

Entre o sofrimento e a saúde: considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Between suffering and health: considerations about the Community Health Agent's work

Rafael Zaneripe de Souza Nunes¹, Marieli Mezari Vitali², Caroline Zaneripe de Souza³, Graziela Amboni⁴, Lisiane Tuon⁵, Karin Martins Gomes⁶

RESUMO

No Sistema Único de Saúde (SUS) os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão em constante contato com o território em que atuam, pela sua função e papel de morador, resultando em consequências ambíguas no estabelecimento de suas ações. Assim, o presente estudo busca compreender o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, sua relação com o território, unidade e profissionais, e os processos de saúde e adoecimento no desempenho da função. Trata-se de um estudo qualitativo no formato de pesquisa participante, por meio de entrevista semiestruturada com 6 ACS, que também foram acompanhados em suas atividades diárias. A análise de conteúdo dos dados obtidos por diário de campo e entrevista possibilitou a identificação de 3 categorias: Papel dos ACS; Relação com a Equipe, e Saúde e Sofrimento dos ACS. O sofrimento dos ACS decorre da vigilância sobre seu trabalho, dificuldades no relacionamento interpessoal com a equipe, adversidades no território e sobrecarga de trabalho. Identifica-se que são profissionais muitas vezes subestimados e incompreendidos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública. Sistema único de saúde. Atenção primária a saúde. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

In the Unified Health System, Community Health Agents (CHA) are in constant contact with the territory in which they operate, due to their role and role as residents, resulting in ambiguous consequences in the establishment of their actions. Thus, the present study seeks to understand the role of Community Health Agents, their relationship with the territory, unit and professionals, and the processes of health and illness in the performance of the function. This is a qualitative study in the form of participatory research, through a semi-structured interview with 6 CHA, who were also monitored in their daily activities. The content analysis of the data obtained by field diary and interview enabled the identification of 3 categories: Role of the CHA; Relationship with the Team, and Health and Suffering from the CHA. The CHA's suffering stems from surveillance over their work, difficulties in interpersonal relationships with the team, adversities in the territory and work overload. It is identified that they are professionals often underestimated and misunderstood.

KEYWORDS: Public health. Unified health system. Primary health care. Occupational health.

ARTIGO ORIGINAL – Submissão: setembro de 2021 – Aceite: fevereiro de 2022.

¹ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6195-0400>.

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0052-7788>. E-mail: marielimezari@gmail.com

³ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4626-5453>.

⁴ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9698-6529>.

⁵ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0712>.

⁶ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5766-3110>.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica no Brasil é a principal porta de entrada da população para o Sistema Único de Saúde (SUS), nela ocorre a principal aproximação da comunidade pelos serviços de saúde pública oferecidos. Trabalhando a partir da necessidade específica da população, a Atenção Básica busca por meio da promoção, prevenção e atendimento em saúde criar alternativas e estratégias que possam suprir a demanda populacional. No Brasil, a Atenção Básica se desenvolve com o mais alto grau de descentralização, realizando suas funções no local mais próximo da vida das pessoas. Em teoria ela deveria ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação, a ordenadora de toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social¹⁻².

A Atenção Básica se efetiva nas ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente implementada como Programa Saúde da Família (PSF), surge no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o tradicional modelo biomédico de saúde³⁻⁴. As ESF atuam com equipes de saúde multiprofissionais, que assumem a responsabilidade sanitária pela população de um determinado território, considerando a dinamicidade de vida e as necessidades de saúde das pessoas que vivem nesse território².

Por meio da Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que revisa as diretrizes e institui as ESF como primordiais para a Atenção Básica brasileira⁵ e que continuou a ser aprimorada e atualizada a partir da Portaria n.º 2.436/2017⁶. Suas principais características são o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; descrição da clientela através da definição de território de abrangência; estruturação de equipe multiprofissional; ação preventiva em saúde; detecção das necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde³⁻⁶.

A Portaria n.º 2.436/2017 (assim como a PNAB de 2011) estabelece também a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Atenção Básica, inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A portaria em questão define a atuação dos ACS voltada à organização da atenção em saúde, acolhimento, estabelecimento de vínculo, e qualificação e longitudinalidade de acesso. Além disso, atuar em conjunto à equipe na orientação de definição das prioridades de atuação conforme as necessidades de saúde, risco e vulnerabilidade⁶.

O Agente Comunitário faz parte da equipe multiprofissional da ESF, eles atuam junto às famílias do território as quais estão próximas as Unidades Básicas de Saúde. A atuação dos ACS

deve ser entendida como um espaço que está em constante mutação, de relação entre sujeitos em que ocorre à produção do cuidado em saúde e aproximação da população com as instituições de saúde da APS⁷. Os ACS residem no território de sua atuação e conhecem de perto a realidade de vida da população, eles são o elo entre a ESF e a comunidade, e favorecem a comunicação entre os sujeitos que residem no local e os profissionais de saúde⁸.

A atuação dos ACS pode ser entendida para além da atuação do campo da saúde, pois tem um papel social que os diferencia dos demais profissionais de saúde da UBS. Principalmente por atuarem como mediadores entre as distintas esferas de organização da vida social, ajudando a abrir as portas da solidariedade comunitária e facilitando o acesso aos direitos sociais⁹. Diante das inúmeras responsabilidades, identifica-se um déficit de estudos que avaliam a saúde desses profissionais.

Historicamente estudos foram e são realizados sobre a saúde e qualidade de vida dos profissionais da saúde, devido à intensa carga de estresse vivida na rotina laboral dessa categoria profissional¹⁰⁻¹¹. Discussões e experiências acerca do cuidado ao cuidador com profissionais de saúde ocorrem a fim de diminuir o estresse e desenvolver o cuidado de si, como maneira de promover saúde a esses profissionais¹².

Apesar de os ACS fazerem parte das equipes de saúde da família, os estudos acerca de sua qualidade de vida e saúde são escassos. Silva, Lampert, Bandeira, Bosa e Barroso¹³ identificaram a necessidade de psicoeducação com ACS, a fim de desenvolverem estratégias de enfrentamento ao estresse, Burnout e exaustão emocional, bem como, ampliar a qualidade de vida.

Diante do conteúdo teórico exposto, bem como a partir da atuação de um dos autores na APS, através de um Programa de Residência Multiprofissional, assim como a experiência na área dos outros autores, surgiram reflexões sobre como os ACS são profissionais com muitas funções nas UBS e ESF, expostos a grande carga de estresse que afetam social, psíquica e emocionalmente a categoria. Essas reflexões geraram a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as relações entre o papel dos ACS e os aspectos específicos relativos ao seu sofrimento laboral? Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo compreender o papel dos ACS, sua relação com o território, unidade e profissionais, e os processos de saúde e adoecimento no desempenho da função.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa com base nos moldes de ação da pesquisa participante. Não há modelo único na pesquisa participante, sendo seu processo de materialização estruturado pelas peculiaridades das situações encontradas na realização da

pesquisa¹⁴.

Além disso, as ações não seguem uma linha cronológica restrita, pois os instrumentos se adaptam e a construção da pesquisa manifesta alterações de acordo com os eventos que ocorrem ao longo do percurso de intervenções¹⁴. Sendo assim, os dados a serem expostos adiante são fruto de uma pesquisa com foco de investigação inicialmente estrito e que posteriormente virou tópico de investigação pela problemática encontrada.

Os participantes foram 6 (seis) ACS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no extremo sul de Santa Catarina. A escolha dos participantes ocorreu de maneira intencional em função da representatividade social e relevância que os ACS apresentam Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo o critério de seleção proposto por Thiollent¹⁵. Posteriormente, os ACS participantes do estudo foram codificados a fim de manter o sigilo dos dados, recebendo o acrônimo "P", diferenciando-se por números de 1 a 6, de acordo com a ordem das entrevistas (P1 a P6).

É importante ressaltar que os campos de atuação dos ACS possuem algumas particularidades e semelhanças. Devido à extensão do território da UBS, foram alocadas duas Equipes de Saúde da Família (ESF). O território era dividido em duas macro áreas: um ponto era marcado por maior estabilidade econômica e poder aquisitivo, com uma prevalência maior de idosos e doenças crônicas; o segundo ponto tinha uma população significativamente mais jovem e pontos de vulnerabilidade socioeconômica, com maior presença de conflitos em decorrência de violência, além de um número significativo de imigrantes ganeses e haitianos. As duas subdivisões do território eram muito extensas, e devido ao baixo número de ACS, não era possível cobrir todas as microáreas presentes.

Os dados foram coletados através da sistematização de experiência sugerida por Holliday¹⁶, utilizando-se de: entrevista semiestruturada, formulário de registro semanal e diário de campo. As entrevistas foram aplicadas em um ambiente privativo da UBS, mais precisamente na sala designada para atendimentos do profissional psicólogo, sendo gravadas e posteriormente transcritas. Os dados obtidos no diário de campo eram preenchidos pelo pesquisador, com suas observações e descrições das ações e dinâmica de trabalho dos ACS. O formulário de registro semanal era preenchido conjuntamente entre o pesquisador e ACS, onde ambos descrevem a rotina de trabalho dos ACS durante cada semana específica. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo do tipo categorial, uma técnica de pesquisa que permite categorizar os conteúdos presentes nos dados analisados. Trata-se da descrição objetiva do conteúdo extraído das entrevistas, formulário de registro semanal e diário de campo, e posterior interpretação¹⁷.

A coleta de dados ocorreu durante um período de 4 (quatro) meses, em que os ACS foram acompanhados por um Psicólogo na busca de realizar ações conjuntas no território. Nesse

período surgiram outras problemáticas que acabaram sendo abordadas no cenário de pesquisa, envolvendo demandas de saúde mental dos usuários atendidos e o grande fluxo de trabalho na própria unidade, impactando o trabalho de alguns ACS durante o tempo de pesquisa. Dessa forma, os instrumentos também foram adaptados para investigação dos fenômenos encontrados. Após o tratamento e transcrição dos dados, o corpus foi analisado e dividido em três (3) categorias, descritas na seção resultados.

Inicialmente os dados obtidos na entrevista semiestruturada foram transcritos e inseridos em um único *corpus*, juntamente com os dados presentes no diário de campo. O diário de campo foi preenchido pelo pesquisador responsável ao acompanhar os ACS em suas visitas ao território de atuação e contém informações que agregam às entrevistas. Dois autores realizaram leitura flutuante e elaboraram hipóteses relacionando o objetivo do estudo e as informações contidas nas entrevistas. Ambos os autores elaboraram uma grelha de categorização formado por categorias e subcategorias, e então realizaram a categorização do corpus. Posteriormente as categorizações de ambos foram confrontadas a fim de verificar o nível de concordância. A categorização final apresentada nos resultados foi definida a partir do diálogo com um terceiro autor. A mesma grelha de categorização foi utilizada com os dados do registro semanal e diário de campo.

A presente pesquisa seguiu os preceitos éticos estipulados pela Resolução n.º 466 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Sendo o início da pesquisa condicionado à aprovação posterior do comitê de ética sob o CAAE n.º: 98714718.9.0000.0119. Além disso, após a aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (parecer n.º 3.034.012), foram apresentados aos ACS o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa, que necessitava de suas respectivas assinaturas para o prosseguimento da coleta de dados e acompanhamento do seu trabalho por 4 (quatro) meses. Posteriormente a assinatura de todos os profissionais, o período de coleta de dados teve início, precisamente no primeiro semestre de 2019.

RESULTADOS

Participaram do estudo 6 ACS que atuam na região sul de Santa Catarina, sendo 5 mulheres e 1 homem. A análise de conteúdo categorial do corpus proporcionou a definição de 3 categorias e 22 subcategorias. Sendo 8 subcategorias associadas à categoria “Papel dos ACS”, 6 subcategorias incluídas na categoria “Relação com a equipe”, e 8 subcategorias inclusas na categoria “Saúde e sofrimento dos ACS”. As conexões são demonstradas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização dos resultados

Categoria	Subcategorias
Papel dos ACS	Conectar território e equipe Percorrer a comunidade Transitar entre ser profissional e ser moradora Encaminhar para resolver dúvidas na unidade Prestar esclarecimentos Poder ajudar as pessoas Identificar limites das suas funções Utilizar vínculo com o território
Relação com a equipe	Ajuda mútua em prol dos usuários Apoio entre ACS Conflitos internos Contato somente quando necessário Relação conflituosa com a equipe Relação harmônica com a equipe
Saúde e sofrimento dos ACS	Absorver a carga do outro
	Ansiedade Autocobranças Estresse Frustração Perda de privacidade Saúde Física Sobrecarga

Fonte: elaborado pelos autores

Papel dos Agentes Comunitários de Saúde

A categoria Papel dos ACS englobam conteúdos que remetem aos papéis desempenhados pelos Agentes Comunitários de Saúde a partir da perspectiva dos próprios ACS.

As subcategorias englobam aspectos positivos e negativos do trabalho. **Conectar território e equipe** diz respeito à sua atuação voltada para conectar a comunidade com a equipe de profissionais da unidade, por serem os ACS que saem da instituição e adentram nas ruas da cidade. Um exemplo de como os ACS podem conectar equipe e território é caracterizada pelo trecho: “Quando vejo um paciente idoso que não consegue se deslocar, já entro em contato com a UBS para agendar atendimento domiciliar. Eu faço essa ponte” (informação verbal; P1).

A subcategoria **Percorrer a comunidade** engloba relatos referentes à dificuldade de cobrir todo o território devido a sua extensão ou por intercorrências no caminho. Muitos dos ACS entrevistados percorrem as comunidades a pé ou de bicicleta. O trecho a seguir demonstra uma das dificuldades transcorridas pelos ACS: “Para realizar essa visita, é possível apenas de carro, devido à distância com relação à unidade” (informação verbal; P4). Outras dificuldades encontradas são animais raivosos pelo caminho, que impossibilitam a passagem e fazem com que os profissionais precisem desviar e percorrer um trecho ainda maior para chegar a determinadas residências.

Transitar entre ser profissional e ser moradora do território envolve ser visto como um representante do SUS, e por consequência do governo na própria comunidade, além de ser encarado também como porta voz e potencializador das demandas e queixas da população em sua equipe de trabalho. A alternância desses papéis engloba relatos comuns a muitas ACS que atuam e vivem na mesma área. Como demonstra o trecho:

“Tenho alguns vizinhos que veem se estou em casa ou não, fiscalizando meu trabalho. Às vezes, nas visitas domiciliares, os vizinhos pedem para eu fofocar, perguntando por coisas de outros pacientes, querendo que eu seja um mediador de fofoca. Uns perguntam por malícia e outros por preocupação” (informação verbal; P4).

Além dessa dificuldade, muitos vizinhos abordam os ACS fora do horário de trabalho ou nos fins de semana. Solicitam a resolução de problemas que estão além das capacidades dos profissionais em questão. Ou então, solicitam para que os ACS “acelerem” a resolução de suas demandas na unidade, buscando “tirar proveito” de ter um conhecido que atua na UBS.

Nesse contexto, muitos profissionais optam por **Encaminhar para resolver dúvidas na unidade**, a fim de que os usuários resolvam suas pendências na UBS. Essa situação também ocorre por conta de situações passadas em que ao tentar ajudar alguém, houve distorções de informações, como demonstra o relato: “Faço o que posso pelo paciente, embora não possa fazer muito. Por causa disso, peço aos pacientes se informarem direto na UBS, pois diversas vezes já distorceram o que falei na rua referente ao serviço” (informação verbal; P3). A dificuldade de comunicação também é um ponto que prejudica a atuação dos profissionais e interferem no vínculo estabelecido com o território.

Prestar esclarecimentos se refere a falas que abordam seu papel de sanar dúvidas da

comunidade que faz parte do seu território de atuação. Como demonstra o trecho: “Pego a folha de agendamento na mão e explico para o paciente, isso ajuda muito eles” (informação verbal; P1). Portanto, como profissionais que entram em contato com a comunidade em suas residências, que circulam pelos territórios e que conhecem a realidade do local, cabe a eles a responsabilidade de tirar dúvidas, por serem os profissionais de confiança da comunidade.

A subcategoria **Poder ajudar as pessoas** engloba uma parte positiva do trabalho, que traz a sensação de dever cumprido aos ACS que conseguem exercer seu papel e ajudar a comunidade. Como é presente no seguinte trecho: “No bairro meu trabalho é bom, pacientes sempre pedem algo, e a melhor parte é quando alguém sofre e tu consegue ajudar, essa é a melhor recompensa” (informação verbal; P6). Essa sensação é presente nos profissionais que conseguem suprir alguma demanda dos usuários, sendo que alguns dos pedidos da população podem ser atendidos pelos ACS, enquanto outros exigem o auxílio de outros profissionais da unidade.

Com relação às possibilidades de auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, temos também a subcategoria **Identificar limites das suas funções**, com relatos que se referem a diversas atividades que realizam, mas que não são suas obrigações. Como realizar atividades pertencentes a outros profissionais da unidade, auxiliar em outras áreas/territórios ou atividades fora do horário de trabalho, pois somente assim consegue atender as demandas de quem trabalha em horário comercial. Como exemplo desta subcategoria, temos o trecho: “Meu relacionamento com a equipe é bom, o problema é quando tu ajuda demais as pessoas ficam esperando tudo de ti na equipe, inclusive desvio de função, por isso prefiro estar no território fazendo a minha função” (informação verbal; P3).

Por fim, a subcategoria **Utilizar vínculo com o território** engloba relatos dos ACS sobre sua relação com a comunidade em que atua e que o vínculo estabelecido é primordial para o desempenho de suas funções. Como demonstra o trecho: “No território tenho uma boa relação, sou uma das figuras conhecidas no bairro, por morar a 47 anos e por ser agente comunitário de saúde, e isso facilita na receptividade nas visitas, tu cria laços, um elo que ajuda nas ações e a alcançar metas de trabalho” (informação verbal; P2).

Dessa forma, os ACS compreendem seu papel profissional a partir do vínculo que estabelecem com a comunidade. Vínculo que permite estabelecer pontes entre território e unidade de saúde. Contudo, esse mesmo vínculo também produz dificuldades por conta da dificuldade dos moradores e usuários do serviço em diferenciar entre o papel de vizinha e papel profissional. Grandes territórios também interferem negativamente no trabalho.

Relação com a equipe

A relação estabelecida entre os ACS e o restante da equipe da unidade é essencial, tanto para compreender a dinâmica conjunta do serviço, quanto para entender a atuação individual de cada um dos profissionais. No que se refere a essa categoria, os dados encontrados são antagônicos, alguns profissionais relatam uma boa relação com a equipe, enquanto outros apontam dificuldades de relacionamento interpessoal.

A subcategoria **Ajuda mútua em prol dos usuários** compreende relatos que indicam que os profissionais atuam em conjunto pelo bem dos usuários do serviço. Segue um trecho que exemplifica: “Quando algo acontece com um paciente que precisa de ajuda, peço auxílio de outro profissional, e sempre me ajudam, e isso aumenta o vínculo entre os membros” (informação verbal; P4). Dessa forma, além de possibilitar a resolução das necessidades dos usuários, essa aproximação fortalece o vínculo entre os profissionais.

Nesse mesmo sentido, a subcategoria **Apoio entre ACS** se refere a relatos do apoio entre Agentes Comunitários de Saúde em prol da comunidade em que atuam. Segue relato: “Essa cumplicidade e assistência entre os agentes é algo notável, tanto na superação de dificuldades e na necessidade de assistência que surge por parte de alguém na execução do trabalho” (informação verbal; P3). Os relatos demonstram que os ACS são uma classe unida e que atuam em conjunto, apesar das divisões de territórios.

Em **Conflitos internos** os participantes remetem a dificuldades enfrentadas nas relações de trabalho, como fofocas, exigência de realizar atividades que não são suas atribuições ou serem inferiorizadas por outros profissionais da unidade. Como demonstra o trecho: “Não acho que há pessoas superiores na equipe e sim pessoas que se acham superiores, atuo em pé de igualdade com a equipe” (informação verbal; P6).

Essas dificuldades enfrentadas causam desânimo e afastamento dos ACS da unidade, que muitas vezes preferem estar na rua, em visita à comunidade, do que dentro da UBS. O distanciamento causado por conflitos internos é melhor expresso pelos relatos presentes na subcategoria **Contato somente quando necessário** como o que segue:

“[...] faço meu trabalho de acordo com o que pedem. Mas eu me dirijo ao profissional correspondente quando o paciente precisa, seja a farmacêutica, psicólogo e etc. Não estou tendo um bom contato com a minha enfermeira e isso dificulta o acesso ao médico às vezes, e isso é uma barreira” (informação verbal; P1).

Esse trecho, presente também em outros relatos, demonstra um rompimento na equipe, que prejudica a atuação de todos os profissionais envolvidos, mas principalmente a assistência aos usuários do serviço. São situações comuns, presentes no dia a dia de muitas empresas e organizações, mas que exigem profissionais preparados para lidar com a resolução de conflitos

internos.

Essa categoria engloba também duas subcategorias antagônicas, sendo elas **Relação conflituosa com a equipe** e **Relação harmônica com a equipe**. Que demonstra que questões individuais, ou seja, aspectos não decorrentes de sua função na equipe, influenciam na relação estabelecida com os demais membros da unidade. Como demonstram os trechos: “Tenho uma boa parceria com a equipe e me coloco a disposição para fazer acontecer” (informação verbal; P2). “Com relação a equipe, com grande parte não tenho mais contato; sou sincera em dizer, não faço questão” (informação verbal; P1). Portanto, como já citado, a relação estabelecida entre os profissionais interfere no atendimento prestado à população.

No contexto de relação entre a equipe, os resultados indicam ambiguidade. Alguns Agentes Comunitários de Saúde relatam possuir um bom vínculo com a equipe da unidade de saúde, o que possibilita a união em prol da resolução das necessidades dos moradores do território que procuram a unidade. Em contraposto, alguns ACS relatam uma relação conturbada com o restante da equipe, decorrente de conflitos internos que interferem nos serviços prestados à população.

Saúde e sofrimento dos ACS

Diante de dados contrastantes que apontam tanto para um bom relacionamento entre equipe, quanto para um relacionamento problemático, além de identificar dificuldades enfrentadas pelos ACS no desempenho de seu papel profissional, o sofrimento não passa despercebido. Muitos relatos indicam a precarização da saúde de profissionais que atuam em instituições de saúde.

A subcategoria **Absorver a carga do outro** contempla relatos que indicam que ao ouvir a problemática da população, é difícil sair “ileso”. Como demonstra o trecho: “Eu era uma esponja, absorvia o problema dos outros. Quando chegava em casa começava a me lavar muito para tirar esse peso” (informação verbal; P6). Essa situação demonstra a dificuldade de estabelecer uma escuta que contemple os problemas da população, mas que não atinja outros papéis vividos pelos ACS.

A **Frustração** presente em diversas profissões encontra também os Agentes Comunitários de Saúde frente a situações em que a comunidade não deseja sua presença ou interferência. O trecho a seguir evidencia essa situação: “A cobrança para executar um bom trabalho e não ser criticada leva inclusive a um estado de frustração caso o paciente não queira ser cadastrado” (informação verbal; P6). Essa frustração também pode ser geradora de ansiedade aos ACS que visam cumprir suas funções e/ou possuem ânsia por ajudar as pessoas, como evidenciado na categoria Papel dos ACS.

A **Ansiedade** aparece nos relatos de alguns profissionais também relacionando-a com autocobrança, frustração e estresse. Alguns dos participantes relataram inclusive necessitar tratamento especializado, como por meio do uso de medicamentos psiquiátricos para aplacar o sofrimento. Como evidencia o trecho: “Estou cada vez mais ansiosa e faço uso de medicação psiquiátrica para ansiedade” (informação verbal; P6).

Na subcategoria **Autocobranças**, os relatos estão diretamente relacionados à ansiedade e foram observados relatos como o de uma participante: “Me auto discrimino por causa da minha idade, mas isso é porque me cobro e me preocupo com meu trabalho” (informação verbal; P6). O relato evidencia a dificuldade de acompanhar mudanças tecnológicas na sociedade, como a implementação de tablets na atividade laboral. A autocobrança, a necessidade de acompanhar uma sociedade cada vez mais tecnológica, que tornam o mercado de trabalho ainda mais competitivo são questões que afetam a saúde psíquica e até mesmo física dos indivíduos.

Ainda, o **Estresse** vivenciado na rotina profissional deriva de situações específicas ou abrangentes. Por exemplo, o trecho a seguir: “Existe no território uma paciente com Transtorno de Personalidade Histriônica, que já causou diversos problemas e situações comigo, gerando um estresse profundo e afetando minha saúde mental” (informação verbal; P3). Nesse relato, há uma moradora específica da área que serve como um gatilho para o estresse vivenciado pela agente, enquanto outras falas evidenciam a perda de privacidade como um dos principais motivos de estresse.

Nesse sentido, a **Perda de privacidade** citada acima é um dos motivos mais recorrentes de sofrimento dos ACS para com sua profissão. Essa perda ocorre de formas distintas e nos mais diversos territórios, como demonstram os trechos: “Alguns pacientes sem noção procuram o agente de saúde no final de semana ou fora do horário de trabalho. Uma vez passei meu celular e deu problema. Os pacientes começam a mandar mensagens pelo whatsapp e a fazer ligações para perguntar coisas da unidade” (informação verbal; P3). “Já aconteceu de pacientes descobrirem meu número e mandar mensagem para mim às 10 horas da noite” (informação verbal; P5).

Sendo assim, a perda de privacidade é um fator influenciador de diversos sofrimentos enfrentados na rotina laboral já citados aqui, como frustração, estresse e ansiedade, além de sobrecarga.

A **Sobrecarga** decorrente tanto da perda de privacidade quanto do desvio de função prejudicam a saúde mental e física dos ACS. Como exemplifica o relato: “Por ser uma pessoa conhecida no bairro, tenho minha privacidade invadida. Os pacientes procuram mesmo fora do horário de trabalho. Muitas vezes cobram pela demora da consulta ou falta de médico, e isso sobrecarrega” (informação verbal; P6).

Além disso, por boa parte de sua atuação acontecer na rua, em que imerge a fim de

encontrar com a comunidade in loco, a **Saúde física** dos ACS também é prejudicada. Como demonstra o trecho: “Já fui atropelada duas vezes trabalhando, pois uso uma bicicleta para me locomover no território” (informação verbal; P1). Dessa forma, a saúde física desses profissionais também precisa ser assistida no dia a dia de sua atuação.

É possível identificar que, por possuírem sua atuação voltada ao vínculo com a comunidade e construir o elo entre território e equipe, as dificuldades e empecilhos vivenciados na rotina profissional interferem significativamente na saúde mental e emocional dos Agentes Comunitários de Saúde. Mas, além disso, a própria saúde física é afetada direta e indiretamente por sua atuação.

DISCUSSÃO

Apesar das definições estritas e concretas do trabalho a ser realizado pelos ACS nas legislações vigentes, como a Classificação Brasileira de Ocupações, a Política Nacional de Atenção Básica e a Lei n.º 13.595/2018, não é possível generalizar o fazer cotidiano desse profissional, uma vez que se diversifica conforme as possibilidades e características de seu território¹⁸. Conforme é possível observar na fala dos participantes desse artigo, e em acordo com Galvete et al.¹⁸, essa indefinição constitui ao mesmo tempo dificuldades e potências, que se alicerçam justamente na contextualização do cuidado e vinculação do profissional com o território, porém amplia demasiadamente o escopo de demandas e deveres dos ACS, podendo ser um fator de intenso estresse laboral.

O trabalho dos ACS na atenção básica é tomado por uma complexidade muitas vezes subestimada em quesitos técnicos: o vínculo. Esse trabalhador está imerso no universo da subjetividade humana, tanto na vinculação com o território, quanto com os profissionais e usuários dos serviços de saúde. A forma como essas relações se estabelecem são um ponto chave para a construção de uma discussão muito mais aprofundada. Uma das formas como essa conexão ocorre é pela identificação de demandas que poderiam passar despercebidas por profissionais que não participam do cotidiano do território, bem como, formas de intervenção consonantes à dinâmica já estabelecida na comunidade¹⁹. Sendo assim, o trabalho do ACS pode servir como um importante vetor na potencialização do trabalho de outros profissionais, uma vez que sua vinculação com os usuários e território servem como elo na relação destes com os profissionais e a própria unidade.

Bezerra e Feitosa²⁰ refletem sobre a necessidade de fortalecer a relação entre os ACS e as famílias no contexto da Atenção Básica à Saúde, no sentido de facilitar o acesso e o acompanhamento do território. Pois é na possibilidade do encontro com o outro e com o ambiente, do cuidado e da atenção, que os ACS vivenciam as relações de afetos que

potencializam a sua ação e a motivação para realizar o trabalho. A vinculação dos ACS com a comunidade advém de suas implicações com as mesmas dificuldades da população que acompanham. As competências e habilidades técnica, assistencial e promotorista se aliam à sua condição horizontal para reconhecer as singularidades da vida comunitária²¹. Destaca-se nessa condição a similaridade cotidiana dos determinantes sociais encontradas no território entre ACS e usuários. Quem busca prover cuidado, por diversas vezes, também sofre com as mesmas vulnerabilidades do local: violência, acidentes, falta de saneamento, e outros fatores socioeconômicos.

Um agente necessariamente deve ser residente do território em que atua, esse tipo de situação coloca o indivíduo numa posição de difícil manejo frente a aspectos transferências nas relações com os usuários. O agente não atende apenas um “usuário do serviço”, ele atende o vizinho, o amigo de infância, um familiar, o idoso que o conhecia desde sua tenra idade. Na medida em que começa a conhecer usuários com quem anteriormente não tinha contato na vizinhança, os vínculos podem se estabelecer de maneira problemática. Nessas circunstâncias surgem os pedidos de favores “especiais” e informações sigilosas, acesso ao número privado do agente para envio de mensagem por WhatsApp™, frustração constante por não conseguir resolver um problema do usuário que foge da alçada do profissional, ter a casa vigiada para saber se está realmente trabalhando e ser abordado fora do horário de trabalho ou nas férias.

Ocupar o lugar de usuário e profissional de saúde simultaneamente pode gerar diversas experiências, consideradas positivas ou negativas, de acordo com a vivência de cada ACS. Algumas das dificuldades indicadas por Souza e Freitas²² ao experimentar esses papéis referem-se justamente à busca incessante da comunidade pelo ACS, inclusive quando fora do expediente, como responsável pela resolutividade de situações que extrapolam as suas atribuições. Logo, além da sua participação efetiva no trabalho diário com outros membros da equipe, é estipulado de modo latente ao ACS uma espécie de “terceiro turno” de trabalho, uma vez que sua vinculação com o território e usuário se apresenta de modo dual: morador e profissional de saúde. Os autores ainda sinalizam que essa vivência pode gerar uma deterioração da participação do ACS enquanto membro da comunidade. O exercício de atividades fora do horário de trabalho foi relatado também em outras regiões do país e, incorrendo em horas excedentes, deve ser observado como fator que pode impactar negativamente na qualidade de vida nos âmbitos ocupacional e pessoal²³.

Nesse contexto, o desgaste emocional do ACS pode ser maior do que os demais trabalhadores do SUS, pelo fato de estar inserido dentro de sua comunidade, compartilhar uma rotina de vida com as pessoas e ao mesmo tempo ser um trabalhador de saúde no bairro onde mora. Esse impacto na vida laboral e pessoal do ACS pode não ser percebido pela equipe, em virtude das dinâmicas de trabalho e vinculação territorial serem particularmente diferentes. O

ACS exerce um duplo papel, sendo sujeito e agente, o que muitas vezes pode influenciar na dificuldade em manter um distanciamento entre seu trabalho e sua moradia, e a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico para esse trabalhador.²⁴

Por outro lado, o fato de ter uma relação previamente estabelecida com o território e seus moradores se mostra também como elemento facilitador do trabalho. Transpondo as barreiras da impessoalidade, o ACS tem acesso às residências e as histórias de vida da comunidade como nenhum outro profissional. Há momentos inclusive em que o acesso a certas casas e regiões do território por outro profissional só são apropriadas na presença do ACS, que se torna um elo, uma ponte que leva ao lar, à família, ao cerne da subjetividade humana. Desse modo, a relação do ACS com os demais membros da equipe torna-se ponto de fluidez e flexibilidade na relação comunitária com os usuários, facilitando a vinculação com os demais profissionais da saúde. Na mesma perspectiva, entende-se que a Atenção Básica é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo necessária para ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações entre os demais pontos de atenção, explicitando ainda mais a importância do ACS para a organização da RAS, visto a potencialidade do seu trabalho na ampliação da capilaridade das ações e intervenções em saúde²⁵.

Dessa forma, o vínculo que o ACS estabelece facilita não apenas seu trabalho, mas a ação dos outros profissionais de sua equipe, que podem realizar a partir dessa ponte intervenções mais elaboradas e ter acesso às demandas “invisíveis” do território, que não estão presentes, respectivamente, em diretrizes clínicas de modelo biomédico e nas fichas de encaminhamento. Entretanto, diante da ambiguidade morador-profissional, essa relação nem sempre é harmônica, podendo esse mesmo papel de estabelecer pontes entre população e SUS, comportar diversos sentidos entre a valorização e a desvalorização do ACS. Valor enquanto elo e desvalor em relação a resolutividade de situações que não lhe cabem, ou na hierarquia sentida nas relações de trabalho em equipe²⁶. Essa problemática pode se manifestar de duas formas: primeiramente, para alguns usuários, o ACS deve-se tornar um veículo para favores especiais dentro da UBS, e para outros profissionais, o nível de complexidade técnica de seu trabalho é subestimado, visto como uma dinâmica simplista pautada nas relações de vínculo com usuários e território, um tipo de ponte conveniente para os outros profissionais realizarem seu trabalho na comunidade.

Outro aspecto que expressa as ambiguidades sentidas no trabalho do ACS e sua relação com a equipe também é percebido quando outros profissionais acabam atribuindo funções aos ACS que fogem do seu escopo de atuação, como a entrega de medicamentos nos domicílios. Tais situações podem ocorrer em virtude da falta de conhecimento das atribuições específicas desse profissional, ou pelo “tratar diferente da equipe”, por entenderem suas ações diárias como “simplistas”, pois se limitam apenas a “visitas e vínculos”, logo atribuir-lhe mais funções seria

algo “natural” a se fazer. Ao expor a experiência do ACS sentir seu trabalho e saberes desvalorizados diante da equipe, essa relação por vezes conflituosa parece denunciar resquícios do modelo assistencial médico-centrado e a dificuldade em estabelecer um trabalho interdisciplinar, articulado e horizontalizado²⁶. Assim como a falta de reconhecimento, a dificuldade de entrosamento com a equipe também é indicada como dificultador das relações de trabalho²². Merhy e Franco²⁷ observam que a partir da reestruturação do modelo médico-hegemônico podemos usufruir do potencial de trabalho dos demais profissionais, elevando a resolutividade dos serviços, o cuidado direto ao usuário e potencializando o “trabalho vivo em ato” como fonte de energia criativa e criadora da configuração assistencial da saúde.

Diante das dificuldades do trabalho em equipe e conflitos internos presentes na relação entre ACS e demais profissionais, Nascimento et al.²⁸ citam algumas das principais consequências decorrentes de falhas na comunicação na equipe, como os prejuízos na discussão, avaliação e planejamento das demandas e ações desenvolvidas. Dessa forma, entende-se que a desvalorização do trabalho do ACS na equipe impacta diretamente no desenvolvimento das ações e na contextualização do cuidado frente às demandas do território, uma vez que seu trabalho é um elo vinculativo necessário não apenas para os pontos de Atenção Básica, mas também para a RAS. Por outro lado, a organização dos processos de trabalho de forma a favorecer o diálogo entre integrantes da equipe e a horizontalidade das relações incide positivamente no trabalho dos ACS, refletindo na qualidade assistencial e na prestação de serviços na UBS²⁹.

Além disso, a interseção entre os problemas encontrados nas relações disfuncionais com a equipe e usuários acaba sendo um aspecto proeminente na geração de sofrimento ao ACS. Como fator agravante tem-se também os perigos encontrados no território, relatados por alguns ACS durante a pesquisa, como: ser atropelado no percurso do trabalho, encontrar animais raivosos e outras vulnerabilidades intrínsecas a uma atuação cotidiana em território aberto. A cobrança pessoal e da comunidade, o estresse, a ansiedade e a frustração se entrelaçam entre a pessoalidade e o labor, e as fronteiras da vida pessoal e sua função como profissional da saúde se extinguem.

Observa-se que quando os saberes do ACS são reconhecidos pela equipe, ocorre o reconhecimento do profissional, a horizontalidade das relações é valorizada, o planejamento de ações em saúde é aprimorado e os demais membros da equipe ganham tranquilidade e segurança na realização do próprio trabalho²⁶. Do mesmo modo, estudos acerca da atividade profissional do ACS destaca impactos sobre a desvalorização do profissional, qualidade de vida, custos afetivos, cognitivos e custos e danos físicos aos quais os agentes comunitários de saúde estão expostos.^{22, 23, 26, 30}

Para além disso evidencia-se a correlação entre a qualidade de vida no trabalho, a

cooperação multiprofissional consoante com as demandas e barreiras do ACS, bem como demandas coletivas e individuais sinalizadas por ele, e a qualidade da assistência à população²³. Observa-se que assim como a saúde do ACS interfere sobre o atendimento aos usuários, a possibilidade de atender adequadamente o usuário em suas demandas também incide sobre a saúde do profissional.

CONCLUSÃO

A dinâmica de trabalho do Agente Comunitário de Saúde talvez seja uma das mais peculiares dentre todos os profissionais da saúde. A imersão provocada por trabalhar e morar no local de atuação resulta em consequências diversas, tanto positivas quanto negativas. O território, a equipe e as características subjetivas de cada ACS são variáveis que atingem de maneira significativa a saúde desse trabalhador. A história previamente estabelecida com a comunidade pode ou não ser usada a favor desse trabalhador, cujo manejo nas relações interpessoais é essencial para que se diminua o desenvolvimento de vínculos disfuncionais.

Dessa forma, frente ao objetivo do trabalho, entende-se que o ACS apresenta uma relação estreita com o território, em virtude de sua dualidade como “morador” e “trabalhador”, impactando inclusive sua dinâmica de trabalho dentro da unidade e na relação com outros profissionais, visto o vínculo comunitário diferenciado deste profissional. No mesmo sentido em que a proximidade com o território se apresenta como um trunfo na dinâmica de trabalho do ACS, o processo de adoecimento do profissional também é impactado por essa relação, que por diversas vezes fere sua privacidade e extrapola os limites de suas funções laborais, gerando uma alta carga de estresse e sofrimento, principalmente ao lidar com usuários que apresentam demandas específicas no campo da saúde mental.

Sendo assim, apesar da assertividade nas relações com os usuários e a capacitação para lidar com aqueles que estão em sofrimento psíquico ser um caminho promissor, não podemos excluir fatores que fogem do controle do ACS como a vigilância da comunidade sobre seu trabalho ou ser um ponto de referência para dúvidas mesmo fora do expediente (embora esse último possa ser atenuado com o manejo adequado). Estar a serviço da comunidade para o ACS significa não apenas “trabalhar para”, mas estar “sujeito a” ela. Os problemas que afetam os próprios usuários que o ACS atende, também estão sujeitos a lhe afetar, e o sofrimento se amplifica quando a própria equipe não compreende sua atribuição profissional ou subestima seu papel na atenção básica.

Não há ninguém na equipe com tanto conhecimento sobre a comunidade do que o próprio ACS. Eles são o elo, a ligação necessária para que o trabalho na atenção básica ocorra. São os mensageiros, diplomatas e “especialistas da comunidade”. Estar atento ao sofrimento desses

profissionais é prezar pelo próprio funcionamento da atenção básica, ou melhor, do SUS. A pulsão que move a saúde pública se inicia na gênese do cuidado, no berço da subjetividade humana, na comunidade, e é nisso que encontramos a essência desse profissional.

O presente estudo encontrou significativos dados sobre saúde e sofrimento dos ACS, no entanto, dentre as limitações estão as especificidades geográficas, sendo o estudo realizado em apenas uma localidade. Para estudos futuros sugere-se a ampliação dos territórios pesquisados e a caracterização de algumas variáveis como tempo de trabalho e tempo que vive no território, que podem interferir nos dados encontrados.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da saúde (Brasil). PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
4. Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitário de saúde: uma revisão de literatura. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2008 [acesso em 2020 dez. 15]; 13(1): 259-68. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20415>
5. Brasil. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2011.
6. Brasil. Portaria n.º 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). Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2017.
7. Moreira DC, Soares DA, Castro CP, Bispo Júnior JP. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. Physis [internet]. 2019 [acesso em 2020 dez. 07]; 29(3): e290304. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZPsxKvhmrMZy3gwGPx8Mr5Q/?format=pdf&lang=pt>
8. Gomes KO, Catto RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. Physis [internet]. 2010 [acesso em 2020 dez. 07]; 20(4): 1143-64. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>
9. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.
10. Gomes RS, Coqueiro JFR. Qualidade de vida relacionada à carga de trabalho dos profissionais de saúde com enfoque nos problemas desencadeados. Id on Line Rev. Psic [internet]. 2017 [acesso em 2020 dez. 10]; 10(33): 249-61. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/617>

11. Milanez TCM, Soratto J, Ferraz F, Vitali MM, Tomasi CD, Sorato MT, Bittencourt LTG. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. *Cad. saúde colet* [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov. 30]; 26(2): 184-90. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020246>
12. Castelblanco DCC, Lise F, Schwartz E, Zilmer JGV, Oliveira SG. Cuidado al cuidador profesional de salud: revisión integrativa. *Rev. Uruguay de Enfermería* [internet]. 2020 [acesso em 25 fev. 2022]; 15(1):1-14. Disponível em: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/27984/1/RUE2020v15n1Castelblanco.pdf.pdf>
13. Silva MA, Lampert SS, Bandeira DR, Bosa CA, Barroso SM. Saúde emocional de Agentes Comunitários: Burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Revista da SPAGESP* [internet]. 2017 [acesso em 2020 nov. 17]; 18(1): 20-33. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6121387>
14. Brandão CR. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense; 1999.
15. Thiollent M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez; 2005.
16. Holliday OJ. *Para sistematizar experiências*. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizario AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2013 [acesso em 2020 nov. 23]; 17(46): 575-86. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n46/575-586/>
19. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov. 23]; 42(116): 11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
20. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov. 20]; 23(3): 813-22. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>
21. Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto contexto – enferm* [internet]. 2014 [acesso em 2020 dez. 13]; 23(3): 626-32. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>
22. Souza LJR, Freitas MSC. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev. baiana saúde pública* [internet]. 2011 [acesso em 2020 dez. 17]; 35(1): 96-109, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n1/a2100.pdf>
23. Neto FRGX, Liberato BTG, Ximenes MRG, Santos FD, Oliveira KMCP, Gurgel AGSR. Percepção do agente comunitário de saúde sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. *Saúde Rev* [internet]. 2018 [acesso em 2020 dez. 12]; 18(50): 3-12. <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v18n50p3-12>
24. Santos LT, Souza FO, Freitas PSP. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde* [internet]. 2019 [acesso em 2022 fev. 26]; 17(61):105-13. Disponível em: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5600/pdf
25. Roce NM, Oliveira MF, Souza e Silva L. O Acesso à Atenção Primária à Saúde: fatores facilitadores. *Revista de APS* [internet]. 2020 [acesso em 2022 fev. 25]; 23(supl.2): 18-19. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33624>

26. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2016 [acesso em 2020 nov. 28]; 21(8): 2537-46. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2537.pdf
27. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, França JC, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
28. Nascimento VF, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC, Cabral JF, Gleriano JS, Borges AP, Ribeiro GRMS. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. *Saúde (Santa Maria)* [internet]. 2017 [acesso em 2020 nov. 19]; 43(1): 60-9. <https://doi.org/10.5902/2236583423119>
29. Alonso CMC, Béguin PDD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov. 19], 52:1-13. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>
30. Santos AC, Hoppe AS, Krug SBF. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis* [internet]. 2018 [acesso em 2020 nov. 19]; 28(4):1-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280403>