

Calidad de vida y sufrimiento psíquico en agentes comunitarias de salud*
Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde
Quality of life and psychological distress in community health workers

Recibido: 27/04/2020
Aprobado: 01/12/2020
Publicado: 19/02/2021

Bárbara Aline Bezerra de Miranda¹
Renata Fabiana Pegoraro²

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.

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

O objetivo desta pesquisa foi investigar a percepção de agentes comunitárias de saúde sobre sua qualidade 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.

Descriptor: 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.

* Estudio apoyado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) en la modalidad Beca de Iniciación Científica.
1. Psicóloga. Especialista en Psicología Hospitalaria y de Salud. Estudiante de Maestría en Psicología por la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8508-4826 E-mail: barbara.miranda07@hotmail.com
2. Psicóloga. Especialista en Salud Colectiva. Maestra y Doctora en Psicología. Profesora Adjunta del Instituto de Psicología de la Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6052-5763 E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

Los agentes comunitarios de salud (ACS) son los profesionales del equipo de salud familiar que actúan como “puente” entre la unidad de salud y la población que vive en el territorio. Cada día, los ACS realizan visitas a domicilio para el seguimiento longitudinal de las familias, desarrollan actividades educativas, registran e identifican las demandas de cuidados en salud.

Al regresar a la unidad, el ACS informa de lo que ha encontrado durante las visitas al enfermero responsable y los casos deben ser discutidos en equipo para la construcción de los cuidados. El ACS sería responsable de un “toque de extrañeza”¹ que toma de algunos equipos un enfoque más biológico de la acción, ampliando el espectro de las necesidades de salud de la población, y llevando la discusión de la salud a partir de la noción de los determinantes sociales, es decir, la mirada no dirigida al paciente y la enfermedad, sino a la persona en su conjunto, con la recuperación de los datos sobre la historia familiar y su condición de vida. La sensibilidad del ACS a los aspectos no biológicos y su proximidad a las familias -considerando que también reside en el barrio donde actúa- puede ser de gran valor para la construcción de proyectos terapéuticos verdaderamente singulares en el trabajo de los equipos de salud^{2,3}.

Sin embargo, el doble papel que desempeña el ACS - formar parte del equipo de salud y vivir en el área del servicio - puede generar situaciones de estrés y sufrimiento para estos profesionales². La rutina de los ACS puede generar un alto nivel de estrés debido a la gran exigencia en el trabajo, ya que se le encarga constantemente la realización de numerosas tareas y la consecución de objetivos de productividad, lo que se suma a la escasez de recursos para llevar a cabo su trabajo, a las situaciones de gran pobreza y a las enfermedades a diversos niveles con las que tiene contacto durante sus visitas⁴.

Los ACS pueden dar largas caminadas en su jornada diaria, llevar mochilas con material de trabajo como tarjetas y portapapeles, sentarse en posiciones inadecuadas durante su estancia en casa, lo que trae, incluso, riesgos ergonómicos en el trabajo⁵. El trabajo de los ACS también se ve comprometido por salarios inadecuados, una población resistente a la orientación que reciben y la falta de límites entre el lugar de trabajo y el de residencia, lo que provoca una gran sobrecarga mental y física debido a la ausencia de separación entre la vida personal y el trabajo⁶.

La presencia de síntomas osteomoleculares (dolor en el cuello, los hombros; las muñecas; la parte inferior de la espalda) y los indicadores negativos para la salud mental y los aspectos emocionales relacionados con la calidad de vida de los agentes comunitarios de salud⁷ pueden implicar la necesidad de autocuidado de la salud. Los sentimientos de baja autoestima, la tensión y los problemas de imagen corporal contribuyen a una apreciación negativa de la propia salud³.

Además, el hecho de ejercer un trabajo muy exigente y tener poco apoyo social puede contribuir al establecimiento de un deterioro en las relaciones personales y profesionales de quienes desempeñan la función de ACS³. Así, se puede decir que el sufrimiento se establece cuando el profesional descubre que aunque se considera un agente de transformación, no posee las herramientas necesarias, los conocimientos y tampoco toda la propiedad de cambio que la teoría aporta respecto a su rol. Así, su actuación le sitúa en una posición delicada en la que ve la realidad del lugar en el que vive y lo que realmente se puede hacer para mejorar la situación⁴.

La calidad de vida que tienen estos profesionales influye directamente en la calidad de la atención que prestan³. Según la Organización Mundial de la Salud⁸, la calidad de vida (CV) se refiere a la percepción que tiene una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que está inserta y en relación con sus objetivos, preocupaciones, expectativas y normas. La CV es un concepto que puede considerarse subjetivo y multidimensional, ya que abarca aspectos de evaluación positivos y negativos, como el dolor, el sueño, la movilidad, la autoestima, el apoyo social, los recursos económicos, la salud personal, las actividades de la vida diaria, la capacidad laboral, entre otros.

Una condición de salud mental en contextos productivos considerada adecuada es dada, entre otros factores, por el bienestar del trabajador, y es el resultado del balance de las expectativas profesionales de este sujeto y sus respectivos logros, que contribuirían a la mejora de su calidad de vida⁹. Para tener esta satisfacción, este sujeto tiene varias condiciones, como empleo, vivienda de calidad, afecto, autoestima y apoyo y reconocimiento social.

Un estudio señaló que la evaluación sobre la CV en su ámbito psicológico (como la baja autoestima y los sentimientos negativos) realizada por los ACS está relacionada con la evaluación negativa sobre el estado de salud³. Estudios señalan que puede haber una idealización sobre el ACS^{1,2,5,6} porque al ser el profesional que reside en la comunidad donde también trabaja sería más fácil establecer vínculos con los usuarios⁶ y realizar intervenciones, si se compara con el resto del equipo. Las dificultades para acceder a las residencias en su área de cobertura⁵ y ser menos valorados en comparación con otros profesionales del equipo⁶ son situaciones señaladas por los ACS. En este contexto, es relevante entender si la exposición constante de los ACS a las realidades familiares afectaría a su calidad de vida o si su calidad de vida afectaría al trabajo desarrollado por ellos.

Así, este estudio pretende investigar la percepción de los agentes comunitarios de salud sobre su calidad de vida y las actividades laborales que desarrollan.

MÉTODO

Esta es una investigación exploratoria, desarrollada con metodología cuali-cuantitativa. Se invitó a participar a Agentes Comunitarias de Salud (ACS) asociadas a dos Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) que operan en un municipio de tamaño medio del Estado de Minas Gerais, situado en el mismo distrito sanitario. Los criterios de inclusión fueron: haber actuado durante al menos tres meses como ACS y estar interesada en participar en el estudio.

Se programó una reunión en cada unidad de salud para presentar el estudio y organizar la fecha de recogida de datos, que se dividió en dos fases. La Fase 1 tuvo lugar en las unidades de salud el día en que se celebró una reunión del equipo antes de comenzar el estudio. Se invitó a todas las agentes comunitarias de cada equipo, y sólo una no participó, declarando no tener interés (unidad 1).

En este momento hubo la aplicación colectiva de: (a) un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos de las participantes (como el género, la edad, si tienen hijos); (b) un cuestionario sobre las actividades realizadas en el cotidiano como ACS (actividades desarrolladas, percepción del trabajo realizado y la función de ACS); (c) la herramienta "WHOQOL-bref" de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida, cuya versión abreviada en portugués fue estudiada en Brasil¹¹, compuesta por 26 preguntas que investigan la calidad de vida en los cuatro dominios: Físico (dolor, fatiga, sueño, capacidad de trabajo), psicológico (memoria, concentración, autoestima, imagen corporal, espiritualidad y otros), relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual) y medio ambiente (seguridad física, recursos financieros, entorno doméstico, atención sanitaria, ocio, polución, transporte, clima). Después de aplicar los instrumentos, las ACS interesadas en la entrevista dejaron un número de teléfono de contacto para programar la hora y el día de preferencia.

En la Fase 2 las entrevistas individuales fueron grabadas en un dispositivo digital, a través de un guion semiestructurado que investigó la comprensión sobre el trabajo del ACS; actividades desarrolladas diariamente; construcción de la relación/vínculo con los usuarios; percepción sobre la relación entre su trabajo y la calidad de vida; identificación de situaciones críticas acompañadas por el ACS y que pueden generar sufrimiento psíquico. La entrevista tuvo lugar el día y la hora acordados con cada participante, siempre al final de la jornada laboral, para realizar las entrevistas, en una sala reservada, el día y la hora indicados por las entrevistadas. Las entrevistas duraron una media de 18 minutos y se transcribieron íntegramente. Los datos se recogieron entre octubre de 2017 y febrero de 2018.

Esta investigación respeta la Resolución 466/2012 de la CNS y utilizó el Término de Consentimiento Libre e Informado en dos vías, habiendo sido aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (Dictamen 2.096.04 - CAAE: 67275917.7.0000.5152). Todas las participantes fueron debidamente aclaradas acerca de su libre participación y de la garantía de anonimato. Tras leer y firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (en dos vías), se inició la recogida de datos. Para proteger a las participantes, se decidió no revelar el nombre del municipio donde se realizó la investigación y se adoptaron números para designar cada unidad.

Las respuestas al cuestionario y al instrumento de evaluación sobre la calidad de vida fueron mecanizadas en una hoja de cálculo Excel por una investigadora y revisadas por la segunda investigadora, para eliminar los errores en esta fase. El instrumento WHOQOL-bref se corrigió utilizando el modelo disponible en línea¹² en una hoja de cálculo de Excel. El cuestionario con las actividades desarrolladas por los ACS se analizó con el apoyo de la hoja de cálculo Excel y de la estadística descriptiva.

Las entrevistas transcritas literalmente se analizaron inspirándose en el análisis de contenido temático de Bardin¹³. En el momento siguiente, se leyó el material en su totalidad para identificar los temas y, a continuación, estos temas se agruparon según las indicaciones presentadas. Las investigadoras volvieron a leer los extractos resaltados, de forma independiente, para perfeccionar la agrupación de los temas, y volvieron a discutirlos, hasta llegar a un consenso.

RESULTADOS

Las participantes eran 13 mujeres de entre 24 y 58 años y el tiempo de trabajo como ACS osciló entre 1 y 5 años en la red municipal (Tabla 1) cuyas actividades se describen en la Tabla 2.

Tabla 1. Participantes por unidad de salud. Minas Gerais, Brasil, 2017/2018.

Caracterización de las Participantes	Unidad 1	Unidad 2
Edad	22-58 años (promedio=34,28)	36-58 años (promedio =51,4) No informado 1
Género Femenino	7 (100%)	6 (100%)
Estado civil		
Con pareja	3	1
Sin pareja	3	2
(Soltera/Separada/Viuda)	1	2
No informado	0	1
Número de hijos		
Ninguno	2	1
Uno	3	2
Dos	2	2
No informado	0	1
Religión		
Católica	3	2
Evangélica	2	3
Cristiana	1	0
Judía	0	1
No informado	1	0
Ingresos familiares		
Hasta R\$ 1500,00	3	2
R\$ 2000 a 3000,00	2	0
Más de R\$ 10.000,00	0	1
No informado	2	3
Tiempo de trabajo en la unidad (años)		
1 a 2	1	1
2 a 3	6	1
3 a 4	0	3
4 a 5	0	1

Tabla 2. Actividades realizadas por las ACS. Minas Gerais, Brasil, 2017/2018.

Actividades realizadas por las ACS	Unidad 1		Unidad 2	
	N	(%)	N	(%)
(1) Trabajo de campo desarrollando actividades dirigidas a las familias	7	(100)	6	(100)
(2) Trabajo de campo desarrollando actividades dirigidas a la comunidad en general	7	(100)	6	(100)
(3) Actividades de formación continua sobre cuestiones relacionadas con las prácticas de cuidado hechas por el equipo	6	(85)	4	(66,66)
(4) Visita a domicilio	7	(100)	6	(100)
(5) Reunión del equipo	7	(100)	3	(50)
(6) Actualización del registro	7	(100)	6	(100)
(7) Identificación de familias en riesgo	7	(100)	5	(83,33)
(8) Búsqueda activa de grupos prioritarios	7	(100)	6	(100)
(9) Seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil	7	(100)	6	(100)
(10) Acompañamiento de gestantes	7	(100)	6	(100)
(11) Prevención de las ETS/SIDA	7	(100)	6	(100)
(12) Prevención del dengue	7	(100)	6	(100)
(13) Información sobre inmunización infantil	6	(85)	6	(100)
(14) Información sobre la rehidratación oral (suero casero)	6	(85)	2	(33,33)
(15) Fomento de la lactancia materna	7	(100)	6	(100)
(16) Información sobre planificación familiar	7	(100)	4	(66,66)
(17) Información sobre alimentación saludable	7	(100)	5	(83,33)
(18) Prevención del cáncer de cuello de útero	7	(100)	5	(83,33)
(19) Control de la hipertensión, la diabetes, la tuberculosis o la enfermedad de Hansen.	6	(85)	5	(83,33)
(20) Cuidado de ancianos	6	(85)	6	(100)
(21) Acompañamiento a enfermeros y médicos en las visitas a domicilio	7	(100)	6	(100)
(22) Citas y derivaciones necesarias	6	(85)	6	(100)
(23) Encuesta sobre los problemas de salud de la población de su microzona	7	(100)	6	(100)
(24) Relleno de los formularios de informaciones para el Sistema de Información de Atención Básica (Siab)	4	(57)	4	(66,66)
(25) Reuniones de coordinación/supervisión	6	(85)	4	(66,66)
(26) Utilización de un mapa inteligente de la zona de actuación en el que se discriminan las microzonas de responsabilidad de los ACS	7	(100)	4	(66,66)
(27) Diagnóstico de la situación de salud de la población identificando los problemas más frecuentes	6	(85)	4	(66,66)

La Calidad de Vida (Tabla 3) de las participantes de la Unidad 1 tuvo la puntuación más alta en el dominio físico, seguido muy de cerca por el dominio psicológico, y luego por los dominios de relaciones sociales y medio ambiente. El dominio físico, según el instrumento utilizado, evalúa los aspectos relacionados con: Dolor y malestar; Energía y fatiga; Sueño y descanso; Movilidad; Actividades de la vida diaria; Dependencia de medicamentos o tratamientos; Capacidad de trabajo.

El ámbito psicológico incluye Sentimientos positivos; Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración; Autoestima; Imagen corporal y apariencia; Sentimientos negativos; Espiritualidad/religión/creencias personales. Así, los aspectos peor valorados en cuanto a la calidad de vida fueron las *Relaciones sociales* (Relaciones personales; Soporte/apoyo social; Actividad sexual) y el *Medio ambiente* (Seguridad física y protección; Entorno del hogar; Recursos económicos; Cuidados de salud y sociales: disponibilidad y calidad; Oportunidades de

adquirir nuevas informaciones y habilidades; Participación en/y oportunidades de ocio/recreación; Entorno físico como contaminación/ruido/tránsito/clima; Transporte). Entre las participantes de la Unidad 2, el ámbito en el que hay una mayor calidad de vida es el psicológico, seguido del físico, las relaciones sociales y el medio ambiente (Tabla 3).

Tabla 3. Calidad de vida de ACS por unidad de salud. Minas Gerais, Brasil, 2017/2018.

Dominio	Unidad 1			Unidad 2		
	Promedio	Mínimo máximo	- Desviación estándar	Promedio	Mínimo máximo	- Desviación estándar
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
Relaciones Sociales	11,24	9,33- 14,67	1,86	12,44	8,00-16,00	2,88
Medio ambiente	11,36	7,5- 13,50	1,99	11,25	9,50-14,50	1,89
Autoevaluación CV	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 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*.

Actividades desarrolladas y su relación con la calidad de vida

En esta categoría se agruparon los discursos que señalan la repercusión de las actividades laborales en la calidad de vida de las ACS. Las principales características que las entrevistadas destacaron sobre el rol de ACS fueron las de ayudar, orientar y asistir a los usuarios del servicio. Al realizar las tareas como ACS, las entrevistadas se sentían útiles:

Me gusta ayudar, me gusta sentirme útil, y en este servicio me siento útil, siento que puedo hacer algo por otra persona. (E2U1)

La concertación de citas y la entrega de exámenes son acciones muy comunes en el trabajo diario de las entrevistadas, cuando se dan cuenta de la necesidad de dar soporte a los usuarios ancianos o con dificultades de locomoción a la unidad de salud. El reconocimiento de los usuarios las hace sentirse valoradas y reconocidas:

A veces ancianos, yo hago la cita, se lo llevo a la persona, le hago el examen aquí y se lo llevo, cuando está listo se lo llevo, a los que son ancianos, veo lo que necesitan, si puedo, lo hago [...] pero cuando es una anciana, una persona que lo necesita, entonces sí, hago la cita, se lo llevo, llamo, lo que hacemos es eso. (E4U1)

Las visitas a domicilio han demostrado ser una herramienta importante para que las profesionales se relacionen con los usuarios de sus microzonas, ya que la interacción permite crear vínculos con los usuarios:

[...] en muchas casas es así, hay una casa a la que voy, donde hay una señora de ochenta y nueve años [...], su visita tiene que ser la última, porque si llego a su casa no hago más visitas por la mañana, llegas allí, hay tarta, hay café, no, tienes que ver cómo es su casa, tienes unas visitas que es muy bien. (E5U1)

La autoestima por el cuidado ejercido y la posibilidad de fortalecer los vínculos son componentes de la calidad de vida en su aspecto psicológico y están presentes en las declaraciones de las entrevistadas cuando relatan las acciones bajo su responsabilidad en la función de ACS. El trabajo de las ACS, al permitirles conocer mejor a los usuarios, amplía los vínculos entre las profesionales y los usuarios, lo que permite el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos, obtenidos a partir del intercambio con el otro, que incluye un mayor conocimiento de la propia agente sobre sí misma:

Me gusta mucho tratar con la gente, hablar, tener ese contacto, porque es bueno para el agente, como lo es para la persona, aprendemos y enseñamos también, es muy bueno, muy gratificante [...] Ah, creo que es un intercambio de conocimientos, es muy bueno, es muy gratificante. (E5U2)

[...] porque yo era muy cerrada, no hablaba con nadie, entonces todo lo que sentía lo expresaba en el dibujo o en cosas relacionadas con las artes, luego después me quedé menos reservada, luego con el servicio de agente comunitario así, es lo mismo que comenté antes, me ha agregado mucho más como persona..., me hizo una persona mejor. (E6U2)

La creación de vínculos con la población estuvo muy presente en los discursos de las ACS entrevistadas. La proximidad creada entre profesional y usuario permite identificar problemas que no se llevarían espontáneamente al servicio de salud:

[...] en la casa del paciente, vemos la realidad allí, no, cómo vive la gente..., y repasamos todo eso aquí [...]. (E5U2)

Al establecer vínculos, las ACS se sienten percibidas, valoradas y comprenden que su función es de suma importancia para el funcionamiento de la red de cuidado:

Están agradecidos, sobre todo cuando podemos ayudarles, vemos que el amor que sienten por nosotros no es algo falso, no es algo interesado, es que realmente han luchado mucho por intentarlo y no lo estaban consiguiendo, y a través de nosotros han llegado a donde tenían que llegar. (E2U2)

Porque, piensas conmigo, si no hay el agente comunitario, que no entra en la casa, que no conoce la vida del paciente, no habla con el paciente, ¿cómo funcionaría? El paciente iba a llegar y se sentar frente al médico y hablaría ah, estoy con eso, eso, eso ¿y ahí?... Ahora no, nosotros, con nosotros hay ese vínculo, esa proximidad con el paciente, ya podemos llegar al médico, ya adelantamos algo al médico [...] (E6U2).

Sufrimiento psíquico causado por el trabajo y su relación con la calidad de vida

En esta categoría se agruparon los informes de las ACS sobre su actuación que estaban relacionados con el sufrimiento psíquico. A diferencia de la categoría anterior, en la que se evidenciaba la valoración de la ACS, los informes de esta segunda categoría ponen de manifiesto que el cuidado cotidiano de las ACS se ve envuelto por situaciones que generan sufrimiento, que las mujeres entrevistadas a menudo no saben cómo afrontar.

Las participantes informaron que la población tiene dificultades para separar los momentos en que están al servicio de la unidad de salud, y los momentos en que están fuera del horario de trabajo, ya que viven en el mismo barrio donde trabajan. A veces, ser ACS en el barrio donde viven implica atender, escuchar y acoger a los pacientes los fines de semana, fuera del horario de trabajo, e incluso en sus domicilios, cuando son buscadas por la población local directamente o por teléfono. Estas situaciones han generado sufrimiento en estas profesionales ya que permanecen conectadas al trabajo todo el tiempo, no pudiendo disfrutar de los momentos de ocio de forma tranquila, hecho que repercute negativamente en su calidad de vida:

Es complicado. ¿Sabes por qué? [...] no tienes un fin de semana, ¿ves? Estás en la calle, estás en el mercado, estás en la cola, estás en el autobús, te preguntan por el centro de salud, entonces tu tiempo, si no paras, vives treinta días al mes en el centro de salud, porque el fin de semana el paciente te ve en la puerta de casa, y tiene algo que preguntarte [...] es agotador, no descansas el fin de semana, de lo que haces entre semana. (E2U2)

Es difícil porque hay gente que va a tu casa el sábado, va el domingo, es en el supermercado donde entras, es el fin de semana que vas a la feria y si estás allí en el centro o si coges el autobús, ya no tienes paz, se acabó. Luego vas y se lo dices a los pacientes, les parece mal, ¿y cómo lo haces? No sirve de nada, no hay separación, piensan que es como un día normal, no hay descanso. (E1U1)

Como las ACS contactan con más frecuencia que otros profesionales, como el médico y enfermero, acaban involucrándose intensamente con determinados casos y viéndose más afectadas por los problemas de los usuarios. Son las ACS las que escuchan y ven los problemas, aflicciones y dificultades de los usuarios y sufren continuamente por ello, ya que no tienen una formación que les permita acoger este sufrimiento y dentro de las acciones que los ACS pueden llevar a cabo revelan que poco pueden hacer para cambiar el escenario. Escuchar los informes y no ser capaz de detener este sufrimiento identificado en los usuarios/pacientes no las permite desvincularse a sí mismas de su trabajo. Se sienten incapaces de ayudar a los usuarios en todo momento, lo que afecta a su calidad de vida:

Hay días que nos cansamos mucho, porque acabamos sufriendo un poco por los problemas de nuestros pacientes, por mucho que no quisiéramos involucrarnos emocionalmente, ¿sabes? (E2U2).

Ah, hay épocas en las que me pongo enferma, [...] hay momentos en los que hablo mucho con mi marido, me cobro mucho, entonces, si no puedo, si ayudo, me pongo enferma, entonces acabo... hay momentos en los que me descuido [...](E2U1).

Además de estas cuestiones, las ACS han revelado que viven a diario con la sensación de inutilidad y frustración, ya que a menudo reciben solicitudes de pacientes que, la mayoría de las veces, no pueden atender porque necesitan intervenciones que van más allá de lo que puede realizar su función. Expuestas a esto, una vez más, las profesionales se ven afectadas y acaban sufriendo las situaciones generadas en el trabajo:

Hay cosas que puedes resolver y otras que no, así que cada día tienes esa satisfacción de ayudar, pero también tienes la sensación de derrota por no poder ayudar (E2U1).

[...] *no es mi papel, pero vamos allí, sufrimos junto a ellos, sabemos que están necesitados y no podemos hacer nada* [...] (E3U1).

Según las ACS, el exceso de trabajo y los respectivos cargos para llevarlo a cabo, en el menor tiempo posible, marcan su rutina diaria. Se enfrentan a una extensa rutina de actividades a realizar, como las visitas a domicilio, la cumplimentación de formularios y algunos cursos de formación. Toda esta situación acaba generando una tensión en las profesionales, que una vez más se sienten cargadas y vulnerables, afectando directamente de forma negativa a la calidad de vida:

Oh, anteriormente he estado mucho más estresada, hoy me canso, me quedo más cansada, pero anteriormente he estado mucho más estresada, he estado alejada [...] así que he estado fuera un tiempo [...] hoy me canso más mentalmente, me estreso, estas cosas [...]. (E3U1)

[...] *estás haciendo una cosa, tienes que dejarla, para empezar otra, no vuelves, y si vuelves incluso te desanima sobre por qué deberías volver. Así que nos están delegando muchas cosas y no veo que se termine nada.* (E2U2)

Unos meses antes de las entrevistas, las ACS empezaron a sumar la función de control de zoonosis, que previamente era una responsabilidad de los agentes vinculados a otro departamento de la Secretaría Municipal de Salud, hecho que también generó sufrimiento a las profesionales. El resultado se evaluó como un mayor número de tareas y las consiguientes cargas en su desempeño:

¡Ah, hija, eso es complicado! Permítame decirlo por qué, porque hoy en día el ACS no sólo realiza la función de ACS, sino que también hace zoonosis. Y entonces, lo que ocurre, acaba complicándose por el siguiente hecho: se nos ha delegado mucha función. Se sobrecarga. (E2U2)

Se nos ha hecho muy difícil [por el control del dengue], porque lo que pasa es que ahora no puedes ir a casa de un paciente que te necesita más a menudo, y tienes el control de la zoonosis. Hoy en día, cuando entras en una casa, tardas mucho más porque miras el patio trasero. (E1U2)

A pesar de que desempeñan un papel de suma importancia para el funcionamiento de la red de salud, las profesionales sienten una falta de reconocimiento por el trabajo realizado, hecho que genera sufrimiento en las entrevistadas. Así, el escenario actual en el que se encuentran estos profesionales afecta directamente y de forma negativa a la percepción de su importancia y de su trabajo para los usuarios y el servicio de salud:

No sé, antes de tener un agente de salud aquí, el personal vivía también, normal, no sé si tienen tanta necesidad, de tener (E4U1).

¡¡Qué falta reconocimiento de nuestra profesión!! Pienso así. Todavía nos falta mucho, sí, tenemos un papel importante en la vida del individuo, de la familia, de la persona que visita y no tenemos mucho reconocimiento profesional. Eso es lo que pienso. (E6U1)

El trabajo de ACS requiere un importante esfuerzo físico por parte del profesional, ya que es necesario caminar durante la mayor parte de las horas de trabajo, estando expuesto al sol o a la lluvia a diario, teniendo que hacer frente a un calor excesivo o, más raramente en el municipio en cuestión, al frío. Debido a ello, estas profesionales se enfrentan a un exceso de fatiga física provocada por su trabajo, situación que interfiere directamente en la calidad de vida de las participantes:

A veces estamos muy expuestas a riesgos, caminamos mucho, nos duelen los pies, las piernas (E6U1).

Lo que es malo es sólo cuando el sol está caliente. Es estresante, agotador, esos días de calor, y te quedas bajo ese sol ardiente (E4U1).

Los datos cuantitativos que incorporan el dominio físico de la calidad de vida van en dirección contraria a lo reportado por ellas en las entrevistas, ya que los números referentes a los dominios físicos son altos, si se comparan con otros dominios, sin embargo, es notorio en el discurso de las agentes, cuánto las perjudica el desgaste físico causado por el trabajo.

Además de todo el desgaste provocado por el trabajo, las ACS siguen encontrando otros obstáculos que aparecen durante su trabajo. Uno de ellos es el hecho de que muchos usuarios no quieren recibirlos en su casa, porque tienen planes de salud o prefieren ser atendidos en otras unidades:

Porque la gente tiene cierta resistencia a recibirnos en sus casas. (E6U2)

Otro obstáculo es el hecho de que muchos usuarios no están en casa cuando ellas intentan realizar las visitas domiciliarias, lo que suele generar la sensación de que el trabajo es en vano y afecta directamente al cumplimiento de sus “objetivos” (número preestablecido de

hogares/familias a visitar en un día), y en consecuencia a la percepción que estas profesionales captan de su trabajo realizado, reforzando una vez más el sentimiento de frustración y falta de reconocimiento:

Como hice ayer, hice una calle allí, en la calle hay, hay unas diez casas, de diez yo hice dos, dos, tres como mucho. (E4U1)

DISCUSIÓN

Todas las participantes de este estudio, en las dos unidades encuestadas, eran mujeres, lo que corrobora otros estudios y señala la creciente feminización verificada en el campo de la salud en Brasil. La edad media de las profesionales que participaron en la encuesta también se asemeja a los resultados de otras encuestas¹⁴⁻¹⁶. A diferencia de lo encontrado en otros dos estudios^{5,16} en los que la mayoría de las ACS eran casadas, aquí la mayoría de las ACS se declararon sin pareja. La alta rotación, señalada en un estudio en el que las ACS estuvieron aproximadamente dos años y medio en función¹⁵, es concordante en este estudio.

La realización y actualización de los registros de las familias en sus microzonas, la detección de situaciones de riesgo, ofrecer orientación sobre los servicios que ofrece la red, programar citas y entregar exámenes, realizar visitas domiciliarias, informar a otros miembros del equipo sobre las condiciones de las familias en el área de cobertura y promover acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades fueron acciones realizadas por las entrevistadas, en diálogo con lo señalado por el Ministerio de Salud y otras encuestas¹⁷⁻²⁰.

Otros estudios^{4,6,18,19} han destacado, como se ha identificado en este estudio, que el ACS es quien presta servicios a la comunidad con el fin de ayudarla en los límites de su práctica, siendo visto como alguien que asiste a la comunidad, en la medida en que puede ofrecer recursos que promuevan la mejora de sus respectivos estados, a la vez que busca orientarla para lograr una mejora en la calidad de vida.

Los usuarios son escuchados por las ACS entrevistadas, dada su proximidad a estas personas, y son los encargados de escuchar las quejas de los pacientes para llevarlas al equipo de salud para que evalúe los problemas de los usuarios⁶. Muchas veces esta escucha se produce a lo largo de las visitas domiciliarias, una de las principales actividades desarrolladas por las ACS de acuerdo con la Política Nacional de Atención Básica²⁰.

Las tareas administrativas también forman parte de la vida cotidiana (rellenar los formularios de informaciones para el Sistema de Información de Atención Básica [SIAB], realizar y actualizar los registros de los sujetos que residen en sus microzonas) y constituyen¹⁴ como la segunda tarea más frecuentemente realizada por las ACS, siendo más citadas, las actividades de asistencia. En este estudio, las trece encuestadas afirmaron realizar la actualización de los registros, lo que está en consonancia con lo presentado en otro trabajo¹⁴.

Se señalaron varias situaciones y características del trabajo que conducen al sufrimiento psíquico. Las ACS percibieron muchas dificultades para encontrar respuestas ágiles y puntuales a las situaciones de las familias que derivan a los demás profesionales y también a los otros servicios de la red, lo que generaba un gran desánimo para el desempeño de sus funciones, ya que en muchas de ellas, ellas acaban impedidas por otras instancias y poco pueden hacer para modificar esta realidad, como corroboró otra investigación²¹.

El hecho de vivir en el mismo lugar en el que trabajaban puede tomarse como un indicador de sufrimiento para las entrevistadas²². Debido a la implicación personal con los usuarios, las ACS tuvieron dificultades para separar lo profesional de lo privado. Esta identificación entre ACS y la comunidad hace que la profesional sea extremadamente observada, provocando las más diversas impresiones y opiniones, algo que debe ser considerado como una variable importante del éxito de su trabajo.

Además, la vida personal de la ACS continúa en ese mismo lugar después del horario de trabajo, y la separación entre residente y profesional de la unidad de salud se pierde en medio de esto, sobrepasando sus deberes, ya que está obligado a atender a los usuarios y sus

preguntas en los fines de semana, las vacaciones y los días festivos, lo que también se observó en otras encuestas^{6,23}.

Las entrevistadas también informaron que perciben y se afectan diariamente con las más diversas formas de sufrimiento de los usuarios. Según los testimonios, esto conlleva el desarrollo de algunos síntomas de estrés por parte de las ACS, que son más significativos que los del resto del equipo, ya que son las que tienen el mayor vínculo con la comunidad y no reciben la formación y el soporte adecuados por parte del equipo multiprofesional para afrontar y discutir las dificultades percibidas en la relación con los usuarios. Así, en estas profesionales prevalece el sentimiento de impotencia y culpabilidad en relación con los problemas que sufren las familias, como también señalan otros trabajos^{22,23}. Los ACS son los profesionales de la red primaria de salud más propensos y vulnerables a presentar manifestaciones de estrés, debido a su extrema cercanía con la población atendida y consecuentemente con la creación de un vínculo con los sujetos que viven en la comunidad^{4,15}.

La Atención Primaria es un vasto campo de acción en el sector de la salud y requiere, además del equipo mínimo de salud de la familia, el apoyo de los llamados NASF-AB (Núcleos Ampliados de Salud de la Familia), conformados por especialistas en diferentes áreas que se encargan tanto de desarrollar acciones de atención a la población atendida como de capacitar a los profesionales del equipo mínimo para atender los problemas detectados en la comunidad, desarrollando una educación permanente junto con las unidades de salud de la familia²³. Los diversos relatos de las ACS entrevistadas en este estudio apuntan a la sensación de impotencia y aislamiento por lo que un trabajo reforzado por las discusiones de casos, la planificación de acciones para atender la demanda de la comunidad y la articulación con otros puntos de atención que debe hacer el NASF-AB podría reducir el sufrimiento de estas agentes al ampliar la oferta de acciones.

La sobrecarga de trabajo, la exposición a la luz solar y el calor exacerbado son los responsables de dificultar el trabajo de las ACS²⁴, destacando como una de las principales causas de sufrimiento y responsables de interferir en la calidad de vida de las entrevistadas. Estos factores interfieren en la operatividad del trabajo en diferentes dimensiones y limitan la actuación de los profesionales en la realización de los cuidados, causando gran preocupación por la posibilidad de consecuencias negativas para ellas mismas.

Otro trabajo⁶ llama la atención sobre los factores que generan sufrimiento y enfermedad y que no son perceptibles en un primer momento, ya que se entrelazan con unos valores y creencias aceptados y normalizados por la sociedad. Los riesgos a los que se exponen diariamente los ACS pueden causar efectos a largo plazo, aunque no sean perceptibles inmediatamente⁶.

Se pueden entender como factores de riesgo el contacto directo con las preguntas de los usuarios, el estar expuesto a la situación de sufrimiento de varios tipos diariamente, el vivir en el mismo lugar donde se trabaja, la falta de valoración del trabajo. El dominio psicológico presente en la escala de calidad de vida obtuvo la puntuación más alta en la Unidad 01, y se encuentra entre las puntuaciones más altas en la Unidad 02. Este hecho llama la atención, ya que el análisis cualitativo de los discursos de las entrevistas mostró que había un alto nivel de sufrimiento causado por las situaciones a las que están expuestas las ACS por el trabajo, como en otro estudio⁶. Las profesionales tienen dificultades para percibir el desgaste causado por el trabajo.

Se constata en este estudio, en concordancia con otros^{24,25}, que la sobrecarga de tareas y la desvalorización del trabajo de ACS provocan desmotivación en relación con el trabajo realizado y el consiguiente sentimiento de desvalorización, hechos que influyen en la satisfacción del profesional y contribuyen negativamente a la inmersión del profesional en el sufrimiento y la posibilidad de enfermarse. Los hallazgos de esta investigación corroboran con una investigación⁶ sobre la existencia de un sufrimiento psíquico con el que se enfrenta el ACS

al percibirse como impulsor de un cambio para el que no posee los instrumentos, conocimientos y atributos necesarios para impulsarlo.

Así, trabajar en el espacio en el que reside lo coloca en una posición dividida entre lo que realmente se puede hacer desde sus acciones y lo que se necesita hacer, generando en él la sensación de impotencia e incapacidad, ya que las necesidades de la comunidad superan lo que pueden hacer estos profesionales.

En cuanto a los datos que representan los dominios de calidad de vida, se observó en este estudio que el dominio medio ambiente obtuvo la puntuación más baja en una unidad y la segunda puntuación más baja en la otra unidad de salud. El medio ambiente, en la escala empleada, representa la seguridad física y la protección, el entorno del hogar, los recursos financieros, cuidados de salud y sociales: disponibilidad y calidad, las oportunidades de adquirir nuevas informaciones y habilidades, la participación en/y las oportunidades de recreación/ocio, el entorno físico¹¹.

Estos resultados coinciden con los datos identificados en otro trabajo¹⁵ en el que los valores más bajos entre los dominios estaban representados por el medio ambiente. Esto apunta a la fragilidad de las participantes en la investigación a la hora de llevar a cabo sus actividades en la unidad de salud.

A diferencia de otros estudios^{11,25}, el dominio que representa las relaciones sociales (soporte/apoyo social, actividad sexual), en esta investigación no obtuvo la mayor puntuación en ninguna de las unidades, alcanzando incluso el valor más bajo entre los dominios en la unidad 01. Las razones por las que el valor de este dominio obtuvo puntuaciones tan bajas pueden estar relacionadas con el discurso de las agentes, que se quejan de la desvalorización, la falta de reconocimiento y apoyo en el trabajo.

CONCLUSIÓN

Este estudio evaluó la percepción de agentes comunitarias de salud sobre su calidad de vida y las actividades laborales que desarrollan. Vivir en el mismo barrio donde trabajan como profesionales de la salud puede acercarlas al territorio y a la comunidad a la que sirven, pero generan sufrimiento por su fácil acceso, borrando la frontera entre el trabajo y la vida privada, interrumpiendo los momentos de descanso y ocio.

La escucha en las visitas domiciliarias genera sufrimiento, ya que no tienen herramientas para actuar, encontrando maneras de dar acogida y atención a los usuarios. El apoyo del equipo del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia en el análisis de las demandas y la oferta de cuidado puede aliviar el sufrimiento, reduciendo también la percepción de que son impotentes.

Los límites de este estudio son el reducido número de participantes, el acceso a sólo dos unidades de salud de la familia y el hecho de que ambas estén situadas en el mismo distrito sanitario de un municipio de tamaño medio, razones que dificultan la generalización de los resultados. Por lo tanto, se sugiere que los estudios investiguen en otras localidades la calidad de vida de estas profesionales y la existencia de soporte a su trabajo.

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 en 24 abr 2020]; 23(3):626-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>
2. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, WaACS F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2016 [citado en 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. Disponible en: <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. Disponible en: 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 ene 2021]; 2(1):31-6. Disponible en: <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>. Disponible en: <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. Disponible en: <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. Disponible en: 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 en 24 abr 2020]; 22(2):47-55. Disponible en: <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 en 24 abr 2020]; 19(1):33-7. Disponible en: <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]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado en 18 ene 2021]. Disponible en: 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 en 24 abr 2020]; 13(1):259-68. Disponible en: <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 en 24 abr 2020]; 21(1):141-52. Disponible en: <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 en 24 abr 2020]; 9(1):14-8. Disponible en: <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 en 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 en 24 abr 2020]; 26(4):784-96. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoA01254>

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Bárbara Aline Bezerra de Miranda participó en la recogida, análisis e interpretación de los datos y en la redacción. **Renata Fabiana Pegoraro** contribuyó en la concepción, diseño, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Miranda BAB, Pegoraro RF. Calidad de vida y sufrimiento psíquico en agentes comunitarias de salud. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(Supl. 1):202-215. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

MIRANDA, B. A. B. de; PEGORARO, R. F. Calidad de vida y sufrimiento psíquico en agentes comunitarias de salud. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, p. 202-215, 2021. Supl. 1. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Miranda, B.A.B., & Pegoraro, R.F. (2021). Calidad de vida y sufrimiento psíquico en agentes comunitarias de salud. *REFACS*, 9(Supl. 1), 202-215. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

