguinte, se fez a leitura na íntegra do material para identificação de temas e em seguida esses temas foram agrupados em função dos sentidos apresentados. Os trechos destacados foram novamente lidos pelas pesquisadoras, de modo independente para o refinamento do agrupamento dos temas, e novamente discutidos, até atingir consenso.

RESULTADOS

As participantes eram 13 mulheres entre 24 e 58 anos de idade e o tempo de atuação profissional como ACS variou de 1 a 5 anos na rede municipal (Tabela 1) cujas atividades são descritas na Tabela 2.

Tabela 1. Participantes por unidade de saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017/2018.

Caracterização das Participantes	Unidade 1	Unidade 2
Idade	22-58 anos (média=34,28)	36-58 anos (média=51,4) Não informado 1
Gênero Feminino	7 (100%)	6 (100%)
Estado civil		
Com companheiro	3	1
Sem companheiro (Solteira/Separada/Viúva)	3	2
	1	2
Não informado	0	1
Número de filhos		
Nenhum	2	1
Um	3	2
Dois	2	2
Não informado	0	1
Religião		
Católica	3	2
Evangélica	2	3
Cristã	1	0
Judia	0	1
Não informado	1	0
Renda familiar		
Até R\$ 1500,00	3	2
R\$ 2000 a 3000,00	2	0
Acima de R\$ 10.000,00	0	1
Não informado	2	3
Tempo de atuação na unidade (anos)		
1 a 2	1	1
2 a 3	6	1
3 a 4	0	3
4 a 5	0	1

Tabela 2. Atividades realizadas pelas ACS. Minas Gerais, Brasil, 2017/2018.

Atividades realizadas pelos ACS	Unidade 1		Unidade 2	
	N	(%)	N	(%)
(1) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias	7	(100)	6	(100)
(2) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral	7	(100)	6	(100)
(3) Atividades de capacitação continuada sobre temas relacionados às práticas de cuidados exercidas pela equipe	6	(85)	4	(66,66)
(4) Visita domiciliar	7	(100)	6	(100)
(5) Reunião de equipe	7	(100)	3	(50)
(6) Atualização do cadastro	7	(100)	6	(100)
(7) Identificação das famílias de risco	7	(100)	5	(83,33)
(8) Busca ativa de grupos prioritários	7	(100)	6	(100)
(9) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	7	(100)	6	(100)
(10) Acompanhamento a gestantes	7	(100)	6	(100)
(11) Prevenção de DST/Aids	7	(100)	6	(100)
(12) Prevenção da dengue	7	(100)	6	(100)
(13) Informação sobre imunização infantil	6	(85)	6	(100)
(14) Informação sobre reidratação oral (soro caseiro)	6	(85)	2	(33,33)
(15) Incentivo ao aleitamento materno	7	(100)	6	(100)
(16) Informação sobre planejamento familiar	7	(100)	4	(66,66)
(17) Informação sobre alimentação saudável	7	(100)	5	(83,33)
(18) Prevenção do câncer de colo de útero	7	(100)	5	(83,33)
(19) Controle de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase	6	(85)	5	(83,33)
(20) Cuidado de idosos	6	(85)	6	(100)
(21) Acompanhamento a enfermeiros e médicos nas visitas domiciliares	7	(100)	6	(100)
(22) Agendamentos e encaminhamentos necessários	6	(85)	6	(100)
(23) Levantamento dos problemas de saúde da população de sua microárea	7	(100)	6	(100)
(24) Preenchimento dos formulários de informações para o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)	4	(57)	4	(66,66)
(25) Reuniões com a coordenação/supervisão	6	(85)	4	(66,66)
(26) Utilização de mapa inteligente da área de atuação no qual estão discriminadas as microáreas de responsabilidade dos ACS	7	(100)	4	(66,66)
(27) Realização de diagnóstico da situação de saúde da população identificando os problemas mais frequentes	6	(85)	4	(66,66)

A Qualidade de Vida (Tabela 3) das participantes da Unidade 1 teve maior pontuação no domínio físico, seguido de forma muito próxima pelo domínio psicológico, e depois pelos domínios de relações sociais e meio ambiente. O domínio físico, de acordo com o instrumento utilizado, avalia os aspectos referentes a: Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Mobilidade; Atividades da vida cotidiana; Dependência de medicação ou de tratamentos; Capacidade de trabalho.

Já o domínio psicológico envolve Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos; Espiritualidade/religião/crenças pessoais. Deste modo, os aspectos menos bem avaliados quanto à qualidade de vida foram as *Relações sociais* (Relações pessoais; Suporte/Apoio social; Atividade sexual) e o *Meio ambiente* (Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos

financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Participação em/e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico como poluição/ruído/trânsito/clima; Transporte). Entre as participantes da Unidade 2 o domínio em que há uma maior qualidade de vida é o domínio psicológico, seguido pelo domínio físico, relações sociais e meio ambiente (Tabela 3).

Tabela 3. Qualidade de vida de ACS por Unidade de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017/2018.

Domínio	Unidade 1			Unidade 2		
	Média	Mínimo máximo	- Desvio Padrão	Média	Mínimo máximo	- Desvio Padrão
Físico	13,96	11,43-16,00	1,61	12,67	11,43-14,29	0,98
Psicológico	13,43	10,67-16,00	1,70	13,00	10,00-16,00	2,14
Relações Sociais	11,24	9,33- 14,67	1,86	12,44	8,00-16,00	2,88
Meio Ambiente	11,36	7,5- 13,50	1,99	11,25	9,50-14,50	1,89
Autoavaliação QV	15,43	14,00- 18,00	1,51	12,00	10,00-18,00	3,35
TOTAL	12,84	10,46 - 13,85	1,11	12,23	11,08-14,31	1,32

A partir das análises dos relatos emergiram duas categorias: *Atividades desenvolvidas e sua relação com a qualidade de vida* e *Sofrimento psíquico causado pelo trabalho e sua relação com a qualidade de vida*.

Atividades desenvolvidas e sua relação com a qualidade de vida

Nesta categoria foram agrupadas as falas que apontam a repercussão das atividades laborativas na qualidade de vida das ACS. As principais características que as entrevistadas destacaram sobre a função de ACS foram ajudar, orientar e auxiliar os usuários do serviço. Ao realizar as atribuições como ACS, as entrevistadas sentiam-se úteis:

Eu gosto de ajudar, eu gosto assim, de me sentir útil, e nesse serviço eu me sinto útil, eu sinto que eu posso fazer alguma coisa por outra pessoa. (E2U1)

A marcação de consultas e entrega de exames são ações muito comuns no cotidiano de trabalho das entrevistadas, quando percebem a necessidade de dar suporte a usuários idosos ou com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde. O reconhecimento por parte dos usuários faz com que sintam-se valorizadas e reconhecidas:

Às vezes idosos, eu marco a consulta, levo para a pessoa, eu pego o exame aqui e levo, quando fica pronto eu levo, para aqueles que são idosos, que eu vejo que precisam, eu tendo assim, eu faço [...]mas quando é uma idosa, uma pessoa que precisa, aí sim, eu marco, eu levo, eu ligo, o que a gente faz é assim. (E4U1)

As visitas domiciliares se mostraram uma importante ferramenta para as profissionais se relacionarem com os usuários das suas micro-áreas, pois a interação permite criação de vínculo com os usuários:

[...] em muitas casas são assim, tem uma casa que eu vou, que tem uma senhora de oitenta e nove anos [...], a visita dela tem que ser a última, porque se eu chegar na casa dela eu não faço mais nenhuma visita na parte da manhã, você chega lá, tem bolo, tem café, não, você tem que ver como que é na casa dela, tem umas visitas que é muito bom. (E5U1)

A valorização de si pelo cuidado exercido e a possibilidade de estreitar vínculos são componentes da qualidade de vida em seu aspecto psicológico e estão presentes das falas das entrevistadas quando relatam as ações sob suas responsabilidades na função de ACS. O trabalho das ACS, ao permitir que conheçam melhor os usuários, ampliam os laços entre as profissionais e os usuários, o que viabiliza o desenvolvimento de novas habilidades e novos conhecimentos, obtidos a partir da troca com o outro, o que inclui maior conhecimento da própria agente sobre si:

Eu gosto bastante de lidar com as pessoas, de conversar, de ter aquele contato né, porque tanto é bom para a gente, como é para a pessoa né, que a gente aprende e ensina também, é muito bom, muito gratificante [...] Ah, eu acho uma troca de conhecimento né, é muito bom, é muito gratificante. (E5U2)

[...] porque eu era muito fechada, eu não conversava com ninguém, aí eu expressava tudo o que eu sentia em desenho ou em coisas de artes, assim relacionado a artes, aí depois que eu fui me soltando, aí com o serviço de agente comunitário assim, é igual eu comentei antes me acrescentou muito mais com pessoa..., me fez eu me tornar até uma pessoa melhor. (E6U2)

A criação de vínculos com a população mostrou-se bastante presente nos discursos das ACS entrevistadas. A proximidade criada entre profissional e usuário permite identificar problemas que não seriam levados espontaneamente ao serviço de saúde:

[...] *na casa do paciente, a gente vê a realidade ali, né, como que as pessoas vivem..., e a gente repassa tudo isso aqui [...].* (E5U2)

Por meio do estabelecimento de vínculos, as ACS sentem-se percebidas, valorizadas e entendem que a sua função é de suma importância para o funcionamento da rede de cuidado:

Ficam gratos, principalmente quando a gente consegue ajuda-los, a gente vê que o amor que eles sentem pela a gente não é uma coisa falsa, não é coisa de interesse, é que realmente eles lutaram muito para tentar conseguir e não estavam conseguindo, e através da gente eles chegaram onde precisavam. (E2U2)

Porque pensa comigo, se não tem o agente comunitário, que não entra na casa, que não conhece a vida do paciente, não conversa com o paciente, como que iria funcionar? O paciente ia chegar e sentar na frente do médico e ia falar ah, eu estou com isso, isso, isso e isso e aí? Agora não, a gente, com a gente tem esse vínculo, essa proximidade com o paciente, a gente já pode chegar no médico, já adiantar uma coisa para o médico [...] (E6U2).

Sofrimento psíquico causado pelo trabalho e sua relação com a qualidade de vida

Nessa categoria foram agrupados os relatos das ACS sobre sua atuação que se apresentaram relacionados a sofrimentos de ordem psíquica. Ao contrário da categoria anterior, onde a valorização da ACS era evidenciada, os relatos desta segunda categoria destacam que o dia a dia de cuidado das ACS é envolvido por situações que geram sofrimento, com os quais as entrevistadas muitas vezes não sabem lidar.

As participantes relataram que a população tem dificuldades de separar os momentos em que as mesmas estão a serviço da unidade de saúde, e os momentos que elas estão fora do horário de trabalho, já que residem no mesmo bairro em que atuam. Por vezes, ser ACS do bairro em que residem implica em atender, ouvir e acolher os pacientes aos finais de semana, fora do horário de serviço, e até mesmo nas suas residências, quando são procuradas pela população local diretamente ou por telefone. Essas situações geraram sofrimento nessas profissionais visto que permanecem conectadas ao trabalho o tempo todo, não conseguindo desfrutar dos momentos de folga e lazer de maneira tranquila, fato que impacta negativamente na qualidade de vida das mesmas:

É complicado. Você sabe por quê? [...] você não tem final de semana não, viu?! Você saiu na rua, está no mercado, está na fila, está no ônibus, ou deixa eu te perguntar do postinho então o seu tempo, se você não der um stop, você vive postinho trinta dias por mês, porque no final de semana o paciente te vê na porta de casa, ou tenho uma coisa para te perguntar [...] é cansativo, você não desliga no final de semana, daquilo que você faz durante a semana. (E2U2)

É difícil, porque tem gente que vai na sua casa sábado, vai domingo, é no supermercado que você entra, é no final de semana que você vai na feira e se você está lá no centro ou se você pega o ônibus, você não tem paz mais, acabou. Aí vai falar para os pacientes, eles acham ruim, que tipo assim, como é que você faz? Não adianta, não tem separação, eles acham que é como um dia normal, não tem descanso. (E1U1)

Como o contato das ACS é mais frequente do que outros profissionais, como médico e enfermeiro, elas acabam se envolvendo de forma intensa com determinados casos e sendo mais afetadas com as questões dos usuários. São as ACS que ouvem e veem os problemas, as aflições e as dificuldades dos usuários e sofrem continuamente por conta disso, visto que não possuem uma formação que lhes permita dar acolhida a esse sofrimento e dentro das ações cabíveis aos ACS revelam que pouco podem fazer para mudar o cenário. Ouvir os relatos e não poder fazer cessar esse sofrimento identificado nos usuários/pacientes não permite que se deliguem do trabalho. Sentem-se o tempo todo incapazes de ajudar os usuários em tudo que eles necessitam, o que afeta sua qualidade de vida:

Tem dia que a gente fica muito cansada, porque a gente acaba sofrendo um pouco pelos problemas dos nossos pacientes, por mais que a gente não queria se envolver emocionalmente, sabe? (E2U2).

Ah, tem hora que eu surto, [...] tem hora que eu falo muito para o meu marido, eu me cobro muito, então, seu eu não posso, se eu ajudar, eu fico doente, então eu acabo... tem hora que me deixando para o lado [...](E2U1).

Somadas a essas questões, as ACS ainda revelaram conviver com a sensação de inutilidade e frustração diariamente, uma vez que, muitas vezes recebem solicitações dos pacientes as quais, não conseguem atender, na maioria das vezes, por necessitarem de

intervenções que vão além do que pode ser realizado pela função delas. Expostas a isso, mais uma vez, as profissionais são afetadas e acabam sofrendo por situações geradas no trabalho:

Tem aquelas coisas que a gente consegue resolver e aquilo que a gente não consegue resolver, então, cada dia a gente tem aquela satisfação de ajudar, mas também tem a sensação de derrota por não ter conseguido ajudar (E2U1).

[...] não é papel meu, mas a gente vai lá, a gente vai sofrendo junto com eles, vai sabendo que eles estão precisando e a gente não pode fazer nada [...] (E3U1).

Segundo as ACS, o excesso de trabalho e as respectivas cobranças pela realização do mesmo, no menor tempo possível, marcam seu dia-a-dia. Elas se deparam com uma rotina extensa de atividades a serem feitas, como visitas domiciliares, preenchimento de fichas e algumas capacitações. Toda essa situação acaba gerando uma tensão nas profissionais, que mais uma vez sentem-se cobradas e desemparradas, afetando diretamente de maneira negativa na qualidade de vida:

Ó, eu já fiquei muito mais estressada, hoje assim, eu fico cansada, mais cansada, mas eu já fiquei muito mais estressada, eu já peguei afastamento [...] então eu já fiquei afastada por um tempo [...] hoje eu fico cansada mais mentalmente, estressada, essas coisas [...]. (E3U1)

[...] você está fazendo uma coisa, você tem que largar aquela, para começar outra, você não volta, e se você volta gente já até te desmotivou sobre o por que voltar. Então estão delegando muitas coisas para a gente estar fazendo e eu não vejo nada sendo concluído. (E2U2)

Poucos meses antes das entrevistas, as ACS passaram a agregar a função de controle de zoonoses, antes responsabilidade dos agentes ligados a outro departamento da Secretaria Municipal de Saúde, fato que também gerou sofrimento para as profissionais. O resultado foi avaliado como maior quantidade de afazeres e decorrentes cobranças sobre a realização dos mesmos:

Ah, minha filha, aí é complicado! Deixa eu te falar porquê, porque hoje o ACS não desempenha só a função de ACS, ela também está fazendo a zoonoses. E aí, o que é que acontece, acaba que complica pelo seguinte fato: ficou muita função delegada a nós. Sobrecarrega. (E2U2)

Ficou muito puxado para a gente [por causa do controle da dengue], porque o quê que acontece, agora não dá para você ir na casa de um paciente que precisa de você mais vezes, sendo que você tem o controle da zoonose. Hoje você entra em uma casa, você demora muito mais, que ali você olha quintal. (E1U2)

Apesar de desempenharem um papel que é de suma importância para o funcionamento da rede de saúde, as profissionais sentem falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, fato que gera sofrimento nas entrevistadas. Dessa forma, o cenário atual em que esses profissionais se encontram afeta diretamente de forma negativa na percepção da importância deles e do seu trabalho para os usuários e para o serviço de saúde:

Não sei, antes de ter agente de saúde aqui, o pessoal vivia também, normal, não sei nem se tem tanta necessidade, de ter (E4U1).

Que falta reconhecimento da profissão da gente, sabe?! Eu acho. Falta muito ainda, a gente faz, a gente tem um papel importante na vida do indivíduo, da família, da pessoa que você visita e não tem muito reconhecimento profissional. É isso que eu acho. (E6U1)

O trabalho de ACS requer um significativo esforço físico do profissional, já que é necessário que o mesmo ande a pé em grande parte do horário de trabalho, estando exposto a sol ou chuvas diariamente, tendo que lidar com o excessivo calor ou, mais raramente no município em questão, o frio. Atrelado a isso, essas profissionais se deparam com um excesso de cansaço físico, ocasionado pelo trabalho, situação que interfere diretamente na qualidade de vida das participantes:

A gente às vezes fica muito exposta a riscos, anda muito, doem os pés, doem as pernas (E6U1).

O que é ruim é só quando o sol está quente. É estressante, cansativo, aqueles dias de calor, aí você passa assim naquele sol quente (E4U1).

Os dados quantitativos que incorporam o domínio físico da qualidade de vida vão na contramão do que é relatado por elas nas entrevistas, uma vez que os números referentes aos domínios físicos são altos, se comparados a outros domínios, entretanto é notório na fala das agentes, o quanto o desgaste físico causado pelo trabalho as prejudica.

Além de todo o desgaste causado pelo trabalho, as ACS ainda se deparam com outros obstáculos que aparecem durante a sua atuação. Um deles é o fato de muitos usuários não

quererem recebê-las nas suas residências mesmo estado em casa, por possuírem planos de saúde ou por preferirem ser atendidos em outras unidades:

Porque as pessoas têm uma certa resistência de receber a gente nas casas. (E6U2)

Outro obstáculo é o fato de muitos usuários não estarem em casa quando as mesmas tentam realizar as visitas domiciliares, o que gera muitas vezes a sensação do trabalho ser em vão e afeta diretamente no cumprimento das suas “metas” (número preestabelecido de casas/famílias a serem visitadas em um dia), e conseqüentemente na percepção que essas profissionais captam do seu trabalho realizado, reforçando mais uma vez o sentimento de frustração e falta de reconhecimento:

Igual ontem mesmo eu fiz, fiz uma rua ali, a rua tem, quer ver? Tem, tem mais ou menos umas dez casas, de dez eu devo ter feito duas, duas, três, no máximo. (E4U1)

DISCUSSÃO

Todas as participantes deste estudo, nas duas unidades pesquisadas, eram mulheres, o que corrobora com outros estudos e aponta a crescente feminização verificada no campo da saúde no Brasil. A idade média das profissionais que participaram da pesquisa também assemelha-se aos achados de outras pesquisas¹⁴⁻¹⁶. Diferentemente do que foi encontrado em outros dois estudos^{5,16}, nos quais a maioria das ACS eram casadas, aqui a maioria das ACS se declarou sem companheiro(a). A alta rotatividade, apontada em uma pesquisa em que as ACS encontravam-se aproximadamente por cerca de dois anos e meio na função¹⁵, é concordante neste estudo.

A efetuação e atualização de cadastros das famílias das suas micro-áreas, detecção de situações de risco, oferecer orientação sobre os serviços oferecidos pela rede, agendar consultas e entregar exames, realizar visitas domiciliares, informar aos demais componentes da equipe sobre as condições das famílias da área de abrangência e promover ações de promoção de saúde e prevenção de agravos foram ações realizadas pelas entrevistadas, em diálogo com o que é sinalizado pelo Ministério da Saúde e outras pesquisas¹⁷⁻²⁰.

Outros estudos^{4,6,18,19} destacaram, da mesma forma como identificado no presente estudo, que o ACS é aquele que presta serviços à comunidade com o intuito de ajudá-la nos limites da sua prática, sendo visto como alguém que assiste a comunidade, na medida em que consegue oferecer recursos que promovam a melhoria dos seus respectivos estados, ao mesmo tempo em que busca orientá-la para que alcancem uma melhoria da qualidade de vida.

A escuta dos usuários é feita pelas ACS entrevistadas, tendo em vista a proximidade com essas pessoas ficando então responsável por ouvir queixas dos pacientes com o intuito de levá-las até a equipe de saúde para que seja realizada uma avaliação das questões dos usuários⁶. Muitas vezes essa escuta ocorre ao longo das visitas domiciliares, uma das principais atividades desenvolvidas pelas ACS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica²⁰.

As tarefas de caráter administrativo também compõem o cotidiano (preenchimento dos formulários de informações para o Sistema de Informação da Atenção Básica [SIAB], realização e atualização de cadastros dos sujeitos que residem nas suas microáreas) e constituem¹⁴ como a segunda tarefa realizada mais frequentemente pelos ACS, sendo mais citadas, as atividades de cunho assistencial. Nesta pesquisa, todas as treze pesquisadas alegaram realizar a atualização dos cadastros, dado que vai de encontro com o que é apresentado em outro trabalho¹⁴.

Foi assinalado diversas situações e características do trabalho que levam ao sofrimento psíquico. As ACS perceberam muitas dificuldades para encontrar respostas ágeis e pontuais para as situações das famílias que encaminham para os outros profissionais e também para os outros serviços da rede, o que gerava grande desestímulo para o desempenho das suas funções, visto que em muitas delas, elas acabam barradas por outras instâncias e pouco podem fazer para modificar essa realidade, como corroborado por outra pesquisa²¹.

O fato de morar no mesmo local em que trabalhavam pode ser tomado como um indicador de sofrimento para as entrevistadas²². Devido ao envolvimento pessoal com os usuários, as ACS sentiam dificuldades em separar o profissional do particular. Essa identificação entre ACS e comunidade faz com que a profissional seja extremamente observada, causando as mais diversas impressões e opiniões, algo que deve ser considerado como uma importante variável do sucesso do seu trabalho.

Além disso, a vida pessoal da ACS continua naquele mesmo local após o horário do expediente, e a separação entre morador e profissional da unidade de saúde se perde em meio a isso, ultrapassando as atribuições que lhe competem, já que o mesmo é obrigado a lidar com os usuários e suas questões, em finais de semanas, férias, e feriados, o que também foi observado em outras pesquisas^{6,23}.

As entrevistadas relataram também que percebem e afetam-se diariamente com as mais diversas formas de sofrimento dos usuários. Isso leva, segundo os depoimentos, ao desenvolvimento de alguns sintomas de estresse pelas ACS, mais significativos do que o restante da equipe, visto que são elas que possuem o maior vínculo com a comunidade e não recebem formação adequada e suporte da equipe multiprofissional para enfrentar e debater as dificuldades percebidas na relação com os usuários. Sendo assim, prevalece nestas profissionais o sentimento de impotência e culpa em relação aos problemas sofridos pelas famílias, como também assinalado por outros trabalhos^{22,23}. Os ACS são os profissionais da rede primária de saúde que estão mais propícios e vulneráveis a apresentar manifestações de estresse, devido à sua extrema aproximação com a população atendida e conseqüentemente com a criação do vínculo com os sujeitos que residem na comunidade^{4,15}.

A Atenção Primária é um campo vasto de atuação no setor saúde e requer para além da equipe mínima da saúde da família, o respaldo dos chamados NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família), formados por especialistas em diferentes áreas que se encarregam tanto do desenvolvimento de ações de cuidado para a população atendida, quanto da formação dos profissionais da equipe mínima para lidar com problemas detectados na comunidade, desenvolvendo educação permanente junto às unidades de saúde da família²³. Os diversos relatos das ACS entrevistadas neste estudo apontam para a sensação de impotência e isolamento para os quais um trabalho fortalecido por discussões de caso, planejamento de ações para atender à demanda comunitária e articulação com outros pontos de cuidado a ser feito pelo NASF-AB poderia reduzir o sofrimento destas agentes por ampliar a oferta de ações.

A sobrecarga de trabalho, a exposição à luz solar e ao calor exacerbado são responsáveis por dificultar o trabalho das ACS²⁴, destacando-se como grande causador de sofrimento e responsável por interferir na qualidade de vida das entrevistadas. Esses fatores interferem na operacionalização do trabalho em diferentes dimensões e limitam as ações dos profissionais na efetivação da integralidade do cuidado, causando grande preocupação, devido à possibilidade de conseqüências negativas para elas próprias.

Outro trabalho⁶ chama a atenção para os fatores que geram sofrimento e adoecimento e que não são perceptíveis em um primeiro momento, uma vez que estão entrelaçados a alguns valores e crenças que são aceitos e normalizados pela sociedade. Os riscos a que os ACS são expostos todos os dias podem causar efeitos a longo prazo, ainda que imediatamente não sejam perceptíveis⁶.

Pode-se entender como fatores de risco o contato direto com os usuários, estando expostos à situação de sofrimentos de diversas ordens diariamente, morar no mesmo local em que atua, falta de valorização do trabalho. O domínio psicológico presente na escala de qualidade de vida obteve o maior escore na Unidade 01, e está entre os escores mais altos na Unidade 02. Esse fato chama atenção, visto que a análise qualitativa dos discursos das entrevistas mostraram que havia um alto nível de sofrimento causado pelas situações que às quais as ACS são expostas pelo trabalho, assim como em outro estudo⁶. As profissionais possuem dificuldades em perceber o desgaste causado pelo trabalho.

Percebeu-se neste estudo, em concordância com outros^{24,25}, que a sobrecarga de tarefas e a desvalorização do trabalho do ACS provocam desmotivação em relação ao trabalho exercido e o consequente sentimento de desvalorização, fatos que influenciam na satisfação do profissional e contribuem de forma negativa para a imersão do profissional em sofrimento e possibilidade de adoecimento. Os achados desta pesquisa corroboram com investigação⁶ quanto à existência de sofrimento psíquico com o qual se depara o ACS ao perceber-se como um impulsionador de mudanças para as quais não possui os instrumentos, conhecimentos e atributos necessários para propulsar.

Assim, atuar no espaço em que reside o coloca em uma posição dividida entre o que realmente pode ser feito a partir das suas ações e o que é necessário ser realizado, gerando no mesmo o sentimento de impotência e incapacidade, já que as necessidades da comunidade ultrapassam o que pode ser efetuado por esses profissionais.

Em relação aos dados que representam os domínios da qualidade de vida, percebeu-se neste estudo que o domínio meio ambiente obteve o menor escore em uma unidade e o segundo menor escore na outra unidade de saúde. O meio ambiente, na escala empregada, representa segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em/e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico¹¹.

Esses achados vão de encontro aos dados identificados em outro trabalho¹⁵, na qual os menores valores entre os domínios foram representados pelo meio ambiente. Isso aponta uma fragilidade das participantes da pesquisa para o exercício de suas atividades na unidade de saúde.

Diferentemente de estudos^{11,25}, o domínio que representa as relações sociais (suporte/apoio social, atividade sexual), nesta pesquisa não obteve o maior escore em nenhuma das unidades, alcançando inclusive o menor valor entre os domínios na unidade 01. As razões pelos quais o valor desse domínio obteve escores tão baixos podem estar relacionadas ao discurso das agentes, que queixam-se de desvalorização, falta de reconhecimento e apoio no trabalho.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou a percepção de agentes comunitárias de saúde sobre sua qualidade de vida e as atividades laborativas por elas desenvolvidas. Residir no mesmo bairro em que atuam como profissionais do campo da saúde pode aproximá-las do território e da comunidade a qual atendem, mas geram sofrimento pelo fácil acesso, apagando o limite entre trabalho e vida privada, interrompendo momentos de descanso e lazer.

A escuta realizada ao longo das visitas domiciliares gera sofrimento, pois elas não possuem ferramentas para agir, encontrando formas de proporcionar acolhimento e cuidado aos usuários. O suporte de equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na análise das demandas e oferta de cuidado pode aliviar o sofrimento, diminuindo também a percepção de que são impotentes.

Como limites deste estudo, destaca-se o número reduzido de participantes, o acesso a apenas duas unidades de saúde da família e o fato de ambas se localizarem no mesmo distrito sanitário de um município de médio porte, razões que dificultam a generalização dos resultados. Sugere-se assim, estudos que investiguem em outras localidades a qualidade de vida dessas profissionais e a existência de suporte ao trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DC, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Cont Enferm*. [Internet]. 2014 [citado em 24 abr 2020]; 23(3):626-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>

2. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [citado em 24 abr 2020]; 21(5):1637-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>
3. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MC. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado em 24 abr 2020]; 18(5):1375-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/23.pdf>
4. Speroni KS, Fruet IMA, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Rev Cuid. (Bucaramanga)* [Internet]. 2016 [citado em 24 abr 2020]; 7(2):1325-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>
5. Nascimento VF, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC, Cabral JF, Gleriano JS, et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2017 [citado em 24 abr 2020]; 43(1):60-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583423119>
6. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [citado em 24 abr 2020]; 21(8):2537-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>
7. Paula IT, Marcacine PR, Castro SS, Walsh IAP. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saúde Soc.* [Internet]. 2015 [citado em 24 abr 2020]; 24(1):152-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100012>
8. WHOQOL Group. What quality of life? World Health Forum [Internet]. 1996 [citado em 18 jan 2021]; 17:354-6. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/54358/WHF_1996_17%284%29_p354-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado em 24 abr 2020]; 16(4):2115-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400011>
10. Furlan PG. O Agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2010. p. 368-87.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [citado em 24 abr 2020]; 34(2):178-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
12. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOLbref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2010 [citado em 18 jan 2021]; 2(1):31-6. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>
13. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 [citado em 24 abr 2020]; 15(1):283-300. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00039>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v18n1/v18n1a03.pdf>
15. Silva MA, Lampert SS, Bandeira DR, Bosa CA, Barroso SM. Saúde emocional de agentes comunitários: Burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2017

- [citado em 24 abr 2020]; 18(1):20-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v18n1/v18n1a03.pdf>
16. Nogueira FJS, Callou Filho CR, Mesquita CAM, Moura IFA, Souza ED, Bezerra FS. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no município de Fortaleza (CE). *Saúde Pesqui.* [Internet]. 2019 [citado em 24 abr 2020]; 12(1):151-8. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p151-158>
17. Fiocruz (Brasil), Grupo de Pesquisa Cultura e Processos Infocomunicacionais. Almanaque do agente comunitário de saúde. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf
18. Machado LM, Pereira GS, Silva SO, Pieszak GM, Schimith MD, Rodrigues SO. Percepção dos agentes comunitários de saúde em relação à promoção da saúde nas visitas domiciliares. *Enferm Rev.* [Internet]. 2019 [citado em 24 abr 2020]; 22(2):47-55. Disponível em: <http://seer.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20184>
19. Rabelo AOM, Bueno DS, Andrade HS. Análise do trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 24 abr 2020]; 19(1):33-7. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/download/9178/6758>
20. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 18 jan 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
21. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência Saúde* [Internet]. 2008 [citado em 24 abr 2020]; 13(1):259-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/28.pdf>
22. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc.* [Internet]. 2012 [citado em 24 abr 2020]; 21(1):141-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/14.pdf>
23. Gomes LCPC, Moraes AD, Lima IOF, Rolim GKL, Caldas SP, Cunha LMR. Capacitação para agentes comunitários de saúde: contribuições do PETSaúde/GraduaSUS de enfermagem. *Rev Bras Educ Saúde* [Internet]. 2019 [citado em 24 abr 2020]; 9(1):14-8. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6173>
24. Santos AC, Hoppe AS, Krug SBF. Agente comunitário de saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador *Physis* [Internet]. 2018 [citado em 24 abr 2020]; 28(4):e280403. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280403>
25. Pereira AMP, Jucá AL, Lima IA, Facundes VLD, Falcão IV. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup.* [Internet]. 2018 [citado em 24 abr 2020]; 26(4):784-96. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoA01254>

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Bárbara Aline Bezerra de Miranda participou da coleta, análise e interpretação dos dados e redação. **Renata Fabiana Pegoraro** contribuiu na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Miranda BAB, Pegoraro RF. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde. REFACS [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(Supl. 1):202-215. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

MIRANDA, B. A. B. de; PEGORARO, R. F. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, p. 202-215, 2021. Supl. 1. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Miranda, B.A.B., & Pegoraro, R.F. (2021). Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde. REFACS, 9(Supl. 1), 202-215. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

