



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELIZÂNGELA DE MORAIS SANTOS

**PSICODINÂMICA DO TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO PERÍODO DA PANDEMIA DA
COVID-19**

**VITÓRIA DA CONQUISTA
2023**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



ELIZÂNGELA DE MORAIS SANTOS

**PSICODINÂMICA DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE NO PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos.

VITÓRIA DA CONQUISTA
2023

Elizângela de Moraes Santos

"Psicodinâmica do trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde no período da pandemia da covid-19"

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

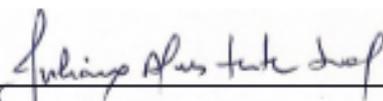
Linha Pesquisa: Produção do cuidado e práticas em saúde.

Aprovada em 13/07/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite Leal (Examinadora Externa)
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS



Prof.^a Dr.^a Helca Franciulli Teixeira Reis (Examinadora Interna)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

S237

Santos, Elizângela de Moraes.

Psicodinâmica do trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde no período da pandemia da covid-19. / Elizângela de Moraes Santos. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023.

109 f. ; il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Saúde Mental. 3. COVID-19
I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde.
II. Santos, Adriano Maia dos. III. Título.

CDU: 616-051:159.92(813.8)(043.3)

Aos meus filhos, **Teteu e Rafinha**, que sempre foram meu porto
seguro nos momentos de incertezas.

Aos meus pais, **Edleuza e Luiz**, que foram minhas primeiras
referências de afeto.

Ao meu companheiro **Rafa**, por sempre que possível está presente.

Às minhas irmãs, **Elba, Cleide e Neide**, sempre presentes nos
momentos difíceis.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas, **Luiz, Juba, Tuco, Davi, Livinha,**
Vida, Diogo.

Agradecimentos

Em 21 de novembro de 1978, nascia uma menina destinada a ser forte. Forte no sentido de ultrapassar inúmeras situações adversas e se manter de pé. Essa sou Eu, e me permito fazer essa descrição porque sei o caminho percorrido até aqui, os obstáculos vencidos e as vitórias alcançadas. Diversas vezes me perguntei: “Como vou conseguir?”. Mas, nunca tive dúvidas de que esse dia chegaria. E isso foi o que me fez continuar: a certeza que conseguiria. Nesse caminho de pedras e flores, encontrei muitas pessoas que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional. Escolho aqui, não falar das pedras e, sim, das flores.

Deixo aqui o meu agradecimento ao grande Deus, que esteve comigo até agora.

Aos meus filhos Teco e Rafinha, por entenderem minhas ausências em momentos importantes de suas vidas. Sei que meu colo fez muita falta para vocês...

Agradeço aos meus pais, pois toda minha caminhada só teve início porque eles desejaram. E contribuíram para que eu tenha as características de personalidade que tenho atualmente.

Nesse percurso, agradeço minhas irmãs: Neide, Cleide e Elba, por saber em que, em meio ao caos, poderia contar com vocês. Em especial minha colega de vida escolar, Elba. Sempre me acompanhando e me dando diversos tipos de suporte, nessa produtiva caminhada do conhecimento.

Agradeço a meu companheiro Rafa, por ter percebido a importância do conhecimento na minha vida.

Agradeço ao meu querido orientador, Adriano, pela parceria. Nossos momentos de orientações eram, para mim, momentos de acolhimento, onde foi uma figura de calma em meio ao caos vivenciado. Certamente, é um Ser que levarei na memória, nos próximos passos dados, por me impulsionar e me fazer acreditar que conseguiria chegar.

Outra figura importante no caminho foi a professora Nilia, pois além do aprendizado adquirido, é para mim inspiração. Obrigada por direcionar sempre um olhar de confiança para mim.

Agradeço também a todos os professores que encontrei no caminhar do mestrado, todos contribuíram com o produto final desse ciclo.

Um encontro lindo e que merece agradecimento é aos meus colegas de disciplinas: Paulo, Daiane Neri, Pablo, Camila, Taise, Lourdes e todos que, de alguma forma, se fizeram presente. Vocês tornaram a caminhada mais leve.

Outro agradecimento especial é para os profissionais do meu núcleo de trabalho, em especial, para Bárbara, que sempre foi acalento nos momentos difíceis.

Agradeço também ao grupo de ACS que participou da pesquisa. Vocês são parte essencial nessa trajetória.

Aos profissionais da Atenção Básica, que facilitaram meu encontro com os ACS, participantes da pesquisa.

Enfim, foi uma caminhada longa e difícil, mas também muito prazerosa devido a todos esses encontros no caminho.

A arte existe para que a realidade não nos destrua. (Nietzsche)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Serviços da APS de Vitória da Conquista.....	33
Tabela 2	Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde por EqSf da zona rural de Vitória da Conquista.	34
Tabela 3	Perfil dos sujeitos da pesquisa	36
Tabela 4	Principais resultados da categoria “Os sentidos de ser ACS”	44
Tabela 5	Principais resultados da categoria “Trabalho na pandemia: sofrimento e prazer”	58
Tabela 6	Principais resultados da categoria “Processo de criação: o prescrito e o real”	62
Tabela 7	Principais resultados da categoria “O encontro com a realidade da pandemia: o medo”	68
Tabela 8	Principais resultados da categoria “Estratégias de defesa: vivências na pandemia”	73
Tabela 9	Principais resultados da categoria “Reconhecimento: um sentido para continuar o trabalho”	80

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1	Mapa conceitual da psicodinâmica do trabalho.....	40
Figura 2	Triângulo da dinâmica do reconhecimento.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	crescimento e desenvolvimento
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família- Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

SANTOS, Elizângela de Moraes. “Psicodinâmica do trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde no período da pandemia da covid-19”. **Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2023.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vêm percorrendo um caminho árduo em busca de reconhecimento e fortalecimento da identidade profissional e das suas atribuições, intensificado, especificamente, durante a pandemia da covid-19. Durante a pandemia, os ACS foram recrutados para realização de atividades corriqueiras já preconizadas na atenção à saúde territorial, com algumas adaptações. Assim, tiveram que acumular outras responsabilidades relacionadas ao controle da pandemia no território. Esse estudo tem como objetivo a análise da psicodinâmica do trabalho dos ACS, no contexto da pandemia da covid-19. Para tanto, foi utilizado o arcabouço teórico da psicodinâmica do trabalho em saúde. Para a psicodinâmica do trabalho, o trabalho é um fator constitutivo da formação psíquica do sujeito, sendo que pode ser causador de sofrimento ou de prazer. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Vitória da Conquista, Bahia. Os sujeitos da pesquisa foram dezoito ACS que trabalhavam em unidades de saúde da família da zona rural. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. A interpretação dos dados ancorou-se na análise de conteúdo temática e foi organizada em seis categorias: a) Os sentidos de ser ACS; b) Trabalho na pandemia: sofrimento e prazer; c) Processo de criação: o prescrito e o real; d) O encontro com a realidade da pandemia: o medo; e) Estratégias de defesa: vivência do trabalho na pandemia; e f) Reconhecimento: um sentido para continuar o trabalho na pandemia. Os resultados principais apontam que: 1) ser ACS, não foi uma profissão almejada e o motivador foi alcançar uma estabilidade financeira, sobretudo por não terem outras oportunidades de vínculo empregatício. Assim, a adaptação, o aprendizado e a identidade profissional ocorreram no processo de trabalho cotidiano na comunidade; 2) Sentimentos “não positivos” foram externalizados como, por exemplo, o sofrimento psicológico acarretado pela prática, a impotência diante das adversidades, a permanência no trabalho por falta de opção em ter outra ocupação profissional, a interferência no seu núcleo familiar, por não haver um limite “respeitado” pela comunidade entre dia/horário de trabalho e momento de descanso; 3) Trabalhar como ACS foi uma atividade desafiadora, particularmente, no período da pandemia. Em algumas situações, o ACS tem que ser um “psicólogo” para conseguir acolher as demandas da comunidade. Tal necessidade requer um esforço cognitivo e uma busca permanente para manter um equilíbrio nas relações com a população e, frequentemente, tentativas de se colocar no lugar do outro para compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidado. Além disso, destacaram que, por vezes, eram responsabilizados por todos os lados pela comunidade e pelo serviço, por não conseguirem suprir as várias demandas dos usuários. Por fim, os ACS reconheceram a relevância do seu trabalho para êxitos das ações desenvolvidas pela equipe da APS, com especial destaque para territórios rurais. Não por acaso, destacaram a importância do vínculo que desenvolvem entre o conhecimento tecno-científico e o conhecimento popular, o elo de confiança e informação entre o serviço e a população e se percebem como fundamentais para o SUS, inclusive no contexto da pandemia.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Rural; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; covid-19.

ABSTRACT

SANTOS, Elizângela de Morais. "Psychodynamics of the work of Community Health Workers during the covid-19 pandemic". **Master's degree dissertation presented to the Postgraduate Program in Collective Health at the Federal University of Bahia.** Vitoria da Conquista, Bahia: UFBA, 2023.

Community Health Workers (CHWs) have been going through an arduous path in search of recognition and strengthening of their professional identity and their attributions, intensified specifically during the covid-19 pandemic. During the pandemic, CHWs were recruited to perform routine activities already recommended in territorial health care, with some adaptations, as well as having to accumulate other responsibilities related to the control of the pandemic in the territory. This study aims to analyze the psychodynamics of CHWs' work in the context of the covid-19 pandemic. To do so, the theoretical framework of the psychodynamics of work in health was used. For the psychodynamics of work, work is a constitutive factor of a person's psychic formation, and it can cause suffering or pleasure. This is a qualitative study developed in the city of Vitória da Conquista, Bahia. The research subjects were eighteen CHWs who worked in family health units in rural areas. Data were produced through semi-structured interviews. Data interpretation was anchored in thematic content analysis and was organized into six thematic categories: a) Meanings of being a CHW; b) Working in the pandemic: suffering and pleasure; c) Creation process: the prescribed and the real; d) Meeting the reality of the pandemic: fear; e) Defense strategies: experiencing the work in the pandemic; and f) Recognition: a meaning to continue working in the pandemic. The main results indicate that: 1) being a CHW, was not a desired profession and the motivator was to achieve financial stability, especially for not having other employment opportunities. Thus, the adaptation, the learning, and the professional identity occurred in the process of daily work in the community; 2) "Not positive" feelings were externalized, such as, for example, the psychological suffering caused by the practice, the powerlessness in the face of adversity, the permanence in the job for lack of option to have another professional occupation, the interference in their family nucleus, for not having a limit "respected" by the community between working time and rest time; 3) Working as CHWs was a challenging activity, particularly during the pandemic period. In some situations, the CHW has to be a "psychologist" to be able to receive the demands of the community. Such need required a cognitive effort and a permanent search to maintain a balance in relations with the population and, often, attempts to put themselves in the other's shoes to understand the complexity of the health-disease-care process. In addition, they emphasized that they were sometimes blamed from all sides by the community and the service for not being able to meet the various demands of the users. Finally, the CHWs recognized the relevance of their work for the success of the actions developed by the APS team, with special emphasis on rural areas. Not coincidentally, they highlighted the importance of the link they develop between technical-scientific knowledge and popular knowledge, the link of trust and information between the service and the population, and perceive themselves as fundamental to the SUS (National Health System), even in the context of the pandemic.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Rural Health Services; Occupational Health; Mental Health; Covid-19.

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO: NARRATIVAS DE UM CAMINHO PERCORRIDO.....	15
2 INTRODUÇÃO.....	17
2.1 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO	17
2.2 JUSTIFICATIVA.....	22
2.3 PRESSUPOSTO.....	22
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 REVISÃO DA LITERATURA	24
4.1 PRÁTICA DO ACS NO SUS: um caminho em transe?	24
4.2 A PANDEMIA DA COVID 19: orientações para as práticas dos ACS no período pandêmico	26
4.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: análise a partir da psicodinâmica do trabalho	28
5 CAMINHOS DA PESQUISA.....	31
5.1 TIPO DE ESTUDO	31
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
5.3 SUJEITOS DA PESQUISA	32
5.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS	37
5.4.1 Entrevista semiestruturada	37
5.5 ANÁLISES DOS DADOS	37
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	40
6 RESULTADOS.....	41
6.1 CATEGORIA 1 – OS SENTIDOS DE SER ACS	41
6.2 CATEGORIA 2 - TRABALHO NA PANDEMIA: SOFRIMENTO E PRAZER.....	43
6.3 CATEGORIA 3 - PROCESSO DE CRIAÇÃO: O PRESCRITO E O REAL.....	58
6.4 CATEGORIA 4 - O ENCONTRO COM A REALIDADE DA PANDEMIA: O MEDO.....	62
6.5 CATEGORIA 5 - ESTRATÉGIAS DE DEFESA: VIVÊNCIA DO TRABALHO NA PANDEMIA.....	67
6.6 CATEGORIA 6: RECONHECIMENTO: UM SENTIDO PARA CONTINUAR O TRABALHO NA PANDEMIA.	72

7	DISCUSSÃO	80
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
9	REFERÊNCIAS	
10	APÊNDICES	
11	ANEXO	

1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO: NARRATIVAS DE UM CAMINHO PERCORRIDO

Nascida em Afogados da Ingazeira, cidade localizada no sertão Pernambucano, já na infância, eu questionava reproduções sociais. A recordação que tenho da minha autoimagem é de ser questionadora. Em alguns momentos, de maneira internalizada, já, em outros, expressando minhas inquietações. A saúde mental sempre foi um aspecto que me instigou curiosidades, pois, ainda criança, percebia um estigma em relação à forma que o sujeito com demandas de saúde mental tinha suas relações construídas com as outras pessoas, em que um distanciamento predominava.

Em 1995, passei a residir em Vitória da Conquista, na Bahia, onde dei continuidade à minha trajetória na educação formal, assim como iniciei minha vida profissional. Consegui, então, uma vaga para lecionar em uma escola pública do município de Vitória da Conquista, em 2004. Enquanto professora, questionava o sistema educacional público, excludente e reprodutor, que naturaliza o fracasso escolar, excluindo os sujeitos que não correspondem aos parâmetros estabelecidos como esperados por uma sociedade capitalista, que busca pessoas produtivas para alimentar esse sistema.

Ingressei na formação de psicóloga em 2005, na Faculdade de Tecnologia e Ciências, e busquei na psicologia justificativas e alternativas para desviar caminhos traçados por sentenças biomédicas de diagnósticos de dificuldade de aprendizagem, caminhos de medicalização e estigmas, que desconsideram que fatores sociais podem influenciar o desenvolvimento cognitivo do sujeito. Com a graduação em Psicologia, tive contato com teorias que defendem a interação do biológico com o meio social. Apesar disso, o discurso da prática clínica, individual e fragmentado, prevalecia no currículo do curso.

Após concluir a graduação, em 2009, trabalhei no município de Encruzilhada, Bahia, em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Em seguida, fui transferida para um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Quando completei o período de contrato, de 2 anos, ainda em Encruzilhada, passei em um processo seletivo para trabalhar no CREAS de Milagres, Bahia. Nesse município, desenvolvi a prática da Psicologia até 2014.

Fui assim, transitando em diversos campos profissionais, até chegar no âmbito da saúde pública, ainda em 2014, na Atenção Primária à Saúde, do município de Vitória da Conquista. Neste município, sou, desde então, servidora pública e desempenho uma função de apoio às Equipes de Saúde da Família, em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

(NASF-AB). Assim, passei a compor uma equipe multiprofissional e o encantamento com a proposta de trabalho foi instantâneo, por perceber a possibilidade de ruptura de um hábito profissional que rotula, exclui e reproduz preconceitos direcionados aos sujeitos que não se enquadram em estereótipos idealizados socialmente.

De maneira simultânea a esse percurso profissional, realizei cursos na área da Educação e da Saúde, buscando uma formação permanente. Nesse ínterim, ingressei no Mestrado em Saúde Coletiva, em 2020. Contudo, o desejo de investigar um objeto de estudo relacionado à saúde mental emergiu antes mesmo da vinculação ao programa de mestrado, em decorrência das lacunas na área da pesquisa, assim como uma disparidade entre a política e a prática no âmbito da saúde mental.

Desde 2020, em consequência à pandemia da covid-19, as práticas profissionais no âmbito da saúde sofreram mudanças. Assim, os profissionais tiveram que buscar alternativas para conseguir lidar com a adversidade de vivenciar uma pandemia e continuar prestando atenção à saúde. Sendo assim, aproximo-me do objeto de pesquisa e encanto-me com a possibilidade de pesquisar à saúde mental do Agente Comunitário de Saúde (ACS) num contexto complexo, que exige distanciamento social, e, paradoxalmente, necessita trabalhar com ações de cunho comunitário e com “proximidade” social.

2 INTRODUÇÃO

2.1 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a “psicodinâmica do trabalho de agentes comunitários de saúde no período da pandemia da covid-19”.

A categoria profissional dos ACS foi instituída em 1991 com a construção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ainda assim, existem registros anteriores de trabalho comunitário nos serviços ofertados à população (BARROS *et al.*, 2010). A trajetória histórica da prática dos ACS menciona, inicialmente, um direcionamento para a realização de um conjunto de atividades descritas como sanitárias junto à comunidade, com orientações relacionadas à vacina e ao aleitamento materno, acompanhamento de gestante e desenvolvimento infantil, práticas descritas como de baixa densidade tecnológica, todavia atividades de alto impacto em relação à resolubilidade das demandas (MOROSINI; FONSECA, 2018).

É válido mencionar que a categoria ACS foi criada como profissão com a lei nº10.507/2002 (BRASIL, 2002). E, na atualidade, obteve outra conquista, enquanto categoria profissional, com a lei nº14536/2023, ao formalizar os ACS como profissionais da saúde e, assim, propiciar a acumulação de dois cargos públicos, com a condição de que não haja conflitos entre os horários (BRASIL, 2023).

Por conseguinte, com a criação, a categoria teve como referencial norteador das suas práticas, inicialmente, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) 2006 ao descrever as atribuições dos agentes, com princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente. Assim como, passou a fazer parte da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, desse modo, ser reconhecido como profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). A posteriori, em 2011, foi formulada uma atualização da PNAB que reafirma o ACS como profissional que compõe a ESF (BRASIL, 2012).

A conformação da prática do ACS, até então, fez com que o trabalho desenvolvido fosse reconhecido como sendo de relevância para a ESF, por estar na posição de profissional que trabalha na saúde, assim como de morador do território e, em consequência, vivenciar um processo de pertencimento e ser afetado pelas demandas existentes na comunidade. Nesse sentido, ser um profissional que conhece a realidade local, com suas características culturais e sociais, assim como potencialidades e fragilidades (SAFFER; BARONE, 2017).

No entanto, em 2017, outra revisão da PNAB foi aprovada, contendo mudanças relacionadas à organização da APS. Dentre essas mudanças, foram direcionadas atribuições dos ACS, integrando-as com as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Endemias (ACE). Outro ponto relevante é a incorporação das ações clínicas e individuais, peculiares à enfermagem; ainda é válido mencionar que as atribuições dos ACS, no texto, versam em caráter excepcional. Ademais contém uma alteração importante para a categoria, que é a não obrigatoriedade do ACS nas equipes das unidades básicas de saúde e a redução do número de ACS nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) (BRASIL, 2017).

Ressalta-se a mudança em relação à compreensão do termo comunitário, que passou a fazer alusão basicamente ao local de desenvolver a prática profissional, e as atividades educativas que passaram a ser relacionadas apenas à prevenção e ao controle de risco das doenças. Culminando com discursos que questionam, na atualidade, a resolutividade do trabalho dos ACS e a necessidade da categoria para a APS (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Para corroborar a contextualização da realidade vivenciada pelos ACS na organização do trabalho, percebe-se que os profissionais estão sendo captados para desenvolver atividades que os afastam da vigilância à saúde no território. Uma vez que são atividades que ocupam parte da carga horária com ações administrativas na unidade como, por exemplo, realizar o agendamento de consultas para os usuários do território adscrito. Posto que essa não é uma responsabilidade do ACS, de acordo com os referenciais que definem suas atribuições (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018).

Neste sentido, desde a implementação do trabalho do ACS, este profissional passou a aglutinar funções na ESF com atividades diversas como ações de coletar dados e alimentar o sistema de informações, atividades que divergem do que está na origem da prática almejada de promoção da saúde e prevenção de doenças. Destarte, as potencialidades de sujeito social no território como intermediário entre as demandas dos usuários e os profissionais de saúde estão sendo substituídas por atividades burocráticas (NOGUEIRA, 2019).

Esse processo de transição em relação a identidade dos ACS, somado a instabilidade do vínculo empregatício e carga horária que extrapola as 40 horas semanais, pode ser um fator que contribui para desencadear sofrimentos e até o acometimento de transtornos psíquicos, devido ao trabalho não possibilitar um sentido de prazer (MENDES, 2007). Neste contexto o trabalho é uma ação importante para constituição do sujeito, mas pode também ser um fator de estresse e adoecimento (RESENDE *et al.*, 2011).

Um cenário com adversidades propícias para potencializar o adoecimento do ACS é a realidade dos profissionais da zona rural, pois desenvolvem sua prática em territórios de difícil

acesso, em localidades dispersas, que dependem de condições climáticas favoráveis para chegar até os usuários, por não serem áreas asfaltadas. Também enfrentam o desafio de ter que adaptar sua carga horária a dos usuários para que possam realizar suas ações ou mesmo efetuar a visita domiciliar em lugares insólitos (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Outro desafio vivenciado pelos ACS no cotidiano do ambiente de trabalho é estabelecer o limite entre a vida pessoal, o saber comunitário e a prática profissional. Esse aspecto pode gerar tensões nas relações desses trabalhadores com a comunidade e colegas de trabalho, devido às cobranças dos diversos atores envolvidos. Pois terá que saber mediar a relação entre os profissionais da equipe e os usuários da comunidade em situações de divergências de posicionamento relacionadas às ações do serviço de saúde (SAFFER; BARONE, 2017).

Em problematizar a relação da organização do trabalho do ACS ao processo de acometimento à saúde do profissional é fundamental conhecer a psicodinâmica do trabalho (PDT), que tece uma discussão relacionada à dinâmica das relações existentes em diversos ambientes de trabalho e os possíveis efeitos dessa vivência, uma vez que os ambientes de trabalho são determinados por uma variedade de fatores que podem contribuir para o processo de sofrimento ou de adoecimento (MENDES, 2007).

Para a psicodinâmica do trabalho, o trabalho é um fator constitutivo da formação psíquica do sujeito, sendo que pode ser causador de sofrimento ou de prazer. Nesse sentido, no período da vida adulta, é no espaço profissional que o sujeito ocupa uma boa parte do seu tempo e nesse espaço acontecem as trocas com o outro; bem como, pode acontecer o processo de identificação ou não, e assim suceder, de forma dinâmica, a constituição da identidade. De acordo a teoria, pode-se inferir que o trabalho também é uma atividade que apresenta reflexos na interação do sujeito com os diversos ambientes em que está inserido (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Ademais, a psicodinâmica do trabalho enfatiza a importância do compartilhamento de vivências para a possibilidade de inovação na prática profissional e ressalta ainda que a organização do trabalho prescrito não consegue suprir as demandas operacionais. Sendo assim, o ato de criar é uma alternativa para ajustar a organização prescrita (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

De acordo com os níveis de ansiedade, moderado e grave, apresentados pelos ACS, conclui-se que os resultados podem estar relacionados às influências de peculiaridades dos processos de trabalho da profissão (RESENDE *et al.*, 2011). Tais resultados podem ilustrar os pressupostos teóricos da psicodinâmica do trabalho que defendem a importância da mobilização do sujeito no sentido de ressignificar o sofrimento (MENDES, 2007). Dessa forma, os sujeitos

que participaram da pesquisa mencionada apresentam um processo de adoecimento que pode estar relacionado à organização do trabalho e a uma dificuldade de transformação do sofrimento em vivências significativas.

O trabalho do ACS, durante muito tempo, apresentou características como, morar e trabalhar no território, uma vez que é necessário construir uma relação de confiança com o usuário. A dificuldade em operacionalizar o trabalho prescrito, fator que se reflete na morosidade de resoluções das demandas de saúde da comunidade, é uma realidade que corrobora para que as ações não sejam percebidas e reconhecidas, principalmente, pela população atendida. Dado que pode influenciar nas defesas psíquicas e enfraquecer a capacidade de transformação do sentido que o ACS tem em relação ao trabalho (JARDIM; LANCMAN, 2009).

De acordo com o exposto, é possível compreender que a prática dos ACS apresenta características que podem contribuir para o processo de adoecimento físico e psíquico, uma vez que o trabalhador está suscetível, constantemente, a desafios existentes no contexto social da sua ocupação. Com a dificuldade de fortalecimento da identidade profissional como sujeito social, a peculiaridade de trabalhar no local que reside, assim como, as mudanças estruturantes da sua prática pelas políticas atuais. Todavia, o reflexo do encontro entre o espaço do trabalho e o sujeito é singular, por envolver a história individual e a organização do trabalho (DEJOURS, 2015).

Outro conceito relevante para a discussão, pontuado pela PDT, é o do reconhecimento, sendo que o reconhecimento do outro é um comportamento que contribui para desviar o processo de alienação, que é uma consequência da falta de sentido no trabalho ou mesmo do descaso do outro. O reconhecimento acontece no sentido da constatação e da gratidão. Na primeira dimensão, trata-se do reconhecimento do cenário no âmbito individual relacionado à organização do trabalho. Em relação ao sentido da gratidão, diz respeito à gratidão pelo trabalho desenvolvido (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Em 2020, os ACS vivenciaram o desafio de enfrentar a pandemia do coronavírus (covid-19), que incrementou novos desafios neste ambiente com quebra no processo de produção de cuidado em saúde ocasionadas pela necessidade de distanciamento social, medida apresentada como a mais eficaz para interromper ou minimizar a taxa de contágio da doença. Esse processo serviu como um gatilho para demonstrar a necessidade de identificar novos métodos de gerir cuidados em saúde, evitando-se o “faceaface” dos consultórios, com vistas a reduzir o risco de transmissão da doença (DUARTE *et al.*, 2020a).

Na pandemia, o adjetivo de ser um profissional essencial para o enfrentamento da covid-19 foi reafirmado para os ACS, uma vez que este foi um profissional que instrumentalizou a APS para desenvolver as ações do cotidiano dos serviços, através da visita domiciliar, busca ativa, vinculação ao usuário e outras atividades, assim como o monitoramento (MÉLLO *et al.*, 2021).

A partir do contexto histórico vivenciado pelos ACS, pode-se perceber diversos obstáculos enfrentados pelos trabalhadores para o reconhecimento da profissão e, somado a isso, necessitam ultrapassar os desafios que a pandemia da covid-19 acarretou para as suas práticas profissionais (FERNANDEZ; LOTTA, 2020). Estas já tinham especificidades que requeriam uma conduta que extrapolam a fronteira do atendimento técnico, pois envolve o âmbito emocional, em que aspectos subjetivos enraizados historicamente são confrontados no cotidiano dos serviços como, por exemplo, o significado de vida e morte. Dessa forma, o profissional assume uma postura que envolve um investimento de energia (FONSECA, 2013).

Por conseguinte, é importante a compreensão da problemática no sentido de identificar possíveis demandas de saúde mental, ao direcionar um olhar de cuidado para o cuidador, aquele que tem que estar fortalecido perante seus medos para prestar o cuidado à saúde dos usuários. E que, com o advento da pandemia da covid-19, passou a ser um profissional essencial para o controle e o combate da disseminação do vírus próximo à comunidade e, dessa forma, dar continuidade ao trabalho no território (LIMA *et al.*, 2021).

Visto que a atividade principal dos ACS deve ser realizada no território por meio de visita domiciliar e diferentes ações em base territorial, é válido uma análise em relação à saúde mental dos ACS no período da covid-19. Pois, enquanto as recomendações das organizações de saúde orientavam para as pessoas ficarem em casa, paradoxalmente, o ACS, por ser um profissional que compõe as Equipes de Atenção Primária à Saúde e por ser essencial para a operacionalização da orientação comunitária, deveria dar continuidade ao trabalho de vigilância domiciliar (BRASIL, 2020).

Diante disso, formulou-se a questão problema: Como transcorreu a psicodinâmica do trabalho do ACS no contexto da pandemia da covid-19?

2.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa está ancorada nos pressupostos de que o trabalho é uma atividade que compõe o conjunto de ações que fazem parte da realidade humana. Dessa forma, apreender a dinâmica do trabalho é imprescindível para a análise dos processos psíquicos do sujeito. Os resultados da presente pesquisa deverão incentivar espaços de escuta para os trabalhadores e, dessa forma, contribuir com o processo de elaboração de possíveis sofrimentos psíquicos, assim como no intuito de colaborar com a construção de sentidos para suas práticas.

Uma vez que os produtos do estudo serão direcionados e divulgados, inclusive, para a gestão e assistência, espera-se impactar na construção de relações de trabalho mais saudáveis. Desse modo, a possibilidade de proporcionar um espaço de escuta para os ACS alimenta a expectativa para a reflexão sobre as condições e organizações do trabalho as quais os profissionais estão inseridos e direciona o olhar para suas demandas subjetivas que acarretam em queixas psíquicas e físicas bem como em adoecimentos.

Nesse sentido, busca-se tecer uma discussão relativa ao processo de normalidade ou de adoecimento do sujeito e a relação com os processos de trabalho ao qual está imerso, contextualiza o adoecimento assim como objetiva contribuir para a implementação de políticas públicas. Além disso, espera-se que intervenções sejam concretizadas com reflexos na saúde dos profissionais, na satisfação com o trabalho, e no cuidado ofertado pelos ACS à comunidade.

2.3 PRESSUPOSTO

Os ACS acumulam uma carga psíquica de adoecimento em saúde mental a partir do contato com a organização do trabalho, que se potencializou com o cenário da pandemia da covid-19.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a psicodinâmica do trabalho do ACS, no contexto da pandemia da covid-19, no município de Vitória da Conquista, Bahia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as práticas profissionais dos ACS no cenário da pandemia da covid-19;
- Discutir como a organização e o processo de trabalho durante o período da pandemia da covid-19 impactou a saúde mental dos ACS;
- Identificar as estratégias adotadas pelos ACS para realizar o trabalho comunitário durante a pandemia da covid-19 e o suporte disponibilizado por gestores e demais membros da equipe para viabilizar o trabalho com segurança.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PRÁTICA DO ACS NO SUS: um caminho em transe?

Os ACS fazem parte da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde, e sua inserção nesse nível de atenção foi pensada com o objetivo de estruturar o modelo de cuidado abrangente, por meio de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, no âmbito individual ou coletivo, assim como, ocupam o papel de mediador na relação entre os usuários e os profissionais da saúde. Dessa forma, facilitam a comunicação das demandas do território para os serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2013).

A forma como os ACS percebem seu trabalho é um fator relevante para o entendimento de suas práticas. Destarte, um significado que os ACS apresentam relacionado a sua rotina de trabalho é exatamente o de se responsabilizar pela comunicação dos usuários do serviço com os profissionais da saúde, no sentido de reconhecer as demandas de saúde e direcionar um cuidado multiprofissional para a população adscrita no território (SILVA; DALMASO, 2002).

O ACS ocupa uma posição no sistema de saúde, que é reconhecida como privilegiada, por fazer parte do universo em que trabalha e, dessa forma, deduz-se que conheça possíveis conflitos existentes. Mas, esse pertencimento em relação à comunidade também pode ser um fator que torna a relação do ACS com o usuário frágil, devido a possíveis expectativas e julgamentos que emergem na relação. Um outro papel do ACS é o de tradutor para a comunidade, facilitando o entendimento dos usuários sobre as orientações de saberes e práticas biomédicas (NUNES *et al.*, 2002).

Nesse contexto, faz parte do conjunto de especificidades a característica peculiar de conhecer aspectos culturais da comunidade, e este é um fator que é percebido pelos ACS como um facilitador para a construção de vínculo com a população atendida. Mas, é válido suscitar, que a categoria refere que desenvolve uma prática complexa, pois envolve aspectos multifatoriais do âmbito emocional, afetivo e financeiro, devido à relação de proximidade com os usuários, uma vez que, em algumas situações, resulta em uma relação de cumplicidade (PESERICO *et al.*, 2014).

A relação de cumplicidade construída reflete na realização profissional do agente. Isso também contribui para a ampliação da prática dos ACS. Mas, o profissional deve atuar de forma ética e sigilosa, com facilidade de comunicação e se integrar à equipe interdisciplinar de

organização e planejamento, com objetivo de encaminhar casos que necessitam da atenção dos profissionais de saúde (PESERICO *et al.*, 2014).

A inserção do ACS na comunidade para que possa executar o papel de mediador, acontece através de várias atividades em que a visita domiciliar é uma ação definida como a principal. Essa prática é preconizada, principalmente, para acompanhar grupos prioritários, definidos pelo Ministério da Saúde, que são os seguintes: crianças menores de 2 anos, puérperas, hipertensos, diabéticos e acamados ou domiciliares. Mas, a realidade vivenciada pelos ACS é de se deparar com problemas de saúde intersetoriais diversos, como a violência doméstica, por exemplo (NEPOMUCENO *et al.*, 2021).

Outro ponto relevante para a discussão é que os ACS reconhecem que as ações educativas fazem parte da sua prática, ao ser considerada uma função social de educador em saúde, no sentido de desenvolver uma prática humanizada e que permita a participação popular nas questões de saúde, em busca da qualidade de vida individual e coletiva (PESERICO *et al.*, 2014). No entanto, o que ainda é percebido nas atividades de educação em saúde é o predomínio do foco nos aspectos biológicos e curativos, com práticas medicamentosas, bem como características que direcionam a assistência para uma lógica do modelo hegemônico de assistência à saúde (BARALHAS; ALICE; PEREIRA, 2010).

Como ferramenta profissional, os ACS lançam mão do diálogo e da escuta com os moradores adscritos na sua área de abrangência. São práticas que fortalecem os vínculos e contribuem para a construção de sentidos para a vida dos usuários. É uma atuação que deve ter como princípio a solidariedade, fator que potencializa o papel do ACS no intento de avançar os limites da prática da oferta de ações programáticas (NEPOMUCENO *et al.*, 2021).

Ser uma referência para a comunidade é um dos fatores que compõem a identidade profissional dos ACS e que é enfatizado como essencial para a construção do vínculo, mas que também funciona como uma característica que acarreta a consequência de ser procurado fora do horário de trabalho, e isso pode extrapolar a carga horária dos profissionais. Outro fator relevante em relação à identidade do ACS, como profissional, é a internalização do sentimento de culpa devido ao fato de não obter resolução das demandas de saúde da população (PESERICO *et al.*, 2014).

Outro aspecto ainda relacionado com a identidade profissional do ACS é a rotina de “desvio de funções”, acarretado por ser recrutado para atividades que não fazem parte do repertório específico de suas práticas, assim como é um fator que desestabiliza a execução do modelo de atenção abrangente em saúde. Dessa forma, além de gerar uma crise de identidade, enfraquece seu fazer profissional e influencia no direcionamento do seu tempo de trabalho,

pois, os ACS passam a utilizar sua carga horária profissional para realizar atividades burocráticas (SILVA; DALMASO, 2002).

Essa crise de identidade é potencializada por não ter um campo de atribuições claro e delimitado de ações e, por conseguinte, são recrutados para uma diversidade de atividades que ampliam o escopo de atuação. É válido ressaltar que a forma que a organização do trabalho é apresentada contribui para a concretização das atividades burocráticas, e que, por vezes, a sua realização não faz sentido para os profissionais, apesar de desenvolverem de maneira automática e técnica (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Citadas práticas do trabalho dos ACS são suscetíveis a uma supervisão de superior hierárquico e suas atitudes prevalentes são de controle e fiscalização através do monitoramento e acompanhamento das ações desenvolvidas. Assim, o cotidiano dos ACS é acrescido da cobrança por produtividade de ações focalizadas, como um critério de avaliação do trabalho. Ainda assim, se constata que o supervisor é um profissional que acolhe as demandas e direciona orientações em busca de possíveis soluções (MARINHO; BISPO JÚNIOR, 2020).

No que tange aos problemas relacionados aos aspectos de socialização com os profissionais da EqSF é destacado que, quando não existe uma comunicação fluída do ACS com as outras categorias, é um cenário identificado como um limitador da sua prática, visto que os ACS se percebem como o sujeito social mais fraco da relação, na qual é observado uma hierarquia de saberes, em que estão em uma posição desigual (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Ao que diz respeito aos ACS de municípios rurais remotos, são o principal meio de acesso dos usuários do interior a informações sobre a atenção especializada. Localidades, que não possuem estrutura física para realizar o atendimento, têm a visita domiciliar do ACS como essencial para a comunicação com os profissionais da saúde. No entanto, a interação do ACS com os profissionais da ESF pode apresentar dificuldades devido a algumas áreas serem distantes e os ACS se deslocarem até a unidade apenas uma vez/mês (LIMA *et al.*, 2021).

4.2 A PANDEMIA DA COVID 19: orientações para as práticas dos ACS no período pandêmico

O trabalho da equipe da ESF e dos ACS é considerado estratégico para a assistência à saúde no período da pandemia da covid-19, por fazer parte da APS, que é porta de entrada na rede de atenção. E o ACS, por ocupar um lugar de conhecimento em relação às características do espaço social em que trabalha e reside, é considerado portador de grande capacidade de

monitoramento para os grupos mais vulneráveis, e, assim, atuar na vigilância em saúde no cenário da pandemia (LIMA *et al.*, 2021).

É oportuno suscitar que a visita domiciliar foi uma prática profissional, no âmbito da APS, que foi orientada a sua permanência, pois é uma ação considerada importante para a difusão de informações relacionadas ao vírus, como por exemplo, informando sobre hábitos de prevenção de riscos e agravos. Outra ação destinada aos ACS e indispensável para o cuidado em saúde, nesse período, é a realização de busca ativa dos casos suspeitos, assim como o acompanhamento dos casos positivos (LIMA *et al.*, 2021).

É sabido a importância da visita domiciliar, mas é necessário direcionar um olhar de sensibilidade para o profissional que vai realizar a citada modalidade de cuidado, e reconhecer a vulnerabilidade que estará exposto, e, dessa forma, buscar alternativas para que sua saúde seja resguardada. Assim, são orientadas algumas medidas de precaução, dentre elas, encontram-se: realização da visita na área externa da residência, deve-se priorizar grupos de risco como idosos e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (AZEVEDO NETO *et al.*, 2020).

As atividades dos ACS são classificadas em duas dimensões. A dimensão técnica, que se refere a assistência aos usuários e suas famílias, e a dimensão política, que são os aspectos relacionados à organização da comunidade e suas transformações (SILVA; DALMASO, 2002). Nesse sentido, por ser um sujeito político, é reconhecida a sua potencialidade para contribuir na identificação de características locais que possam atuar como um suporte para as famílias que necessitam do cuidado em saúde ou que estão em situação de vulnerabilidade social (LIMA *et al.*, 2021).

É válido enfatizar a diversidade local no território brasileiro, com potencialidades e limitações, para a execução das orientações do Ministério da Saúde, relacionadas às condutas para o cuidado em saúde no período pandêmico. Assim, o indicado é que o gestor local tenha autonomia para adaptar a prática das orientações de acordo com a sua realidade, sendo discutido tais ações de forma colaborativa com os profissionais que atuam nos serviços de saúde, inclusive com os ACS (AZEVEDO NETO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, existem relatos de que a realidade vivenciada pelos ACS foi de abandono pelas equipes da ESF, assim como pela gestão, no processo de reorientação das práticas. O cenário mencionado apresentou reflexos negativos no trabalho desenvolvido pelos ACS no território. O desamparo pelos colegas de trabalho, somado ao distanciamento da gestão, pode acarretar perdas para a qualidade de vida dos profissionais, e até mesmo adoecimento (AZEVEDO NETO *et al.*, 2020).

Em situações em que prevaleceu o distanciamento entre os profissionais, pôde-se ocasionar e potencializar acometimentos à saúde mental do ACS. Pois, nesse período, aspectos subjetivos relacionadas à inquietação quanto aos procedimentos para executar as visitas domiciliares, no que se refere ao acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), as recomendações que devem ser transmitidas para a população adscrita, assim como a possibilidade real de contaminação pelo vírus gerou medo e insegurança (DUARTE *et al.*, 2020b).

Outro fator relevante é o contexto político vivenciado pela sociedade brasileira, em que os ACS sofrem os reflexos das políticas de contenção de gastos e práticas hegemônicas na saúde. Fatores que refletem na potencialização do sentimento de medo dos profissionais em relação aos riscos da pandemia. Não obstante, a sensação de despreparo prevalece e está relacionado à falta de condições de trabalho adequada, como EPIs, capacitação, gerenciamento e apoio político (FERNANDEZ; LOTTA, 2020).

4.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: análise a partir da psicodinâmica do trabalho

A PDT apresenta um arcabouço teórico-conceitual e metodológico sobre as relações existentes entre as diversas formas de trabalho e os processos de adoecimento. De acordo Christophe Dejours (2015), precursor da PDT, o sofrimento é inerente à existência humana, sendo que o sujeito busca transformá-lo em prazer. No âmbito do trabalho, para que aconteça a transformação do sofrimento em prazer, é necessário que o sujeito se implique em um processo de mobilização. Dessa forma, o sofrimento é percebido como mobilizador do trabalho, do mesmo modo que a mobilização reflete um processo de saúde (MENDES, 2007).

Nesse sentido, a PDT enfatiza a importância da relação dialética entre o prazer e o sofrimento, para o fortalecimento do vínculo do sujeito com o ambiente de trabalho, no âmbito individual e coletivo. Posto que, a existência do fator reconhecimento, pelo olhar do “outro”, atribui importância ao trabalho desenvolvido pelo sujeito, porquanto que é essencial para a conversão do sofrimento em prazer e para a adesão em atividades cooperativas (CUNHA; SÁ, 2013).

Nessa perspectiva, em relação ao termo cooperação, a PDT ressalta que a valorização das funções dos envolvidos na organização do trabalho, é um fator imprescindível para um cenário constituído por relações de confiança. É válido ressaltar que, quando a relação não tem como critério a confiança, os sujeitos podem ocupar posicionamentos de embates e resultar em

comportamentos de passividade ou revolta, em que a desconfiança se instala no ambiente de trabalho (AZEVEDO, 2013).

Os instrumentos de investigação utilizados pela PDT são a fala e a escuta. Esses são comportamentos reconhecidos como um investimento de elaboração psíquica, e uma via para a compreensão das relações dinâmicas que existem no ambiente de trabalho. Pois, o ato de falar sobre o sofrimento, contribui para o movimento de mobilização e transformação do meio em que está inserido (MENDES, 2007).

Dejours (1994) defende a ideia que o sofrimento demarca um espaço entre o funcionamento psíquico e as diversas formas de organização do trabalho, carregadas com suas tensões e que resultam em uma desestabilização do sujeito. O campo da PDT seria, então, compreender o caminho percorrido pelo sujeito para alcançar um equilíbrio psíquico, mesmo em ambientes de trabalhos degradantes (MERLO; MENDES, 2009).

O conceito de organização do trabalho está relacionado com aspectos subjetivos como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, relações de poder, as questões de responsabilidade etc. É tecido, uma diferenciação entre o conceito de organização do trabalho e de condição de trabalho, uma vez que o último se refere às características do ambiente químico e biológico, de condições de higiene, de segurança, assim como condições antropométricas do local de trabalho (DEJOURS, 2015).

A PDT apresenta o conceito de medo, no ambiente de trabalho, como relevante para a discussão. Pontua que é um aspecto que surge a partir do contato do sujeito com a realidade. Visto que está presente em todas as atividades profissionais, bem como está relacionado ao risco à integridade física, risco coletivo ou um risco mais personalizado. No entanto, mesmo quando é um risco individual, pode acarretar consequências ao coletivo e não é uma certeza que será extinto, por medidas e regras de segurança, devido às limitações da organização do trabalho, ou mesmo por desconhecimento de peculiaridades do risco. Para combater o medo são elaboradas as defesas que, quando eficientes, podem extingui-lo (DEJOURS, 2015).

Desse modo, a relação da subjetividade e o trabalho são priorizadas pela PDT, tendo como base o sofrimento e as estratégias de ação diante das formas de organização do trabalho. Outro ponto relevante para a análise são os reflexos do confronto da organização do trabalho, do sofrimento e da ação no âmbito social. Pois, a teoria pontua que conflitos no ambiente de trabalho podem apresentar consequências no âmbito da vida pessoal do sujeito (MENDES, 2007).

É válido mencionar que, inicialmente, a PDT busca realizar um diagnóstico do sofrimento psíquico no ambiente de trabalho, para, a partir desse ponto, realizar uma análise da

organização do trabalho. Em seguida, buscar identificar as estratégias utilizadas para obter o prazer. Posto que, as experiências de prazer são identificadas quando o conteúdo da fala ilustra um cenário de trabalho com uma organização que permita o uso da criatividade e a percepção de que o sujeito se sente valorizado. Outra possibilidade do uso do discurso verbal é no intuito de ressignificar o sofrimento, tendo como foco, possíveis identificações. Desse modo, construir e fortalecer vínculos interpessoais (MERLO; MENDES, 2009).

Para Dejours, o sujeito desenvolve estratégias defensivas, que são de proteção, de adaptação ou de exploração. O foco é amenizar a percepção do sofrimento e dar suporte ao sujeito, agindo como um anteparo ao adoecimento. Destarte, o processo de saúde do trabalhador envolve o sofrimento e a eficácia das defesas utilizadas pelo sujeito. No entanto, as defesas que podem ocupar o papel de proteção, podem também resultar em alienação, no sentido de contribuir com ideologias dominantes (MENDES, 2007). Nessa direção, o sujeito pode refletir um comportamento insensível ao sofrimento do “outro”, ou mesmo ao desenvolver estratégias de medo ou submissão (AZEVEDO, 2013).

5 CAMINHOS DA PESQUISA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Nesta pesquisa, foi utilizada uma abordagem qualitativa por acreditar ser a mais indicada para a análise dos processos subjetivos, pois é uma modalidade de investigação que possibilita chegar a respostas particulares (MINAYO, 2002). Trata-se de um enfoque que viabiliza a investigação de fenômenos subjetivos tais como, medo, ansiedade, angústia, amor, ódio, alegria, tristeza, solidão, etc. (MARTINS; BICUDO, 1989). Esses sentimentos particulares e singulares aos indivíduos podem ser melhor compreendidos por meio da pesquisa social.

Nessa perspectiva, entendemos que a pesquisa qualitativa contempla as características necessárias para a compreensão da dinâmica existente no âmbito do trabalho, que envolve fatores relacionados aos aspectos subjetivos dos ACS, como o sofrimento e o prazer, no contexto da pandemia da covid-19.

Posto que a forma como a organização do trabalho é estabelecida e executada ao entrar em contato com a história de vida do sujeito, refletirá na constituição do aparelho psíquico do trabalhador, o que pode desencadear sentimentos de sofrimento ou prazer. Ao direcionar um olhar cuidadoso para o sofrimento, no trabalho, pode-se inferir que a rigidez na tarefa realizada é capaz de desencadear citado sentimento, devido a não possibilidade de suprir necessidades físicas e subjetivas (DEJOURS, 2015).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no município de Vitória da Conquista, Bahia, que tem uma população estimada em 343.643 pessoas, densidade demográfica de 9.141 hab/km, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, de 0.678, e mortalidade infantil, em 2019, de 10.65 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2021).

Para melhor compreensão da realidade local no cuidado à saúde, é imprescindível mencionar os serviços públicos que o município comporta no âmbito da APS. Com uma ampla rede de atenção à saúde, tem adesão ao Programa de Agentes Comunitários, a Estratégia de Saúde da Família, com 33 Unidades de Saúde da Família (USF), constituídas por 48 equipes de Saúde da Família (EqSF), das quais, 29 na zona urbana e 19 na zona rural. Dispõe ainda, de

sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Farmácias da Família, cinco Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dois Polos de Academia da Saúde e uma Equipe de Consultório na Rua (PMVC, 2021). A tabela 1 ilustra a disposição dos serviços na zona urbana e na zona rural.

Tabela 1 - Serviços da APS de Vitória da Conquista

Serviço/Programa	n°	Zona Urbana	Zona Rural
Unidades de Saúde da Família (USF)	33	14	19
Equipes de Saúde da Família (EqSF)	48	29	19
Unidades Básicas de Saúde (UBS)*	7	7	2
Farmácias da Família	2	2	0
Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica	5	2	3
Polos da Academia da Saúde	2	2	0
Equipe de Consultório na Rua	1	1	0

*2 Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana apresentam localidades de zona rural em sua área de abrangência, com equipes itinerantes realizando os atendimentos à população.

O município de Vitória da Conquista tem 48,48% de cobertura da ESF. Já a cobertura de ACS é de 90,22%, contando com um número de 539 profissionais que trabalham na estratégia (PMVC, 2021).

O estudo foi realizado na zona rural do município, por ser um território tradicionalmente negligenciado no acesso às políticas públicas. Por consequência, o trabalho do ACS necessita de práticas diferenciadas de acordo as peculiaridades locais (LIMA *et al.*, 2021). Sendo que, a entrevista contemplou 18 unidades.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os ACS devem atuar nos serviços de saúde com um sentido de sujeito político, no âmbito da assistência à saúde e de sua organização. Trata-se de trabalhadores que deveriam participar das ações em saúde, na ESF. Dessa forma, estão vinculados a uma equipe de saúde, assim como possuir uma relação solidária e sentimento de pertencimento com a comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Para o estudo, foi recrutado ao menos um ACS de cada unidade de saúde da família da zona rural, buscando contemplar todas as unidades. Para a escolha, foi solicitado apoio de enfermeira/enfermeiro da EqSF para indicação de um dos ACS. Trata-se do profissional que mantém uma relação de proximidade com o ACS, posto que é responsável pelo acompanhamento e avaliação do trabalho do ACS no território. Dessa forma, a entrevista foi realizada com 18 profissionais.

O grupo de sujeitos participantes teve como critério de inclusão: atuar exclusivamente na zona rural do município e apresentar experiência profissional como ACS de, no mínimo, três anos.

Por sua vez, o critério de exclusão foi: ACS que esteja ou esteve afastado das atividades laborais, durante o período da pandemia e ACS que não atuarem em EqSF. A tabela 2 apresenta dados relacionados à quantidade de ACS nas ESF da zona rural.

Tabela 2- Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde por EqSF da zona rural de Vitória da Conquista

Equipe da Saúde da Família	Nº ACS
ESF Roseira	12
ESF Capinal	12
ESF Lagoa das Flores I	8
ESF Lagoa das Flores II	6
ESF Cercadinho	9
ESF Veredinha	11
ESF São Sebastião	7
ESF Limeira	9
ESF Bate-pé	10
ESF Pradoso	12
ESF Dantilândia	6
ESF São Joaquim	7
ESF Simão	7
ESF Lagoa Formosa	8
ESF Iguá	8
ESF José Gonçalves	10
ESF São João da Vitória	5
ESF Inhobim I	7
ESF Inhobim II	8
Total	162

Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br/>

Dessa forma, participaram da pesquisa 18 (dezoito) ACS, sendo que 12 (doze) são do sexo feminino e 6 (seis) do sexo masculino. Desses 18 (dezoito), 8 (oito) desenvolvem a função

profissional na sede do território e 10 (dez) em microáreas das unidades. A idade dos participantes variou entre 31 a 61 anos. Em relação ao estado civil, 1 (um) profissional se declarou viúvo, 2 (dois) divorciados, 2 (dois) em união estável, afirmaram ser casados 8 (oito) profissionais, além de 5 (cinco) solteiros. No critério de ter filhos, apenas 4 (quatro) participantes disseram não ter filhos. Outro fator que oscilou entre 5 e 25 anos foi o tempo de trabalho como ACS. Já o tempo de trabalho na última unidade, variou de 5 a 21 anos. A renda mensal familiar foi declarada entre mais de 3 e 2 salários mínimos. Em relação à quantidade de famílias acompanhadas, apresentou um número discrepante entre os participantes, com o menor número de 64 (sessenta e quatro) famílias e o maior número 270 (duzentos e setenta) famílias. O meio de transporte utilizado para se deslocar para o trabalho foi mencionado: moto, bicicleta ou andando. Nenhum ACS afirmou cobertura de plano de saúde para o cuidado à saúde. Sendo que, 5 (cinco) participantes afirmaram fazer uso de medicamento controlado e 4 (quatro) responderam ter o diagnóstico de alguma doença crônica. A tabela 3 ilustra a caracterização dos ACS participantes da pesquisa.

Tabela 3–Perfil dos Sujeitos da pesquisa

ACS/ Entrevista	Tempo de duração	Micro/Sede	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado Civil	Filhos	Tempo de trabalho como ACS
ACS1/ E1	41:43	microárea	35 anos	feminino	médio completo	viúva	não	13 anos
ACS2/ E2	50:49	sede	43 anos	feminino	médio completo	casada	02	21 anos
ACS3/ E3	47:10	sede	42 anos	masculino	superior incompleto	solteiro	não	23 anos
ACS4/ E4	38:26	sede	61 anos	feminino	médio completo	casada	03	13 anos
ACS5/ E5	52:17	microárea	31 anos	masculino	médio completo	solteiro	01	5 anos
ACS6/ E6	35:38	sede	50 anos	feminino	médio completo	união estável	05	22 anos
ACS7/ E7	1:02:40	microárea	37 anos	feminino	médio completo	casada	04	10 anos
ACS8/ E8	51:55	microárea	35 anos	masculino	médio completo	casado	02	12 anos
ACS9/ E9	40:31	microárea	37 anos	feminino	superior incompleto	união estável	02	10 anos
ACS10/ E10	44:40	microárea	44 anos	feminino	médio completo	solteira	não	22 anos
ACS11/ E11	28:17	microárea	38 anos	feminino	médio completo	casada	02	13 anos
ACS12/ E12	39:12	microárea	52 anos	masculino	médio completo	casado	02	25 anos
ACS13/ E13	37:47	microárea	52 anos	masculino	médio completo	casado	02	11 anos
ACS14/ E14	40:50	sede	34 anos	feminino	médio completo	casada	03	7 anos
ACS15/ E15	26:47	sede	54 anos	feminino	médio completo	separada	04	23 anos
ACS16/ E16	45:57	sede	45 anos	feminino	médio completo	solteira	02	10 anos
ACS17/ E17	1:04:54	sede	47 anos	feminino	médio completo	solteira	não	23 anos
ACS18/ E18	44:17	microárea	35 anos	masculino	médio completo	divorciado	01	14 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

Continuação da Tabela 3- Perfil dos Sujeitos da pesquisa.

ACS/ Entrevista	Tempo de trabalho na última USF	Renda mensal	Quantidade de famílias	Como se desloca para o trabalho	Plano de Saúde	Medicamento controlado	Doença crônica
ACS1/ E1	13 anos	2 salários	270 famílias	andando	não	Quetiapina, Diazepam,Nortriptilina	não
ACS2/ E2	21 anos	2 salários	176 famílias	andando	não	sim	sim
ACS3/ E3	23 anos	2 salários	170 famílias	andando	não	não	não
ACS4 / E4	13 anos	2 salários	189 famílias	andando	não	Sertralina	Hipertensão
ACS5/ E5	5 anos	2 salários	124 famílias	andando	não	não	não
ACS6/ E6	5 anos	3 salários	113 famílias	moto/andando	não	não	não
ACS7/ E7	9 anos	2 salários	80 famílias	moto	não	não	Hipertensão
ACS8/ E8	12 anos	2 salários	64 famílias	andando/ moto	não	não	não
ACS9/ E9	10 anos	4 salários	160 famílias	bicicleta	não	não	não
ACS10/ E10	17 anos	2 salários	104 famílias	moto	não	não	não
ACS11/ E11	13 anos	2 salários	84 famílias	moto	não	não	não
ACS12/ E12	21 anos	2 salários	73 famílias	moto	não	não	não
ACS13/ E13	11 anos	2 salários	256 famílias	moto	não	não	não
ACS14/ E14	7 anos	2 salários	234 famílias	bicicleta/ andando	não	Fluoxetina	não
ACS15/ E15	23 anos	2 salários	207 famílias	bicicleta	não	não	não
ACS16/ E16	10 anos	2 salários	230 famílias	bicicleta	não	Nortriptilina	Depressão
ACS17/ E17	23 anos	3 salários	112 famílias	andando	não	não	não
ACS18/ E18	14 anos	2 salários	80 famílias	moto	não	não	não

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

5.4.1 Entrevista semiestruturada

Foram utilizadas entrevistas, as quais são definidas como um encontro social, possuidor de características peculiares. Fazem parte das características desse encontro: a simpatia, a intuição e a imaginação (MARTINS; BICUDO, 1989). Minayo ressalta que a estratégia de pesquisa denominada de entrevista é uma conversa entre duas ou mais pessoas com a finalidade de construir informações para a concretização de uma pesquisa. Ela agrupa as entrevistas em categorias e, entre elas, a semiestruturada foi utilizada nesta pesquisa por englobar a estruturada e a aberta (MINAYO, 2002).

Para o momento da produção de dados foram utilizados roteiros que nortearam as entrevistas (Apêndice A), com o intuito de direcionar as respostas e, assim, possibilitar que o objeto da pesquisa seja contemplado a partir da fala e escuta dos participantes. A técnica de saturação foi praticada desde o início da produção de dados, posto que objetiva chegar ao momento em que as respostas passam a se repetir (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Nesse sentido, a amostra não deve ser tratada como uma informação isolada do todo do estudo, pois requer uma aproximação de outros elementos como do objeto e dos participantes (MINAYO, 2017).

As entrevistas foram realizadas no período de 17 de junho a 30 de setembro de 2022, e em espaços diversos, como, por exemplo, as unidades, residências dos ACS, carro da equipe da EqSF, etc. A pesquisadora esteve na comunidade em que as unidades estão localizadas, sendo que o deslocamento foi através do veículo utilizado pelas EqSF. A duração das entrevistas variou entre os tempos de 26:47 e 1:04:54.

5.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram submetidos ao método de análise de conteúdo (BARDIN, 2007), em que as entrevistas foram submetidas de forma simultânea à constituição de categorias. A autora ressalta que é tarefa do analista compreender o sentido da comunicação, assim como desviar o olhar para outra significação. A leitura feita pelo analista do conteúdo não é simplesmente uma leitura das comunicações e sim o realçar de um sentido encontrado em segundo plano, ou seja, é uma análise que considera as significações (conteúdos) (BARDIN, 2007).

A análise de conteúdo foi escolhida por ser compreendida como uma técnica que analisa as comunicações existentes nas relações. Essa análise dos dados respeitou as etapas que compõem a própria análise de conteúdo, que são: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2007).

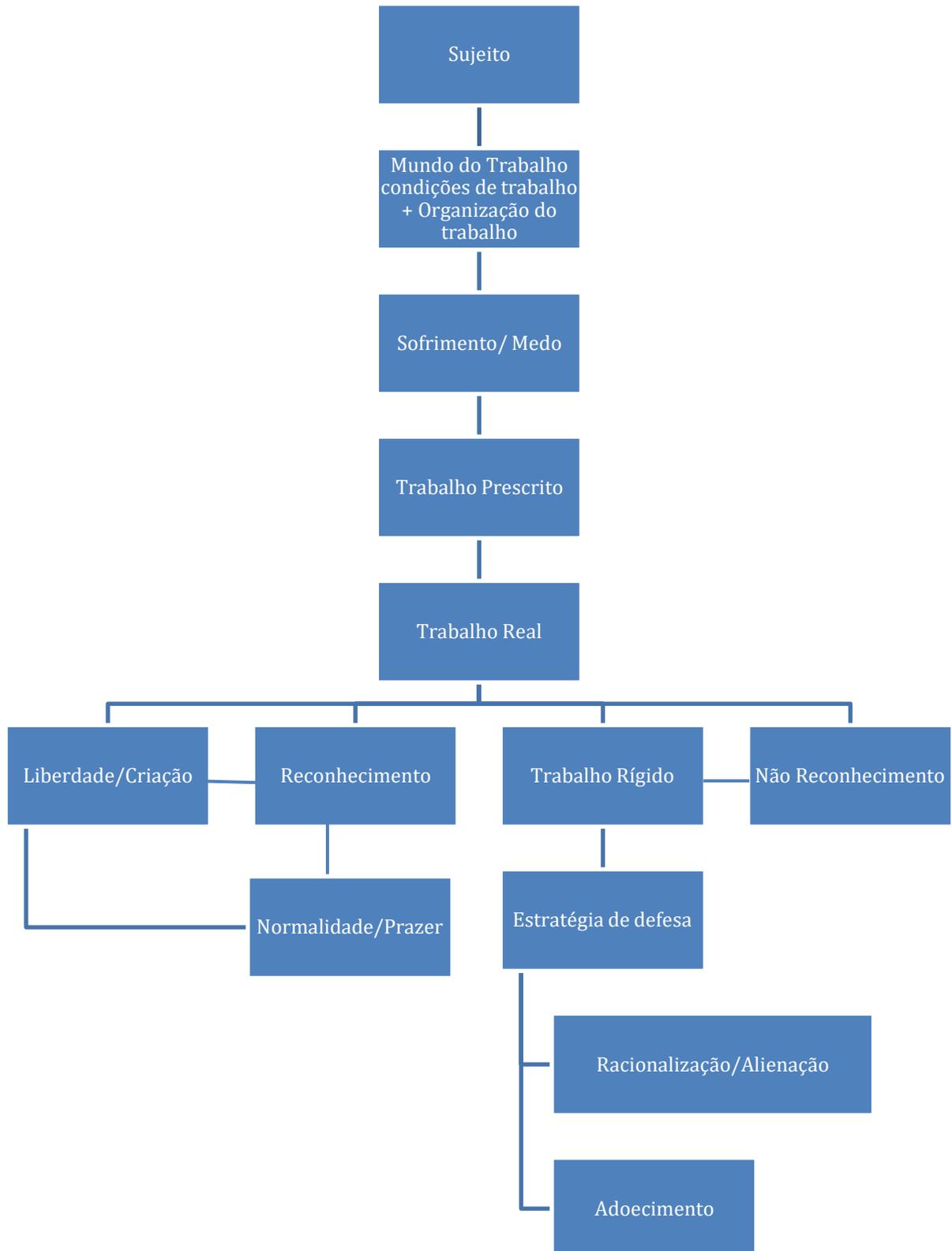
A psicodinâmica do trabalho foi o arcabouço teórico escolhido para embasar a análise dos dados gerados, uma vez que foram utilizadas as seguintes categorias:

- Os sentidos de ser ACS;
- Trabalho na pandemia: sofrimento e prazer;
- Processo de criação: o prescrito e o real;
- O encontro com a realidade da pandemia: o medo;
- Estratégias de defesa: vivência do trabalho na pandemia;
- Reconhecimento: um sentido para continuar o trabalho na pandemia;

A figura 1 ilustra o mapa conceitual referente à teoria que embasa os resultados e a discussão.

É relevante mencionar que a escolha da teoria se deu por ser uma corrente de pensamento que construiu um robusto caminho de produção teórica e metodológica na área da relação do trabalho com a carga psíquica do sujeito, além de perceber que essa relação remete à mobilização do sujeito na busca de um equilíbrio da saúde (DEJOURS, 2004). Nesse sentido, o conceito de saúde, na presente pesquisa, converge com um conceito de saúde amplo e não hegemônico.

Figura 1- Mapa Conceitual da PDT.



Fonte: Elaborado pela autora.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu os critérios de recomendações de respeito, não maleficência, dignidade e autonomia dos sujeitos da pesquisa, que constam na Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012). Assim como também respeitou a Resolução 510/2016, que versa sobre os princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e que utiliza dados coletados diretamente com participantes (BRASIL, 2016).

Cada entrevistado foi informado sobre o objetivo e desenvolvimento do estudo e recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). A pesquisa foi submetida a análise da Comissão do Polo de Educação do município de Vitória da Conquista. Assim como, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, parecer nº 5.449.983 de 06 de junho de 2022 (Anexo A).

6 RESULTADOS

6.1 CATEGORIA 1 – OS SENTIDOS DE SER ACS

Essa categoria apresenta a percepção dos profissionais que participaram da pesquisa em relação ao lugar que ocupam como Agente Comunitário de Saúde. Pode-se perceber, de acordo com as falas, que a trajetória percorrida pelos ACS convergiu, no sentido de que não era uma profissão almejada, sendo que o motivador inicial foi alcançar uma estabilidade financeira, sobretudo por não terem outras oportunidades de vínculo empregatício. Assim, a adaptação, o aprendizado e a identidade profissional ocorreram no processo de trabalho cotidiano na comunidade (E1, E2, E3, E9, E10, E12, E17, E18).

Olha, foi mais por um, como é que fala, não era meu sonho ser agente de saúde. Aí, sim, eu fiz a seleção pra ACS mesmo pra querer ter um emprego, né (ACS9, mulher, 37 anos).

É, quando eu comecei... assim, o porque é até difícil de explicar, é uma oportunidade de trabalho, até porque eu não entendia nada de saúde. Mas vamos lá, é uma oportunidade de trabalho, né. E fui e acabei me apaixonando (ACS10, mulher, 44 anos).

De acordo com os relatos, uma variedade de justificativas demonstraram o sentimento de satisfação em ser ACS: a aproximação e a confiança das famílias que estão no território, a possibilidade de ajudar o outro, por ser uma atividade que proporciona a comunicação com a comunidade, por gostar das interações comunicativas e pela possibilidade de ajudar grupos vulnerabilizados. Dessa forma, são argumentos que remetem a um sentimento positivo por ter a possibilidade de contribuir com o processo de saúde dos usuários, por meio do vínculo com a população adscrita (E1, E2, E3, E8, E10, E12, E13, E15, E16, E18).

Acho que foi pelo tanto de tempo que tou aí, devo não, eu gosto, né. Porque, tenho aquele dom de querer mexer com o povo, de ajudar o povo (ACS6, mulher, 50 anos).

Olha, gosto da área, né, eu gosto da área. [...] lá atrás, quando vim morar no assentamento, eu trabalhava, já ajudava o nosso movimento a desenvolver nossas atividades no assentamento [MST], né, de algumas comunidades, então já tinha essa facilidade de dialogar com as pessoas, de se comunicar (ACS8, homem, 35 anos).

Uma vivência de trabalho relatada pela ACS E16 merece um destaque. Na sua fala, a atividade profissional é uma ferramenta que contribui para aliviar suas angústias, nos diversos âmbitos da sua vida.

Agora em relação ao meu trabalho, ele me ajuda muito, muito mesmo, eu saio, vou fazer minhas visitas, vou ouvir a demanda das outras pessoas e aí a gente vê que, às vezes, o probleminha da gente é um nada. E que todo mundo tem problema (ACS16, mulher, 45 anos).

Além disso, sentimentos “não positivos”, também, foram externalizados, como, por exemplo, o sofrimento psicológico acarretado pela prática, a impotência diante das adversidades, a permanência no trabalho por falta de opção em ter outra ocupação profissional, a interferência no seu núcleo familiar, por não haver um limite “respeitado” pela comunidade entre dia/horário de trabalho e momento de descanso (E7, E14, E8, E3, E17, E18).

Na verdade, ser ACS é uma teoria muito bonita, mas a prática é difícil, desgasta bastante, é um serviço assim de conscientização, mas que você tem uma meta que parece ser inalcançável na verdade (ACS14, mulher, 34 anos).

Mas aqui é muito difícil, sinceramente, falo pra você, se tivesse oportunidade de ter um outro emprego, de tá numa outra área, porque, mexe muito com você (ACS7, mulher, 37 anos).

Então, o ACS, a gente, às vezes, se sente impotente, também, numa situação dessa [demandas por sofrimento mental na comunidade], de não poder ajudar a pessoa (ACS18, homem, 35 anos).

Na realidade, o agente de saúde trabalha de domingo a domingo, não tem parada, feriado a feriado (ACS8, homem, 35 anos).

Em relação às características que envolvem a profissão, os ACS da zona rural relataram ter sido uma atividade desafiadora, particularmente, no período da pandemia. Em algumas situações, por exemplo, o ACS tem que ser um “psicólogo” para conseguir acolher as demandas da comunidade. Tal necessidade demandada pela comunidade requeria um esforço cognitivo e uma busca permanente para manter um equilíbrio nas relações com a população e, frequentemente, tentativas de se colocar no lugar do outro para compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidado (E2, E4, E6, E3). Além disso, destacaram que, por vezes, são responsabilizados por vários atores envolvidos no processo, pela comunidade e pelo serviço, por não conseguirem suprir as várias demandas dos usuários (E8).

Para mim é desafiador, não é... acho um desafio, assim, porque agora com a pandemia está um pouco complicado ainda para se aproximar. Não é... das famílias e tudo, né (ACS1, mulher, 35 anos).

Que você sabe que a gente, muitas vezes, somos os psicólogos das pessoas. As pessoas têm muitas coisas pra desabafar com a gente (ACS4, mulher, 61 anos).

Então, foi a área que a gente escolheu, a única coisa que reflito assim, às vezes, as coisas que não é, assim, tudo que acontece, às vezes que não dá certo, tem que ter um culpado. Pelo fato do ACS tá na área, às vezes, o ACS é sempre o culpado (ACS8, homem, 35 anos).

Ainda assim, os ACS reconhecem a relevância do seu trabalho para os êxitos das ações desenvolvidas pela equipe da APS, com especial destaque para territórios rurais. Não por acaso, destacam a importância do vínculo que desenvolvem entre o conhecimento tecno-científico e o conhecimento popular, o elo de confiança e informação entre o serviço e a população e se percebem como fundamentais para o SUS, inclusive no contexto da pandemia (E5, E7, E9, E11, E13, E14, E15).

Então, o elo principal é o ACS. A comunicação, o acesso primário é o ACS. É o que move. Te falo até uma coisa, até me orgulho disso, uma equipe sem um ACS não flui. Na zona urbana pode até fluir, porque as pessoas têm um acesso mais fácil. Na zona rural, não (ACS7, mulher, 37 anos).

Acho que tou realizando aquilo que tenho que realizar e acho que o trabalho hoje me dá mais um pouco. [...] durmo mais sossegado sabendo que tou trabalhando, do que no começo da pandemia. Por causa do meu trabalho, não conseguia dormir. E hoje, vejo que meu trabalho, assim, que fiz alguma coisa, que me dá força. Por exemplo, a gente orientava e viu que na área que trabalho não morreu ninguém de covid. Então, eu vejo assim, como um fruto do meu trabalho (ACS12, homem, 52 anos).

Outrossim, essa categoria apresentou os sentidos e as representações para dar foco na forma como os ACS remetem-se a sua identidade profissional, suas dores e seus amores, de acordo com suas histórias de vida e suas vivências pessoais.

Tabela 4- Principais resultados da categoria “Os sentidos de ser ACS”.

Categoria	Principais resultados	Entrevista
Os sentidos de ser ACS	Não era a profissão almejada	E1, E2, E3, E9, E10, E12, E17, E18
	Satisfação em ser ACS	E1, E2, E3, E8, E10, E12, E13, E15, E16, E18
	O trabalho alivia as angústias	E16
	Trabalho gera sentimentos negativos	E7, E14, E8, E3, E17, E18
	Trabalho na pandemia é uma atividade desafiadora	E2, E4, E6, E3, E8
	Relevância do trabalho do ACS para realização das atividades nos territórios rurais.	E5, E7, E9, E11, E13, E14, E15

Fonte: Elaborada pela autora.

6.2 CATEGORIA 2 - TRABALHO NA PANDEMIA: SOFRIMENTO E PRAZER.

A categoria sobre o trabalho na pandemia apresenta uma descrição das ações mais desenvolvidas na pandemia e os possíveis fatores que podem ter influenciado no processo de sofrimento e prazer para os ACS que atuam na zona rural.

Dentre as ações desenvolvidas no período da pandemia, as mais mencionadas estão as de orientação à prevenção, o cuidado ao ser infectado pelo vírus da covid, assim como as informações relacionadas à vacinação. Outra ação que foi frequentemente citada foi a notificação e monitoramento dos casos positivos (E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E1, E2). Como pode ser exemplificado nas falas a seguir:

Além das orientações, a gente tinha que fazer o monitoramento, a gente fazia pelo celular e também... foi isso. [...] ficou liberado pra ficar no posto. A princípio, ficar na visita do lado de fora das casas. Depois fazer o cadastro no posto, pelo celular. A notificação a gente fazia, a gente fazia também pelo celular. Notificação pra depois ficar monitorando (ACS4, mulher, 37 anos).

Aqui na zona rural não, você fazia o papel de avisar que ia ter a vacina. Que é o papel que já fazia, que faz todo mês de avisar, né, as pessoas (ACS7, mulher, 37 anos).

As ações mencionadas apresentaram variações relacionadas às condições de trabalho, assim como a organização do trabalho. Uma vez que os profissionais verbalizaram desenvolver as intervenções através do celular, de visitas, sem adentrar as resistências ou mesmo no interior das casas. Dessa forma, pode-se inferir que não teve uma homogeneidade relacionada à execução da prática dos ACS no período da pandemia (E2, E4, E10, E11, E12).

E além das notificações, a gente tinha que monitorar também os pacientes que já tava com covid, né... Aquela coisa, a gente tinha que tá todos os dias ligando pra saber como é que o paciente tá, pra ver se evolui, se tá melhorando, se tá piorando, quais os sintomas. Então, isso a gente tinha que tá fazendo e passando informações pra equipe lá em cima, né (ACS10, mulher, 44 anos).

Tinha que monitorar. E no começo, a gente não tinha... a maioria das pessoas não tinha internet, a gente tinha que ir na casa (ACS12, homem, 52 anos).

Outro ponto relevante que surgiu na discussão foi o comportamento dos usuários após as orientações dadas pelos ACS. Uma vez que, de acordo com os relatos, a forma como a intervenção dos profissionais foi recebida divergiu entre comportamentos de aceitação e de resistência. O posicionamento de resistência dos usuários esteve relacionado pelos profissionais à descrença à gravidade do vírus, assim como ser uma característica da população rural, por ser denominada como uma população mais simples (E1, E2, E8, E11). As falas a seguir demonstram a realidade vivenciada por alguns ACS em relação à resistência da comunidade em aceitar as orientações.

No período da pandemia, então, concentrei mais em orientar e incentivar a tomar a vacina. Porque muita gente não queria tomar e teve alguns que teve resistência mesmo e não tomaram as vacinas.[...] e indiquei também o uso de máscaras. Muita gente não queria usar a máscara e nem usar o álcool em gel. Porque não acreditava, então concentrei mais nessa questão ai, de orientar (ACS1, mulher, 35 anos).

É, então, tem uma série de cuidados que a gente tem que garantir. E assim, vejo o povo do campo, vejo um povo assim, muito simples. Não diria desligado, digo assim, simples no sentido de achar que, às vezes, não pode chegar pra gente (ACS8, homem, 35 anos).

Sim, a gente tinha que chegar nas casas, dando as orientações sobre covid. Pedindo o pessoal pra manter o distanciamento. E, não aglomerar, apesar que na minha área isso não funcionou... O povo não ligou com pandemia não (ACS11, mulher, 38 anos).

Um cenário de comportamento oposto ao de resistência às orientações é mencionado por E9, ao afirmar desenvolver seu trabalho como agente em uma comunidade que apresentava uma aceitação positiva em relação às suas orientações no período da pandemia.

Mas as pessoas, é, graças à Deus minha comunidade são pessoas que eles entendem as orientações que eu passava, eles seguiam. Bem, assim, bem aberto. Não é aquele povo que... ignorante entre aspas, resistentes não (ACS9, mulher, 37 anos).

A vacinação contra a covid foi um aspecto que foi citado de forma recorrente pelos entrevistados, sendo que foi caracterizado como um acréscimo nas atribuições dos ACS da zona rural, uma vez que, diferente da dinâmica de trabalho da zona urbana, a comunidade não era quem buscava a vacina, mas os profissionais da saúde, com ênfase no ACS, era quem fazia a captação do usuário para realizar a vacinação. Dessa forma, é considerado um desafio para os profissionais, como pode-se constatar nas falas a seguir (E5, E7, E9, E10, E13).

Tem mais função pra fazer por conta da vacina. Ainda mais aqui na zona rural. Que a zona rural, a gente tem a dificuldade, por que na cidade o cidadão vai atrás da vacina e aqui não. Aqui, o ACS é responsável por passar pra enfermeira a quantidade de vacinas de cada idade e o agendamento (ACS5, homem, 31 anos).

Uma coisa que a vacina deveria ter sido ofertada em quantidade pra que as pessoas procurassem, e encontrassem a vacina. Por conta que a vacina pra zona rural é ofertada em menos quantidade, o ACS é obrigado a tá toda semana, tá avisando as pessoas das faixas etárias (ACS5, homem, 31 anos).

Deu uma melhorada, mas todas as informações da área é a gente que traz. Por exemplo, se tiver uma pessoa sem vacinas é a gente que faz o encaminhamento ainda. Conversa, orienta e faz com que aquela pessoa venha a entender a necessidade dele vim tomar a vacina (ACS13, homem, 52 anos).

A ação de vacinar a população também ensejou para os ACS sua ausência no território, sendo que foi necessário ficar um tempo maior da sua carga horária de trabalho na unidade, assim como afirmam E5, E10 e E11.

A vacina, a gente teve novas atribuições, não só na visita como também na unidade, por conta da equipe ter um número pequeno de funcionários, os ACS acabaram tendo que ficar um tempo maior na unidade pra ajudar no serviço administrativo, que era lançador de vacina, ajudar preencher ficha durante a vacinação. Então, essas foram as

atividades que mais acometeram o tempo durante a pandemia na unidade, ajudando na vacinação do que propriamente fazendo as visitas no campo (ACS5, homem, 31 anos).

Nas vacinas, também, a gente teve que deixar o trabalho da gente um pouco de lado pra vim ajudar as meninas nas vacinas. [...] e teve a parte também da mobilização, né, porque logo no início muita gente teve resistência à vacina. A gente tinha que passar, orientar, explicar que a vacina era segura, que a pessoa tinha que tomar vacina pra se proteger (ACS11, mulher, 38 anos).

Ainda foram mencionadas pelos participantes algumas ações de cuidado à saúde da comunidade que eram realizadas antes da pandemia, mas que foram suspensas. A atividade coletiva foi suscitada, ainda acompanhada da observação de que em algumas situações, os próprios usuários se recusaram a participar, devido ao medo de contaminação pelo vírus. Também foi suspensa a realização do peso das crianças para o bolsa família, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) das crianças, como também as reuniões de equipe para o planejamento das ações. É válido ressaltar que a quantidade de atendimentos para outras demandas de saúde teve seu número reduzido para evitar aglomeração de pessoas nos serviços de saúde. Esse cenário é ilustrado nas falas a seguir (E2, E4, E7, E8, E12, E17).

[...] isso que falei, a questão dos grupos diminuiu e tem área que a gente nem faz, por que tem pessoas que não quer vim por causa da pandemia, até por conta da gente mesmo (ACS2, mulher, 43 anos).

O peso do bolsa família foi suspenso. Essas práticas aí... os grupos de gestante foi suspenso. O grupo de hipertensos também foi suspenso, não existiu mais esse grupo de hipertenso, nem de gestantes (ACS4, mulher, 61 anos).

Na pandemia, a gente ficou até sem ter reunião. E até isso... como, te falei, dificultou (ACS7, mulher, 37 anos).

A entrevistada E12 acrescentou uma observação, que apresenta uma crítica, ao pontuar que as orientações direcionadas às outras demandas de saúde passaram a ocupar um lugar secundário na assistência aos usuários. Afirmação que pode ser constatada na fala a seguir.

Eu acho que foi o que mais mudou, orientação e prevenção. Só que de uma maneira diferente, a gente usava mais em cima da covid. Essa orientação parece que deixava de lado um pouco hipertensão, diabetes (ACS12, homem, 52 anos).

A visita domiciliar, considerada uma atividade peculiar dos ACS, durante a pandemia, passou por alterações ou mesmo foi suspensa do cotidiano dos profissionais. É válido ressaltar que a vivência dessa ação não aconteceu de forma homogênea, uma vez que realidades diversas foram verbalizadas. Pode-se inferir que algumas equipes persistiram com a realização da visita, porém os profissionais foram instruídos a permanecerem na parte externa da residência, a fim

de atender a uma nota técnica da gestão (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E11, E13, E15, E17, E16, E18).

E por um momento veio uma nota falando que a gente não poderia mais entrar na casa, é, pra proteger as pessoas e nos proteger também. E a partir daí foi muito mais difícil, por que a gente começou a fazer os avisos ou as visitas na porta, muitas vezes as pessoas tinham até medo de nos receber. Quantas vezes, bati em várias portas e não abriam (ACS3, homem, 42 anos).

Aí, a gente passou a visitar de uma forma diferente. Não entrar na casa das pessoas, conversar de fora. Seguir as normas de higienização, mas assim foi muito difícil. A gente nunca deixou de fazer a visita. Agora assim, a visita uns 2 metros de distância, que era recomendado. A gente orientava a família, naquele momento (ACS13, homem, 52 anos).

No entanto, não realizar a visita domiciliar e passar a desenvolver atividades internas na unidade de saúde foi uma outra realidade descrita pela participante E10, assim como pode ser ilustrada na sua fala.

Então, a gente teve que se adaptar a um novo meio de trabalho. Deixar de fazer aquela visita que a gente fazia pra ficar mais na unidade (ACS10, mulher, 44 anos).

É apropriado mencionar que nas falas de E12 e E15 é possível perceber que situações de monitoramento dos usuários acometidos pela covid ficaram como atribuições do ACS na modalidade presencial. Ainda é importante pontuar que na fala do profissional E12 emerge uma insatisfação em ter que realizar a citada ação, uma vez que não teria os EPIs necessários para sua segurança.

Mas até hoje, assim, ainda vejo que teve ações mesmo, da visita, acho que... da visita das pessoas que tava com... dando monitoramento que tinha que fazer, que não tinha como fazer pelo telefone por que quem não tinha internet. Então, acho que isso não deveria ser a gente, por que a gente não tinha as roupas, não tinha luva, não tinha essas coisa. [...] sofri... a gente no começo sofreu, por que falava assim: “mas moço, vou ter que fazer isso, vou ter que tá sujeito exposto a isso... (ACS12, homem, 52 anos).

A maneira como a comunidade reagiu às alterações da prática da visita do ACS nas residências da zona rural foi um aspecto que também não apresentou um comportamento homogêneo, pois diversas falas dos profissionais remetem à insatisfação dos usuários por não ser realizada no formato tradicional, no interior das residências. Uma vez que os usuários externalizaram descrença em relação à gravidade do vírus (E2, E16, E18).

Depois a gente foi, chegava: “oh, não posso entrar”. Eles diziam: “Você entra, não tem nada não. Isso é besteira. Pode entrar.” “Não. É ordem da secretaria”. Só parei de entrar mesmo nas casas depois que elas falou que tinha que ser (ACS2, mulher, 43 anos).

Você não entrava na casa da pessoa, né, você chegava, ficou estranha, por que você chegava as pessoas “entra pra cá, não tenho nada haver com isso, não tenho medo disso, você pode entrar (ACS18, homem, 35 anos).

Uma realidade divergente também emergiu em alguns discursos que expressam o desejo de não receber o ACS no interior das residências, ao usuário demonstrar um comportamento de medo em perceber a figura do profissional como um risco para o contágio da covid. Os ACS verbalizaram a dificuldade enfrentada para manejar a situação e realizar a ação, mesmo seguindo o distanciamento (E4, E5).

As práticas que a gente não podia mais entrar nas casas, pra fazer as visitas. O pessoal também, mesmo se a gente quisesse ir nas casas, não recebia a gente. A gente teve uma grande dificuldade... você chegava na casa as pessoas praticamente fechavam as portas. Lá de dentro, falavam com a gente que não podiam atender. Começava já falar que, por causa do vírus, aí tá evitando de sair de casa. Aí, a gente tinha essa dificuldade, até pra avisar uma gestante, a gente teve dificuldade sim, na pandemia (ACS4, mulher, 61 anos).

Aí, a visita no período da pandemia se resumia a ir ficar no posto, na cerca, em frente a casa e era mais apenas pra dar os avisos mais importantes. [...] e nesse tempo, o pessoal já estava um pouco mais restrito e com medo, não queriam nem muita conversa, mesmo se tinha alguma coisa mais importante ou não (ACS5, homem, 31 anos).

Outra adversidade que foi verbalizada nas falas de alguns ACS foi ter que manter o distanciamento de famílias da comunidade, que já tinham um vínculo construído, assim como a importância da visita no interior da residência para perceber demandas que poderiam não ser verbalizadas pelos usuários (E8, E17, E18).

Você, acho que perdeu mais aquele vínculo de entrar na casa da pessoa, de visitar a pessoa, pesar aquela criança, olhar aquelas... que às vezes você entra na casa olha tudo, disfarçadamente você, olha tudo como tá, tudo, criança se tá bem cuidada, idoso se tá bem cuidado, medicamento dos hipertensos, dos diabéticos, se estão tomando ou não (ACS18, homem, 35 anos).

Principalmente aquelas casas que a gente tinha uma relação. Aquele processo de chegar, sentar bater papo. Na realidade, essa conversa na casa traz uma visão também de como é aquela família. Então, a gente tinha muito essa relação. É, com mais intensidade. Essas foi a que mais dificultou ainda, por que a gente tinha que evitar (ACS8, homem, 35 anos).

Todavia, na fala do participante E18 também surgiu um sentimento que apresentou uma discrepância relacionada à dificuldade de não adentrar a residência. O ACS percebeu a restrição como um fator positivo, por não ser necessário desenvolver algumas atribuições que são do agente, do mesmo modo por ter reduzido o período da visita.

Melhorou no sentido de não entrar na casa, a visita ficou mais rápida, essas coisas assim, não teria que pesar criança, de fazer... melhorou pra gente, mas pra comunidade piorou bastante (ACS18, homem, 35 anos).

Ainda em relação à visita domiciliar, é relevante suscitar que a fala de E16 enfatiza que o cuidado ao usuário com demandas específicas como hipertensão, diabetes, gestantes, etc. não foram suspensos, com o objetivo de realizar o acompanhamento dos casos, assim como realizar orientações relacionadas aos cuidados com a covid.

Ia ver como tava os hipertensos, diabéticos, as gestantes, a gente nunca deixou de visitar esse público na pandemia. Por que é um público de risco, tinha que ver como é que tava a orientação, como estava agindo em casa sobre a higienização, sobre sair na rua, pra deixar as janelas abertas pra ventilar a casa, era assim (ACS16, mulher, 45 anos).

Com as alterações na visita domiciliar, uma alternativa para dar continuidade aos cuidados para os usuários, no período da pandemia, foram as redes sociais, principalmente o aplicativo do *WhatsApp*. De acordo com alguns participantes, a citada ferramenta já era utilizada antes da pandemia. É importante pontuar que essa não foi uma afirmação geral entre os entrevistados. Alguns ACS perceberam pontos positivos no uso do *WhatsApp* para as condições de trabalho, assim como para a organização do trabalho (E3, E4, E8, E10, E12, E13, E14, E17).

Mas aí, então veio pra gente pegar o contato deles. E aí, melhorou. Que você podia passar todas as informações pra eles através do zap. [...] a prática do celular foi ótima, mas também foi arrasadora, por que as pessoas não olham a hora que vai ligar pra você. Muitas vezes queimei panela respondendo pessoas no *WhatsApp*, no horário do almoço (ACS4, mulher, 61 anos).

Assim, é um trabalho meio que, é, ajuda, mas também em contrapartida atrapalha, porque a gente deixa de ter uma vida reservada, o agente de saúde hoje, falo sempre que o agente de saúde hoje não é visto como uma pessoa somente física, além de trabalhar em seu horário de trabalho mesmo, trabalho em casa, através do *WhatsApp* (ACS14, mulher, 34 anos).

Em relação aos aspectos positivos na utilização do *WhatsApp* foram verbalizadas as justificativas de ser uma possibilidade para flexibilizar o horário de contato com a comunidade e também por ser uma alternativa de passar as informações relacionadas a imprevistos nas atividades da equipe ou mesmo para divulgação de cronogramas de ações. Também o uso foi defendido como válido por proporcionar uma assistência à saúde no território sem que seja necessário o encontro presencial, e, assim, diminuir o risco de contaminação e manter a comunicação com as famílias (E3, E4, E8, E9, E10, E13, E17).

Aí entra uma ferramenta muito importante, por que assim a pessoa tava lá na casa dele e eu conseguia falar com a própria pessoa que tava doente, muitas vezes, né. Então, até hoje é um trabalho que tem ajudado muito assim, né, pra nosso trabalho. Tem contribuído muito o *WhatsApp* (ACS13, homem, 52 anos).

No momento da pandemia foi bom, foi bom por que era um contato, era uma maneira de ter notícia das pessoas e de passar informação. Hoje continuo trabalhando no *WhatsApp*, a gente criou até um grupo de informe de saúde, que é o meu grupo de informe de saúde (ACS17, mulher, 47 anos).

Contudo, o posicionamento de ter pontos negativos no uso do *WhatsApp* também foi ressaltado por alguns participantes. Em relação aos argumentos que emergiram, um deles foi o de proporcionar ao usuário a possibilidade de acessar o profissional fora do seu horário de trabalho. Em algumas situações, para fazer cobranças sobre os serviços da unidade, tal como por ser uma modalidade de assistência que não favorece o fortalecimento do vínculo com as famílias (E3, E12, E10, E13, E17).

Então assim, nosso limite de trabalho era um antes do *WhatsApp* depois disso a gente não tem mais hora, é feriado, é sábado, é domingo, é 5 horas da manhã, é 10 horas da noite, é 11 horas da noite, é você de férias. Então assim, foi invasão, foi uma invasão também (ACS17, mulher, 47 anos).

Então, tem muita cobrança fora do horário de trabalho, o agente tem muito isso. O agente tá nas situações mais inusitadas digamos assim, que você acha que você não é procurado, e você é procurado. Então, assim é muito ruim, tira um pouco da sua liberdade fora do local de trabalho (ACS3, homem, 42 anos).

É válido ressaltar que alguns profissionais perceberam apenas pontos positivos no uso do *WhatsApp* (E18, E9). Sendo assim, as respostas não apresentaram um consenso em relação à percepção do uso da ferramenta tecnológica na prestação aos serviços em saúde, na zona rural, no período da pandemia. Na fala, a seguir, é notória a satisfação da profissional em usar o *WhatsApp* para desenvolver seu trabalho como uma ferramenta que proporciona o contato com os usuários.

Foi tranquilo o distanciamento físico, mas assim, com o celular eu ficava, eu sou bem próxima da minha área. Às vezes, fico distante fisicamente. Mas, meu celular, meu contato tá disponível pra todo mundo. E não me importo de mandar mensagem final de semana. À noite não gosto de deixar ninguém sem resposta. Mesmo que seja positiva ou negativa. [...] se posso, eu posso. Se não posso, já falo “não posso” e pronto e acabou. A questão do *WhatsApp*, meu celular, é uma ferramenta que me ajuda muito (ACS9, mulher, 37 anos).

Em contrapartida, também teve participante que visualizava apenas pontos negativos com o uso do *WhatsApp*. É propício mencionar que uma profissional afirmou ter suspenso a prática do uso do aplicativo para o trabalho, após orientação do psiquiatra, pois estava sendo

fator de adoecimento. A fala, a seguir, ilustra o adoecimento relatado por uma profissional, potencializado por ofertar essa possibilidade de contato para a comunidade (E5, E16).

Mas, chegou numa proporção tão grande, que em março desse ano, o psiquiatra mandou eu tirar o *WhatsApp* da comunidade. [...] Aí, ficou, chegou de uma maneira tão... que gente mandava áudios, não importava a hora, áudios já ofendendo que esse posto velho, não presta pra nada, que vem aqui atrás de uma consulta não encontra, que a gente não serve pra nada. [...] cheguei a perceber que tava me deixando nervosa irritada, e por que eu achava que algumas coisas, não precisava ouvir (ASC16, mulher, 45 anos).

A declaração de E10 converge com a fala de E16 ao externalizar que o uso do celular, apesar de contribuir em alguns aspectos para seu trabalho, passou a ser um fator de adoecimento para ela, pois começou a apresentar problema relacionado à pressão arterial, demanda que tem causas multifatoriais, dentre elas, questões emocionais. Sendo que a profissional atribui seu adoecimento ao uso do *WhatsApp*.

Então, aí complicou... assim a partir do momento que a gente começou trabalhar mais com o celular, a mudança deixou um pouco a gente também que... eu cheguei até comentar hoje que eu nunca tinha tido problema de saúde e comecei a ter de pressão. Minha pressão começou a subir. Que, aí, começou assim, você não pode tá ali próximo da pessoa, mas a pessoa pode tá o tempo todo te ligando, a gente tinha que tá falando com a pessoa. Foi complicado também ficar trabalhando por celular (ACS10, mulher, 44 anos).

O participante E5 corrobora a discussão ao ressaltar que o uso exclusivamente do *WhatsApp* na zona rural é uma alternativa distante da realidade do território, pois existem famílias que não possuem essa possibilidade de contato, por não terem celular, internet ou mesmo não serem familiarizadas com a ferramenta tecnológica.

Durante a pandemia ficou bem mais restrito. A gente recebeu alguns ofícios pra não tá adentrando nas casas, o uso de máscaras e fazer mais visitas por meios eletrônicos. Porém, na zona rural ficou quase inviável, por que a maioria das famílias não tinha esse contato (ACS5, homem, 31 anos).

Segundo os discursos dos participantes, foi possível perceber que algumas ações desenvolvidas pelos ACS, da zona rural, no período da pandemia, foram gatilhos para emergirem sentimentos diversos, devido à organização do trabalho. Dentre eles, foram citados o de tristeza, de desafio, de dificuldade, de sobrecarga, de angústia, de preocupação, de desespero, de estado de choque e de aversão. Os termos que foram listados remetem a um sofrimento devido à rotina do trabalho durante o momento crítico da covid (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E12, E13, E14, E17, E18).

Era uma situação chata mesmo, que você chegava em casa não podia abraçar os seus. Não poderia tá próximo. Sei que foi uma questão geral, foi muito geral mesmo... O agente tava na frente. Então, era uma coisa assim que causava sofrimento, muito, não era pouco. É minha mãe mesmo, que a gente tem muita afinidade, é dos abraços, de tudo, ela falou assim: “meu Deus do céu, para, não é assim também não” e tudo. Eu dizia: “mas tem que ser, por que hoje enfrentei várias pessoas assim, com sintomas assim”. Então, a gente mantinha mesmo (ACS3, homem, 42 anos).

Eu tive uma aversão mesmo ao trabalho, imaginava amanhecer o dia. Eu não dormia, engraçado, não dormia, não tinha uma noite de sono satisfatória, imaginava amanhecer pra sair de casa e ter que enfrentar o trabalho (ACS14, mulher, 34 anos).

Os fatores na organização do trabalho, que foram suscitados como possíveis causas para desencadear citados sentimentos, foram diversos. Sendo que, alguns participantes expressaram o distanciamento de familiares e amigos, a ausência de liberdade para interagir com os usuários, a cobrança da comunidade para que suas demandas sejam atendidas, assim como a falta de conhecimento do vírus (E3, E4, E9, E13, E14).

Foi difícil. Tem um pouquinho de dificuldade que nunca é como você ter aquela liberdade de entrar na casa. Conversar com a pessoa. Tomar um cafezinho. Dialogar com as pessoas (ACS4, mulher, 61 anos).

Às vezes, era um pouco angustiante, por que o paciente me passava uma demanda pelo celular. Eu dependia de outro profissional pra dar uma resposta pra ele. Às vezes, esse profissional não estava disponível no momento. E ficava me cobrando resposta (ACS9, mulher, 37 anos).

Os participantes E4, E7 e E12 externalizaram que o momento da pandemia foi difícil por perceberem que outras instituições que oferecem serviços ao público suspenderam suas atividades e o ACS não teve essa possibilidade, nem mesmo estava autorizado a tirar férias ou licença nesse período.

Foi difícil, por que as escolas parou, tudo parou e a gente não pôde parar, a gente teve que lutar, ficar no meio do fogo cruzado. Quanto mais tinha gente doente mais tinha trabalho pra gente (ACS4, mulher, 61 anos).

Na verdade, na pandemia bagunçou a vida de todo mundo. Da sociedade inteira. E não ia ser diferente com a gente. E acho que com a gente mais ainda, por que a gente ficou no período assim, como você trabalhava na saúde você não podia, por exemplo, tirar férias, tirar licença. Você tinha que trabalhar por que a gente tava passando por um momento crítico. Então você teve que ter, você teve que tá no meio dela. Muitas pessoas podiam escapar, ficar em casa [...] (ACS7, mulher, 37 anos).

É válido realçar a fala de E6 ao pontuar que para trabalhar durante a pandemia foi necessário um esforço para passar um cenário de equilíbrio para o usuário, que, muitas vezes, não correspondia a realidade do próprio estado emocional da ACS.

Então, foi meio difícil também. Que você também não tá bem e tentar passar pra os outros o que você não tava conseguindo passar nem pra você mesmo, às vezes era assim, por que era assim que me sentia (ACS6, mulher, 50 anos).

Um fator de sofrimento, relatado por um ACS, foi ter que interagir, de maneira presencial, com os usuários da sua área, acometidos pela covid, para realizar o monitoramento dos casos. Pode-se constatar que, de acordo com as falas, não existiu uma unanimidade em relação ao processo de trabalho para o cuidado a pessoa positivada com o vírus da covid (E12).

Era, pra falar a verdade era preocupante pra gente, pra mim assim, como agente de saúde. Por que tinha que ir conversar com o paciente, eu não podia perguntar a família pra poder fazer notificação, essas coisas a gente tinha que perguntar diretamente ao paciente. Então, na maioria das vezes o paciente quando adoecia caia logo na cama. A gente tinha que entrar no quarto ou pela janela, mas tinha que conversar com o paciente. Eu acho que isso, assim, foi... esse tipo de trabalho que mais deixava a gente preocupado (ACS12, homem, 52 anos).

Além de todo esse cenário que existe uma disparidade nas condições de trabalho das equipes, assim como formas de organização do trabalho heterogêneas entre os profissionais e com uma diversidade de fatores que contribuíram para desencadear sofrimento para os ACS, a participante E7 ressalta ter vivenciado uma cobrança, por parte da gestão, devido à baixa produtividade. Uma vez que os profissionais dispensaram uma parte da sua carga horária para as atividades direcionadas ao controle e combate a pandemia, como por exemplo a vacinação.

Só o que me deixou assim chateada foi que depois, é, de tudo que os agentes se envolveram, nas vacinas, que ajudou nas vacinas e tudo e aí depois eles vieram cobrar que os agentes tava com baixa produtividade. Por que realmente eles sabiam que os agentes tinham sido deslocados pra outra... não tinha como (ACS7, mulher, 37 anos).

É imprescindível assinalar que a forma de reagir ao sofrimento é singular para os profissionais. Dessa forma, foi possível perceber diversas maneiras de reagir ao sofrimento, advindo do trabalho, emergindo assim um esgotamento emocional, comportamentos ansiosos e, até mesmo, um adoecimento mental, uma vez que foi necessária uma intervenção profissional para alguns ACS (E3, E4, E7, E13, E14, E17).

Não durmo. Fico sem dormir. Sente boca amargar. Não tenho vontade de alimentar. Me sobrecarrega muito essas coisas. Muito trabalho, muita coisa, vendo que não deu pra fazer, tudo eu fico com boca amarga. Não consigo alimentar e não durmo (ACS4, mulher, 61anos).

E assim, com o tempo desde o ano passado faço acompanhamento com uma psicóloga, faço terapia já há um pouco mais de um ano. Por que não tô, não tava conseguindo trabalhar mais, minha cabeça bloqueava qualquer ação que fosse do trabalho (ACS14, mulher, 34 anos).

Uma realidade que expressou comportamentos divergentes dos anteriormente verbalizados, no período da pandemia, ao se ter contato com as adversidades do ambiente de trabalho foi de tranquilidade e resiliência, fator que ressalta a singularidade de cada sujeito para reagir ao sofrimento (E9, E16, E11).

Assim, às vezes tem dias que a gente acorda sem vontade nem de sair de casa, nem de levantar da cama. Quando é muita coisa assim, tem coisas que... eu não vou falar que sou forte o tempo todo não, por que tem dias que nem sair de casa quero, nem de levantar da cama. Mas aí, vou conversando comigo mesmo e me ergo e saio (ACS9, mulher, 37 anos).

É fundamental sinalizar que alguns participantes verbalizaram que foi possível adquirir uma aprendizagem com as adversidades no trabalho durante a pandemia, como também ter contribuído para a melhoria da assistência prestada ao usuário. Dessa forma, pontos positivos emergiram nos discursos das participantes, como podem ser ilustrados em seguida (E6, E13, E16).

Mudou bastante por que antes a gente não tinha esse vírus assim, que tava acabando com meio mundo de gente. Aí a gente foi aprendendo uma maneira nova de trabalhar. Eu falo assim, que a minha maneira de trabalhar mesmo melhorou. Eu fiquei mais atenciosa, entendeu? As condições que a gente teve que começar trabalhar, a gente ficou mais, eu mesmo fiquei mais atenta (ACS6, mulher, 50 anos).

O participante E12 tece uma comparação relacionada às características específicas de trabalhar na zona rural, em relação à morte eminente que a pandemia fez emergir no cotidiano dos ACS. Ainda ressalta que perceber a possibilidade da morte de maneira concreta é diferente.

E acho que quando se vê falar em morte parece que muda um pouco de figura, quando você vê falar... ah, não a gente que trabalha tá sujeito a doença, a picada de animais peçonhentos, que a gente trabalha em lugar que é mato. A gente anda estrada de mato, a gente sabe que pode encontrar animais, como cachorro. Mas quando viu falar na morte mesmo, e quando a gente via a televisão (ACS12, homem, 52 anos).

A vacinação foi mencionada como uma ação que causou sofrimento nos profissionais da zona rural por ter como dinâmica a necessidade de captar os usuários, pela cobrança dos usuários, relacionada à agilidade que as vacinas eram dispensadas para a comunidade, além da falta de percepção que essa não seria uma atribuição do ACS, mas de outros profissionais da equipe como o técnico de enfermagem (E5, E6, E14).

Não, era do técnico de enfermagem. Que até por que é função deles mesmo. Preencher o mapa deles da vacina. Fazer o cartão da vacina. Só que a gente achou uma maneira pra todo mundo... pra o serviço andar, pra o povo ser vacinado logo também, por que

já tinha a demora do governo com a vacina. E se nós também, cá, não procurássemos ajudar ia só rendendo mais os casos (ACS6, mulher, 50 anos).

Eu não concordo com a forma que a vacinação foi feita na zona rural. A gente realizou o trabalho, mas não concordo, por conta que o agente era de certa forma obrigado a dar conta daquela quantidade de pacientes de cada faixa etária. Gerou sofrimento por conta que a gente acaba sendo pressionado pela comunidade, que de certa forma via pelas mídias sociais e pelos meios de comunicação que a vacina na cidade já estava pra certa faixa etária, eles cobravam da gente que queria se vacinar e não podia naquele momento, que não... na zona rural (ACS5, homem, 31 anos).

Então veio a vacina, esse esquema de vacina que meio que, é, deixou todo mundo assim fora do ar, digamos assim, porque tudo é, como eu disse o novo causa estranheza e até adaptar ficou meio que vulnerável a muitos questionamentos, em relação à comunidade mesmo todo mundo queria pegar uma, era como se você jogasse um kit salva-vidas no meio de um deserto, todo mundo queria pegar um pouco, pra poder se manter, pra se livrar, né, daquele problema. Então, é meio que a gente é, os agentes de saúde ficaram nesse, nessa dificuldade por que a vacina trouxe muito transtorno (ACS14, mulher, 34 anos).

Outro aspecto relevante é a dinâmica de trabalho que envolve algumas equipes da zona rural, relacionado à interação, comunicação e o vínculo entre as categorias profissionais. Pois, quando não é um fator que flui de maneira tranquila, dificulta a discussão sobre as demandas do território, bem como o compartilhamento das angústias dos profissionais. A fala de E7 remete ao cenário citado: É possível perceber um sentimento de indignação com a falta de contato da ACS com outros profissionais da equipe.

Olha é difícil, por causa da diferença daqui. A gente não se vê. Não tem pra quem eu contar não. Por que a gente não se vê, vejo a enfermeira no dia do atendimento ou no dia da reunião. Então, a gente não tem esse acesso, entendeu? Pra mim falar assim: “a tá acontecendo isso e isso...”. Entendeu? Sentar pra conversar. [...] oh, minha fia... isso não só na pandemia, mas sempre. Por que a gente não tem esse acesso. Tem essa diferença... pra tu vê, dentro da própria equipe à gente tem diferença. Aqui, dessa área de cá não, os agentes de cá não, se a gente ficar o mês todo aqui... (ACS7, mulher, 37 anos).

No período da pandemia, os ACS tiveram que desenvolver algumas ações direcionadas ao combate da covid, que não faziam parte de suas atribuições, como por exemplo, a vacinação, a notificação e monitoramento de casos positivos. De acordo com o discurso dos participantes, a forma como se posicionaram em relação à citada realidade, divergiu entre não manifestar a insatisfação e realizar a ação, mesmo não sendo uma função do agente, ou mesmo causar sofrimento para o profissional (E16, E3, E12).

Então assim, se passa pra gente a gente acaba fazendo, mesmo causando sofrimento. Acho que faz, por que na pandemia foi assim, a realidade é essa, na pandemia a gente fez muita coisa que... e sempre, né, a cobrança pra gente é muito grande (ACS3, homem, 42 anos).

Meu posicionamento era, mesmo que eu achava que não deveria, não passava isso pra equipe, falei depois com a enfermeira, que eu fazia, mas achando assim... que... mas eu fazia. Eu acho que era até mais ruim pra mim, por que ia fazer uma coisa que achava que era contra a vontade, que talvez se eu conversasse, pra mim aquele retorno que ia me dar, eu ia fazer esse trabalho melhor do que eu ia fazer sem falar nada (ACS12, homem, 52 anos).

E entre pontuar para a equipe que não seria função do ACS. Dessa forma, os profissionais assumiram um comportamento ativo ao terem contato com uma lógica de um processo de trabalho que não concordam (E14, E15).

Sim, me posiciono e sou mal interpretada, porque aí dá a entender que é para ajudar a equipe, subtende-se que é pra ajudar a equipe. Questiono que não é pra fazer (ACS14, mulher, 34 anos).

Não fazer. Eu não faço. O que não é da minha, de minha coisa... não faço, uma coisa. Por que sei que ali na frente, não vou saber chegar no fim (ACS15, mulher, 54 anos).

O planejamento das ações das equipes da zona rural, no período da pandemia, é um ponto relevante para as condições de trabalho das equipes, assim como para dar a liberdade para o profissional se posicionar em relação à organização do trabalho que vai executar. No discurso de alguns profissionais, eles externalizaram que nas suas equipes foi resguardado o momento do planejamento e que eram profissionais ativos na discussão, ao expor suas ideias (E11, E12, E13, E15, E16, E18).

Geralmente a gente participa. Por que a gente vem pra reunião rediscutir todas as ações que a gente vai fazer no dia a dia. Então, a gente participa, a gente até fala quando determinadas coisas que não tá no alcance. Por que assim vem muita demanda de lá pra cá... do sistema. Então, é aqui dentro que a gente distribui entre, gerencia da unidade e os nossos colegas (ACS12, homem, 52 anos).

A equipe sempre tinha um planejamento e quando fazia, fazia em reunião de equipe. A gente fazia com distanciamento, mas mesmo assim fazia esse planejamento. Então, a gente participava, todos. A enfermeira sempre pedia a opinião e cada um dava opinião (ACS13, homem, 52 anos).

É válido mencionar que E16 ressaltou que existe o planejamento, mas que escolhe ter um comportamento de permanecer em silêncio, não se posicionar, ao deixar que os colegas de trabalho participem da discussão.

Todo mês a gente tem nossa reunião de equipe e é nela que a gente resolve essas coisas, essas situações. [...] sou de ficar mais calada, ouvindo, por que sempre tem as que são mais ativas, que são mais... que se elas vê também que não é competência nossa, que nós não vamos dar conta, elas brigam, elas falam. Aí eu sou mais de ficar quieta ouvindo (ACS16, mulher, 45 anos).

No entanto, uma realidade oposta também foi verbalizada por alguns ACS, sendo possível perceber que os profissionais não participam desse momento. Ainda foi acrescentado que é uma atividade direcionada para os componentes da equipe mínima (E10, E14, E17).

Não tinha autonomia porque já recebia de forma pronta, como deveria ser, já era algo que vem de lá, é isso aqui pronto (ACS14, mulher, 34 anos).

Não a gente não participa muito do planejamento não, é mais a equipe mínima. (ACS10, mulher, 44 anos).

Em suma, o discurso de E7 externaliza sua percepção sobre o adoecimento da ACS, em especial, a saúde mental, ao ter contato com o trabalho. Constata-se que é uma fala que generaliza comportamentos, experiência que não foi encontrada em todas entrevistas. Todavia, é válido salientar que sinaliza para o alto número de profissionais da categoria que passavam por um processo de adoecimento, e, ademais, tece uma crítica relacionada ao olhar dispensado pela gestão para o ACS.

Hoje, se você balancear a maioria dos ACS tão doente. Tem alguma coisa, todos os ACS se você falar assim... não tem perfeitamente... quando for investigar, vai vê que tem alguma dificuldade, porque acaba adoecendo, você carrega as outras, não tem jeito, você vai carregar as outras pessoas, é, nas suas costas e isso eles não tem um olhar pra isso, pra ter um cuidado psicológico. Principalmente, né, psicológico com esses ACS, eu tava pensando assim: “Por que esses ACS adoecem tanto? Parece até brincadeira, parece que tá brincando, os ACS a maioria são doentes”. E aí, quando você for vê não por que eles tá doente fisicamente, aí quando você não tem um bom psicológico, acaba adoecendo todo o corpo (ACS 7, mulher, 37 anos).

Tabela 5- Trabalho na pandemia: sofrimento e prazer.

Categoria	Principais resultados	Entrevistas
Trabalho na sofrimento e prazer	Principais ações desenvolvidas na pandemia	E1, E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15,
	Condições de trabalho e organização de trabalho	E2, E4, E10, E11, E12
	Comportamento dos usuários após orientação dos ACS	E1, E2, E8, E11
	Contribuição dos ACS na vacinação contra covid	E5, E7, E9, E10, E13
	Ausência do ACS no território para contribuir com a vacinação	E5, E10, E11
	Suspensão das atividades devido a covid	E2, E4, E7, E8, E12, E17
	Alterações na visita domiciliar	E1, E2, E3, E4, E5, E8, E11, E13, E15, E17, E16, E18
	Desenvolver atividades internas na unidade	E10
	Monitoramento de positivados por covid de forma presencial pelos ACS	E10
	Reação dos usuários as mudanças na visita domiciliar	E2, E16, E18
	Resistência dos usuários em receber os ACS	E4, E5
	Distanciamento das famílias com vínculos fortalecidos	E7, E8, E18

Demandas específicas deixaram de ser prioridade nas visitas domiciliares	E16
Utilização da tecnologia para prestar assistência, em especial <i>WhatsApp</i>	E3, E4, E8, E10, E12, E13, E14, E17
Aspectos positivos no uso do <i>WhatsApp</i>	E3, E4, E8, E9, E10, E13, E17
Aspectos negativos no uso do <i>WhatsApp</i>	E3, E12, E10, E13, E17
<i>WhatsApp</i> fator de adoecimento	E5, E16, E10
Uso exclusivo do <i>WhatsApp</i> na zona rural, realidade distante	E5
Ações na zona rural percebidos como gatilhos para sentimentos negativos	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E12, E13, E14, E17, E18
Causas de adoecimento	E3, E4, E9, E13, E14
Serviços que cessaram os gatilhos para angústias	E4, E7, E12
Desequilíbrio emocional na pandemia	E6
Disparidade nas condições de trabalho e organização de trabalho na pandemia	E12
Comportamentos singulares para reagir ao sofrimento na pandemia	E3, E4, E7, E13, E14, E17
Aprendizagem na pandemia	E6, E13, E16
A eminência da morte na pandemia	E12
Vacinação e captação dos usuários na zona rural	E5, E6, E14
Dificuldade de comunicação entre profissionais da zona rural	E7
Atividades que foram desenvolvidas e que não fazem parte das atribuições dos ACS	E16, E3, E12
Comportamento ativo dos profissionais ao perceber que não é sua atribuição	E14, E15
Planejamento das ações da zona rural na pandemia: participação e não participação no planejamento	E11, E12, E13, E15, E16, E18
Adoecimento dos ACS	E7

Fonte: Elaborada pela autora.

6.3 CATEGORIA 3 - PROCESSO DE CRIAÇÃO: O PRESCRITO E O REAL

O trabalho chega até o profissional com suas regras e normas, que envolve a condição de trabalho, inclusive a organização do trabalho. O ACS, com esse conjunto de instruções que direciona suas atividades ocupacionais, ao colocar em prática, pode seguir o que está prescrito, mas pode também reinterpretar o que foi determinado e executar a ação com um certo nível de liberdade.

A liberdade de criar no ambiente de trabalho é uma possibilidade de tornar a ação exequível e com menor nível de sofrimento. Em relação a esse aspecto, a maioria dos agentes da zona rural, afirmou que, apesar de terem sido publicadas e divulgadas as Notas Técnicas com as determinações de como deveria acontecer a assistência à saúde no período da pandemia, a operacionalização esteve suscetível a mudanças. Citada afirmação pode ser constatada na fala a seguir (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E17):

A gente faz o que é necessário fazer, dentro da nossa realidade. Pode sofrer mudança do que eles falam, dentro da nossa realidade, a gente conhece o território, conhece as pessoas, conhece a nossa necessidade. Então, a gente faz aquilo que vem, dentro do que vai ser, e, que vai ser resolutivo no nosso dia a dia, no nosso trabalho. Então, assim, pode haver mudança sim (ACS3, homem, 42 anos).

Acho que isso vai muito do profissional, por que assim pra gente ser um bom profissional a gente não precisa cumprir tudo que tá ali no papel, por que às vezes tem coisa que foge. Por que assim, você vai ficar muito na mesmice, “Ah, vou chegar, vou fazer a visita, vou fazer as orientações, vou acolher, vou embora”. Não, a gente pode conversar um pouquinho pra descontrair. A gente pode fazer a pessoa dar uma risada, pode fazer uma brincadeira saudável. Então, assim, de vez em quando foge um pouquinho, não significa que vai trabalhar dentro das normas certinho, não (ACS11, mulher, 38 anos).

A importância da liberdade de criação no ambiente de trabalho, para colocar em prática a ação, é mencionada por E8 também. O participante ainda ressalta ser necessário um posicionamento de negação do profissional para não desenvolver a atividade, quando se tratar de algo que não faça parte de suas funções como ACS ou se não tiver a possibilidade de ser executada.

O que é de fato atribuição nossa, se for atribuição nossa, se for uma forma que a gente tem a liberdade de criar uma dinâmica pra fazer, beleza a gente vai lá e faz. Mas se for uma coisa que não é atribuição nossa e que eles pede pra gente fazer, se a gente vê que tem como a gente realizar, a gente vai lá e faz, se a gente vê que não, bota um pingão no i, não é. Tem que botar e tomar posição (ACS8, homem, 35 anos).

Ademais, a realização da visita domiciliar foi uma prática que alguns agentes afirmaram que foi modificada, em relação ao que estava sistematizado nas Notas Técnicas. As justificativas para não realizar a visita na área externa das residências dos usuários, e sim adentrar o interior das casas, não apresentou discursos homogêneos. Os ACS argumentaram que algumas pessoas não aceitaram o distanciamento (E2, E7, E9).

Sim, de chegar na porta e ... teve algumas vezes que nem respeitei o distanciamento. Eu entrava, sentava, por que não consigo. Sentia necessidade. Eu não conseguia ficar na porta... aí, a pessoa “não moça, não tem ninguém doente aqui não, pode entrar”. Eu entrava, sentava e entregava nas mãos de Deus e ia (ACS9, mulher, 37 anos).

Outra justificativa mencionada pelo participante E17 foi em relação ao aspecto de sentir necessidade em manter um contato mais próximo com os usuários, em virtude de ser um fator subjetivo importante para o ACS e que fortalece o vínculo afetivo. Isso pode ser constatado na fala a seguir.

Você não pode entrar, então assim, chegou aquela... inclusive teve umas casas que acabei entrando. E depois vem “Não. É regra a visita é na porta”, “A visita é no

portão”, aí segui essa regra por um tempo e depois, quebrei a regra. Então assim, quando comecei a entrar nas casas, voltei a conversar com as pessoas, comecei me sentir de novo. Por que era aquela coisa fria, na porta, no portão [...]. Porque no começo da pandemia era muito assustador. Então assim, agora essas visitas foram sendo feitas assim, quebrando esse gelo de ficar no portão (ACS17, mulher, 47 anos).

Ainda sobre o trabalho real dos ACS, da zona rural, E7 reforça a ideia de que um dos motivos para adentrar a residência foi a persistência dos usuários. E acrescenta que, muitas vezes, é imprescindível um contato presencial, como por exemplo, a visita a pessoas acamadas.

A gente não, por mais que eles falavam assim: “Ah, vocês não precisam adentrar as casas”. Então, a gente fazia aquelas visita assim, porém tinha casos que não tinha jeito, tinha que entrar, por que tem pessoas acamadas, tem pessoas que você tem que vê, tem que orientar, tem que cuidar. Na zona urbana não. Aqui sim, por que você, pra eles tava fazendo uma desfeita ou pra eles você num... por exemplo, o protocolo da gente era usar máscara, até isso incomodava eles, por que é, achava que a gente queria entrar por que é, alguém ia tá doente lá, que a gente ia adoecer (ACS7, mulher, 37 anos).

Importante destacar que as falas de E4 e E5 enriquecem a discussão ao defenderem que as condições de trabalho, inclusive a organização do trabalho, não oferecem o que é necessário para realizar o trabalho prescrito. Dessa forma, para que não aconteça um adoecimento, as normas passam por transformações. Em consequência disso, ocorre o trabalho real, aquilo que é possível (E5, E4).

Sim, a gente de certa forma procurava fazer da melhor maneira possível pra ter o mínimo de desgaste, tanto psicológico, quanto com a própria equipe. A gente procurou realizar o trabalho de forma que fosse bom pra gente, ficasse mais fácil pra gente e também pra comunidade. Por que certas normas que vieram impossibilitaram de trabalhar [...] (ACS5, homem, 31 anos).

Muitas vezes, a gente foge das normas, mas não é pelo gostar da gente não. É por causa de muito trabalho. Eu mesmo, a minha área tem quinhentas e tantas pessoas, tenho cento e tantos hipertensos, vinte diabéticos. Aí, se eu fosse trabalhar as normas certinhas, não daria conta. Mas a gente vê que a gente sempre tá fugindo das normas (ACS4, mulher, 61 anos).

Outro ponto relevante que foi suscitado pelos participantes E5 e E7 foi relacionado à determinação do uso do *WhatsApp* para o acompanhamento dos usuários, durante o período de distanciamento na pandemia. Visto que suas falas afirmaram que restringir o cuidado à saúde ao uso do celular na zona rural, seria um posicionamento inviável.

Em alguns momentos mesmo, sobre utilizar aparelhos eletrônicos era impossível, em algumas famílias era impossível. E a gente procurou fazer de outras formas (ACS5, homem, 31 anos).

Então, quando eles falaram assim: “A vocês devem usar o telefone”. Certo, posso usar e continuo usando o telefone, mas também não deixei de fazer minhas visitas, por causa disso (ACS7, mulher, 37 anos).

É válido pontuar que E5 exerceu a liberdade de criar um instrumento de comunicação com uma parte da comunidade para qual o *WhatsApp* não era uma ferramenta acessível, por conseguinte, manteve contato com a população adscrita no território que trabalha.

Eu mesmo fiz alguns panfletos em que a parte de traz deixava em branco pra que se a família tivesse alguma, alguma coisa, algum aviso, pudessem tá escrevendo me mandando, os que não tivesse, que não tinha aparelho eletrônicos. Então, a gente procurou de certa forma tá ajustando (ACS5, homem, 31 anos).

É valoroso suscitar que os ACS E10 e E12 afirmaram que seguiram as determinações que estavam descritas nas Notas Técnicas, uma vez que o fator medo foi mencionado como aspecto relevante para seguir o que estava prescrito.

Olha a gente seguia até mesmo por que as normas técnicas iam mudando e a gente ia acabando mudando. O medo que deixou a gente assim... o medo era bem maior que hoje (ACS12, homem, 52 anos).

Seguia sim, o que era preconizado, não fazia visitas, se tivesse que entregar um exame, eu entregava do portão, com todos os protocolos e a gente ficava mais, trabalhando mais na unidade mesmo (E10, mulher, 44 anos).

De acordo com os discursos externalizados pelos ACS da zona rural, ao se tratar da reinterpretação do trabalho prescrito, a maioria afirmou passar por mudanças. No entanto, essa categoria corrobora a afirmação de que existe uma singularidade relacionada ao comportamento apresentado pelo profissional ao ter contato com o ambiente de trabalho, suas condições de trabalho e com a organização do trabalho. Pois alguns ACS, dois, especificamente –E12 e E10– expressaram uma rigidez ao desenvolver o trabalho prescrito, uma escassez de liberdade para criação na concretização do trabalho real.

Tabela 6- Processo de criação: o prescrito e o real.

Categoria	Principais resultados	Entrevista
Processo de criação: o prescrito e o real	Mudanças na operacionalização do trabalho em relação as normas.	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E17
	A visita prescrita a visita real.	E2, E7, E9
	Necessidade de contato próximo.	E17
	Persistência dos usuários para visita real.	E7
	Condições e organização de trabalho precárias para realização do trabalho prescrito.	E5, E4
	Uso do <i>WhatsApp</i> para trabalho prescrito.	E5, E7
	Liberdade de criar.	E5
Seguir o que está prescrito	E10, E12	

Fonte: Elaborada pela autora.

6.4 CATEGORIA 4 - O ENCONTRO COM A REALIDADE DA PANDEMIA: O MEDO

O período da pandemia da covid teve como característica presente no cotidiano da população, o desconhecido. Especificamente, no espaço do trabalho, em especial dos profissionais de saúde, pois foram serviços que tiveram que manter suas ações em funcionamento. Os ACS foram os profissionais que atuaram durante todo o período da pandemia, realidade esta que pode ter acarretado e potencializado sentimento de medo para o trabalhador.

Os ACS da zona rural verbalizaram sobre este receio ao ter contato com a realidade do trabalho, no período da pandemia. É importante salientar que na fala da maioria dos participantes emergiu a afirmação de ter sentido medo em continuar a desenvolver as atividades junto a comunidade. Foi citado o lugar profissional de vulnerabilidade do ACS, inclusive como a possibilidade de ter a saúde mental afetada em decorrência ao medo (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E19, E11, E12, E13, E14, E15, E17, E18).

Eu a princípio achei muito difícil, por que a gente tinha muito medo, mas se a gente tinha que trabalhar, tinha que encarar. Mais era medo, insegurança, por que por mais que a gente usava máscaras e tinha o álcool em gel, mas não tinha jeito. A gente parece que já ficava na cabeça da gente. Assim, se sentisse uma dorzinha de cabeça achava que era a doença. Foi difícil (ACS2, mulher, 43 anos).

Eu tive medo, foi assim momentos que fiquei com medo, imaginava que poderia ser uma pessoa fácil, um alvo tão fácil quanto. Não por nada assim, mas é porque tá trabalhando, né, no momento tão crítico que a gente viveu e ainda está presenciando, mas assim me via exposta o tempo inteiro (ACS14, mulher, 34 anos).

Muito medo. Trabalhar com insegurança, mesmo que a gente tinha os protocolos de segurança, de como coisas, sempre batia na mesma tecla, os cuidados, aquelas coisas toda, mas tinha o medo. Por que mexe com o psicológico, né. Então, é uma coisa que falo é medo, que trabalhou com medo e insegurança (ACS15, mulher, 54 anos),

Ademais, os participantes, quando questionados sobre qual possível fator que desencadeou o medo, alguns mencionaram a possibilidade de contrair o vírus e transmitir para os membros da família. Além do mais, o receio de ter pessoas consideradas do grupo de risco ao vírus, como idosos, com doenças crônicas, problemas respiratórios, cardiopatia, potencializou o sentimento de medo. Dessa forma, foi verbalizado que o receio maior não seria em primeiro lugar a própria segurança, mas sim dos familiares (E1, E2, E5, E6, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E17, E18).

Chegava aqui já tinha pessoas com sintomas, o meu medo maior era quando chegava em casa, que meu filho ele tem uma mania de me abraçar. Aí, “não pode menino, você não pode me abraçar.” Aí, ele ficava “a mãe mas...” Aí, eu já ficava com aquele sentimento assim angustiante. [...] aí, quando eu chegava já tirava a roupa no quintal,

pra não ter esse problema, já tomava um banho. Mas mesmo assim a gente tinha medo. Por que por mais que a gente tinha medo da gente adoecer, o medo maior era levar pra eles (ACS2, mulher, 43 anos).

Na minha família, fiquei preocupado por que tem, além do meu pai, que já é de idade, eu tenho minha sogra também que é uma senhora transplantada, né, fez cirurgia do coração. Então, a gente tinha que ter um certo cuidado, uma certa cautela, principalmente, claro por causa de todos, mas principalmente por causa dela, né, uma pessoa vulnerável, né. Mas a gente ficou muito apreensível, preocupado, né. O medo assim, a gente teve mais por ter contato com ela difícil (ACS8, homem, 35 anos).

Um outro fator relevante, que emergiu nos discursos dos ACS, foi relacionado ao medo, no momento que testaram positivo para o vírus da covid. Uma vez que é possível perceber que pensamentos negativos relacionados à morte foram externalizados, fator que pode remeter a um alto nível de ansiedade (E2, E4, E8).

Muito. Eu fiquei muito mexida com a covid. Eu não aguentava nem ver televisão. Eu na hora que eu senti, que eu, que eu vim aqui que eu fiz o teste, que eu tava com covid, vixe meu psicológico arrasou. Eu achei que eu ia piorar. E não ia ter jeito. E cada sintoma que eu ia sentir seria o pior. E eu só esperava ... não esperava o melhor, só esperava o pior. Eu achava que eu só ia piorar (ACS4, mulher, 61 anos).

Outro aspecto pontuado, como possível fator para desencadear o medo nos profissionais, foi o desconhecimento e a falta de informação sobre o vírus. Visto que uma alternativa encontrada foi realizar pesquisas para se familiarizar com as características da covid. Dessa forma, o medo também foi um sentimento que impulsionou o ACS a um movimento de busca para uma alternativa para o alívio do sofrimento iminente ao momento vivenciado da pandemia (E5, E11, E12, E15, E18).

Então, a orientação sempre estava chegando um passo atrás do que a gente já tava estudando ou tentando procurar saber, por conta do medo da gente de ficar doente, de pegar a doença ou de passar a doença pra o outro, que era uma coisa nova, que a gente não sabia como muito lidar. Por conta que a gente precisava no momento receber mais informações de como lidar, como trabalhar naquele período, e a gente não recebeu. A gente ficou um pouco perdido, sem saber o que fazer, a gente procurava ler e a internet, perguntar aos colegas como lidar, como agir em certas situações de visita (ACS5, homem, 31 anos).

Contudo, a participante E4 apresenta um comportamento divergente ao apresentar o medo do diagnóstico positivo de covid, pois afirmou que, para ela, acarretou demandas para sua saúde mental a um nível que imobilizou suas ações, sendo que enfatiza que tais sintomas subjetivos tiveram uma proporção maior do que os sintomas do vírus.

O resultado positivo de covid me paralisou, por que foi o que mais, é, me ... foi mais os sintomas da doença. O que eu mais senti foi medo. Muito medo [...] (ACS4, mulher, 61 anos).

Também é necessário refletir sobre a obrigatoriedade do ACS em ter que sair de casa para trabalhar e o risco potencial de ter contato com o vírus nos serviços de saúde. Essa característica peculiar da função, foi mencionada como um gatilho que contribuiu para emergir o sentimento de medo em alguns profissionais. Verifica-se nas falas seguintes que a resposta à citada realidade divergiu entre os trabalhadores, sendo que foi relatado comportamento de perceber a única saída continuar as atividades ocupacionais, ou solicitar afastamento através de férias ou licença (E4, E5, E6, E12).

Sim em alguns momentos a gente fica com muito medo, né, de pegar a doença. A gente via muito os casos graves, que a gente sabe... a gente via... de pessoas... Não teve nenhum parente, mas teve de amigos, de familiares próximos, que chegavam fazer... e a gente ficava apavorado em certos momentos, com medo de pegar a doença, de ter um caso grave e chegar a falecer. Mas tinha que seguir, né, tinha que trabalhar mesmo com medo, a gente tinha que trabalhar e tentar fazer o nosso trabalho (ACS5, homem, 31 anos).

Foi horrível. Você tá ali o tempo todo trabalhando. Sai de casa com medo, por que quando você chegava nesse posto tava cheio de pessoas com covid. Você falava assim: “Vou pedir férias, vou pedir uma licença. Não aguento uma coisa dessa não” (ACS4, mulher, 61anos).

No tempo da pandemia, fiquei com medo, igual eu falei foi essa parte de enfrentar de frente. Você sabendo que a pessoa tá doente, uma coisa é quando você sabe... não, nem sabia que tava doente, suspeitava, a gente ia fazer a notificação, mas já ficava com medo dos outros que estavam na casa. E depois quando dava positivo aquele teste, aí que o medo aumentava, a gente sabia que a gente foi lá, ficava procurando algum sinal na gente pra vê se via uma gripe, uma garganta, uma coisa (ACS12, homem, 52 anos).

Destaca-se ainda o ACS E12 que, devido ao cenário da pandemia, cogitou a decisão de abandonar o cargo de agente comunitário de saúde, bem como refletir sobre perspectivas para o futuro. É possível referir que o sentimento de medo fez o profissional considerar a atitude de desistir do trabalho, que antes afirmou gostar e ser sua fonte de subsistência.

Assim, eu pensei até em desistir, né, do trabalho. Pensei assim, moço será que é isso que eu vou querer pra mim, pra minha família? Sentei com minha família, conversei, conversei até com a enfermeira da equipe (ACS12, homem, 52 anos).

A fala de E15 enriquece a discussão ao mencionar que somado ao medo do vírus, tinha o medo de perder o emprego, Dessa forma, é possível perceber um conflito existente, no sentido de se expor ao vírus e não ter mais seu meio de sustento.

Foi uma demanda e como eu já coloquei aí, anteriormente, aquela coisa do medo. Má informação, a pessoa chegava pisava no trabalho, tossia, mandava voltar, mandava procurar o posto. A pessoa com medo de perder o trabalho, juntava isso tudo, o medo da doença, por que ouvia de todo jeito (ACS15, mulher, 54 anos).

Salienta-se que outro comportamento decorrente do sentimento de medo para os profissionais da zona rural, no período da pandemia, externalizado por E14, foi a instabilidade emocional, ao ponto de ter tido receio de sair de casa para espaços públicos, inclusive para ir ao mercado, fator que pode refletir em questões futuras de ansiedade no âmbito da socialização.

Eu fiquei, minha mente ficou um pouco, eu fiquei mexida mesmo. Por que tinha medo de sair, fiquei tanto tempo, é, limitada somente aqui na comunidade, que às vezes pra ir pra o mercado, pra fazer minhas compras, coisas assim, dos serviços básicos mesmo de, como pessoa, eu tinha medo de sair , eu tinha medo de chegar e de repente se eu contrair o vírus [...] (ACS14, mulher, 34 anos).

Além disso, outro gatilho mencionado nas entrevistas foi o medo de ser culpabilizado por uma família devido ao fato de ter realizado uma visita domiciliar e o usuário, em seguida, ter testado positivo para covid, foi verbalizado por E17 e E18.

Então assim, pra mim também no começo foi difícil, então, até de tá, por mais que eu tinha medo de... e meu medo maior era ir na casa de alguém e depois da minha visita, uma família vim a sentir algum sintoma e achar que eu é que tinha levado. Então assim, eu tinha muito medo disso acontecer, então o que me barrava de ter essa aproximação das pessoas era o medo de ser a causadora de um transtorno aquela família (ACS17, mulher, 47 anos).

E tudo só cai em cima do agente de saúde, aí sofri bastante, principalmente com medo do vírus, com medo de transmitir o vírus, né, que vai que numa visita dessa você transmite o vírus, né, mesmo você não entrando, né. A pessoa fala que você transmitiu, aí você... preocupado, né (ACS18, homem, 35 anos).

Constata-se na fala de E14 um comportamento de vulnerabilidade e fragilidade diante dos usuários adscritos no seu território. Dessa forma, o período da pandemia pode ter contribuído para que a profissional tivesse o medo já existente no cotidiano do trabalho potencializado.

Eu digo diretamente pra eles que eles podem fazer o que quiser comigo, porque eu sou uma pessoa fácil, um alvo fácil de qualquer ataque mesmo, né. Por que assim, quando você se ver em uma discussão com o paciente, esse paciente você não sabe das práticas que ele tem no dia a dia da vida dele. Se é uma pessoa de bem, se não é, se é uma pessoa capaz de qualquer coisa, você mora dentro da comunidade, você lida com pessoas de todo tipo (ACS14, mulher, 34 anos).

De maneira divergente, a fala de E9 externaliza um comportamento que apresenta uma disparidade em relação à discussão sobre medo, relativa à categoria, tecida até aqui. A participante afirma que não teve medo durante o período da pandemia. Este exemplo respalda

a afirmação da existência de singularidade do indivíduo ao estar em contato com o ambiente de trabalho.

Vou te falar que não. Eu não fiquei, por que teve pessoas que ficou naquela coisa. Naquela paranoia. Eu não. Por que minha mãe teve e ficou ruim, e meu irmão também teve. Aí, pra mim eu não sei o que é não, mas eu sou bem tranquila. Não tenho medo não. Esse negócio da pessoa espirrar, negócio de abraçar, não tive medo não (ACS9, mulher, 37 anos).

O discurso de E16 corrobora a reflexão, ao ressaltar que ficou com medo de ser necessário ter que ficar em casa e ser impedida de realizar suas atividades profissionais, uma vez que acrescenta que isso poderia acarretar um adoecimento da sua saúde mental.

Pra mim, por incrível que pareça, foi tranquilo, meu medo era eu ficar em casa, e não poder sair pra trabalhar. Eu queria sair. Medo de vim de novo coisas ruins, pensamentos ruins na cabeça, e eu queria sair pra trabalhar (ACS16, mulher, 45 anos).

Apesar de todo esse cenário de medo, de adoecimento, o participante E18 externaliza uma fala que remete à resiliência para o momento difícil que vivenciou com o trabalho do ACS, ao dizer que se sentiu um herói na pandemia.

Eu me senti um super-herói viu... por que tinha uma frase na pandemia “enquanto as outras pessoas tão em casa tem gente trabalhando”. Então, eu me senti assim, por um lado medo, mas você se senti um herói (ACS18, homem, 35 anos).

A categoria relacionada ao sentimento de medo decorrente da experiência de ter que continuar o trabalho durante a pandemia vivenciado pelos ACS e manter contato com a comunidade apresenta nos discursos formas particulares de comportamento. Dessa forma, foi possível perceber que o sentimento de medo apresentou respostas heterogêneas entre os participantes desde o desejo de continuar trabalhando, até cogitar a possibilidade de exoneração do cargo de agente comunitário de saúde.

Tabela 7. Principais resultados da categoria “O encontro com a realidade da pandemia: o medo”

Categoria	Principais resultados	Entrevista
O encontro com a realidade da pandemia: o medo.	Medo em continuar desenvolver as atividades na comunidade.	E1,E2,E3,E4,E5,E6,E8,E9,E11,E12, E13,E14,E15,E17,E18.
	Medo de contrair o vírus da covid e infectar os familiares	E1, E2, E5, E6, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E17, E18.
	Medo ao ser infectado pelo vírus	E2, E4, E8.
	Falta de conhecimento e de informação possíveis fatores para desencadear o medo.	E5, E11, E12, E15, E18
	O contágio do vírus teve como consequência paralisar ações.	E4
	Risco do contato com o vírus nos serviços de saúde possível gatilho para o medo.	E4, E5, E6, E12
	Incerteza em continuar na função de ACS devido ter que continuar o trabalho na pandemia.	E12
	Medo de perder o emprego ao não trabalhar.	E15
	Instabilidade emocional resultou em medo de sair de casa para atividades necessárias de sobrevivência, reflexo na socialização.	E14
	Medo de ser culpabilizado em transmitir o vírus para os usuários.	E17. E18.
	Vulnerabilidade na relação com usuários potencializado na pandemia.	E14
	Não ter apresentado comportamento de medo na pandemia.	E9
	Medo de ser impedida de trabalhar.	E19
Resiliência na pandemia	E18	

Fonte: Elaborada pela autora.

6.5 CATEGORIA 5 - ESTRATÉGIAS DE DEFESA: VIVÊNCIA DO TRABALHO NA PANDEMIA.

O encontro do indivíduo com o ambiente de trabalho acarreta ao profissional um possível sentimento de sofrimento. Isso posto, o trabalhador pode apresentar respostas singulares à realidade vivenciada, ou seja, estratégias de defesa. Ademais, essas estratégias são instrumentos utilizados para conseguir desenvolver as atividades laborais, suportar as adversidades do cotidiano de trabalho, e não adoecer.

Em relação a essas ações de defesa verbalizadas pelos ACS da zona rural, no período da pandemia, a maioria apontou ser imprescindível os momentos de compartilhamento coletivo entre os colegas das equipes de saúde. Dessa forma, afirmaram que partilhar as angústias de não ser dispensado das suas atividades, mesmo com o risco do contato com o vírus da covid, colaborou para conseguir continuar o trabalho. Em conformidade com os discursos, o companheirismo acontece entre os membros das equipes, nas diversas categorias profissionais (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E17).

Os agentes e a equipe, a gente tem muita, muita conversa. E, então a gente tem esse apoio. De apoiar o outro. Por que a gente precisa muito, a gente se apoia muito um no outro. Então, assim, essa é, essa parte boa (ACS3, homem, 42 anos).

Olha, acho que um procura ajudar o outro, se um tiver precisando numa área a gente tem essa [...] consciência de tentar somar pra ajudar. Principalmente na pandemia, né (ACS8, homem, 35 anos).

Porque assim, por exemplo, quando tava no registro de vacina, não era só eu, os outros colegas também eram convocados pra estarem aqui... tá nessa, nessa luta de receber essas pessoas e manter uma distância dessas pessoas, essas pessoas vem pra fila, mas aí junto com a equipe, os outros profissionais da equipe [...] os colegas agente comunitário, então eu dizia: “não tô sozinha, tá todo mundo na mesma luta, tá todo mundo tentando fazer o melhor acontecer” (ACS17, mulher, 47 anos).

Nas verbalizações seguintes emergiram falas que remetem à importância da cooperação entre os profissionais das equipes, sendo esta uma possível estratégia de defesa para vivenciar o período da pandemia como profissional de saúde que atua na zona rural; visto que os trabalhadores demonstram uma valorização no tocante à segurança de saber que tem um colega de trabalho para dividir suas angústias ou mesmo suas atribuições. (E2, E3, E4, E5, E12).

A gente tinha apoio. A gente tem uma equipe que ela é bem unida, assim, em relação à isso. Então, quando um não poderia, principalmente os ACS, a gente sempre falava: “oh, gente você fica na notificação hoje. Dá uma atenção no posto, por que hoje tenho tal coisa”. Então, assim, outras vezes a gente comunicava: “Olha chegou tal pessoa de sua área aqui. Posso fazer por você e tal”. Então, em relação a equipe, a gente sempre tem uma comunicação muito boa (ACS3, homem, 42 anos).

Pra mim aliviava. Era um alívio. Quando a gente tava aqui, no posto, era o momento melhor que a gente... por que tava em trabalho, todo mundo junto. E cada um colaborava com o outro. Contribuiu, às vezes, eu ia fazer a notificação, eu tava com dificuldade, uma técnica de enfermagem chegava me ajudava. A odontóloga me ajudava. Até a própria enfermeira. As colegas contribuiu e muito no trabalho da gente. Se não fosse uma equipe unida, a gente ia ter mais dificuldade no trabalho até adoecer (ACS4, mulher, 61 anos).

Em relação a ser disponibilizado um momento específico para o compartilhamento das angústias, de maneira coletiva, as respostas não foram homogêneas, uma vez que E12 afirma que na reunião de equipe, os profissionais tinham esse espaço de fala garantido.

Também, assim, como te falei no começo a gente se reunia, discutia sobre os problemas, como é que tava as comunidades. Falava assim que graças a Deus a comunidade da gente teve caso de covid, mas não teve caso de morte. E aí, o que acontecia a gente conversava entre os agentes. Antes da reunião de equipe, conversava na reunião de equipe, mas os colegas sempre ajudava a gente, perguntava se a gente tava precisando de alguma coisa. E a gente também oferecia esse suporte (ACS12, homem, 52 anos).

De maneira oposta, a participante E2 pontua que a equipe à qual pertence, apesar de compartilhar as angústias do cotidiano do trabalho, não tem esse cuidado de reservar um horário especificamente para essa finalidade. Dessa forma, é possível compreender que existe uma divergência entre as equipes, da zona rural, relacionada à citada sistematização dessa prática.

Dividir sempre é bom. Por que aí um ajuda o outro. Um colega ajuda o outro na ideia, no problema que a gente vê, que a gente tá achando que é um problema do outro, já é parecido[...]. É na hora que estão esperando pra começar a reunião. É só quando... ou se encontrar aqui na unidade. Se tá esperando pra reunião, antes da reunião começar, a gente conversa, Não tem esse espaço nem na reunião. É só mesmo nesses momentos assim (ACS2, mulher, 43 anos).

Outro ponto relevante foi apresentado por alguns participantes ao remeter um discurso que, baseado em uma racionalização, ao argumentar o sentimento de responsabilidade com a saúde da comunidade e o amor pelos usuários, como uma motivação para continuar trabalhando (E4, E5, E7, E10, E11, E13, E15, E16, E17, E18).

Por causa do amor que tenho a comunidade. O apego que tenho a eles. Isso me fortalece muito. Por mais que eles falam, mas a gente não leve nada em consideração. A gente sente, a gente fica magoado, mas aí dá a volta por cima. E faz o trabalho. Nunca deixei de fazer. Nunca a gente deixa de fazer o trabalho por causa disso (ACS4, mulher, 61 anos).

Nesse caso mesmo, a gente realizava a atividade por conta que a gente via que era necessário pra uma situação de saúde pública que a gente tava passando, que a gente sabia que se a gente não realizasse aquela atividade talvez não estaríamos como estamos hoje, né, bem melhor em termos da pandemia (ACS5, homem, 31 anos).

Olha, se for uma ação que eu não concordo, mas vou sempre pelo bem, por exemplo, possa ser que não é minha função e pode ser também que eu não concorde, porém se for pelo bem da população maior, eu faço. É isso que eu te falei... é um bem maior, né, por que eu não posso olhar só pelo meu bem, tenho que olhar pelo bem de todos. Então, tenho que ceder. No trabalho da gente não tem jeito, tem que ceder (ACS7, mulher, 37 anos).

É valoroso mencionar a fala de E10 em sua argumentação sobre as dificuldades dos usuários que residem na zona rural, para terem acesso à assistência à saúde. Logo, a participante externaliza um pensamento, em que a citada realidade emerge como uma estratégia de defesa racional para ter continuado desempenhando suas funções de profissional de saúde, durante o período da pandemia.

É muito bom, é gratificante poder ajudar as pessoas, poder fazer pelas pessoas, principalmente aqui, onde a gente mora, que é tudo muito difícil. As pessoas têm uma dificuldade em locomover pra ir em uma unidade, pra ir no hospital e assim, gosto muito de trabalhar aqui, na área da saúde e ajudar as pessoas [...] (ACS10, mulher, 44 anos).

Ainda em relação à participante E10, ela verbaliza que gosta de se sentir necessária para a equipe, sendo que esse fator contribui para desenvolver o trabalho, até nos momentos que se percebe atarefada, e, assim, não sofrer. Logo, pode-se inferir que é uma estratégia de defesa que a profissional utiliza e que contribui para continuar prestando assistência à comunidade.

Eu gosto de ser útil pra equipe...às vezes, gera assim uma sobrecarga pra gente, mas não tenho o que reclamar não, gosto do trabalho (ACS10, mulher, 44 anos).

Salienta-se que a participante E18 apresenta um discurso que enfatiza a sua experiência da covid e como tal vivência contribuiu para sua evolução pessoal. À vista disso, percebe-se como um fator positivo e motivador para dar continuidade ao trabalho.

Por que você passou pela pandemia da covid, ajudou pessoas, né. Eu acho que me sinto, assim, uma pessoa abençoada por Deus, forte, por sair dessa pandemia cada vez mais forte, sempre isso, né, cada dia a gente evolui. A pandemia veio, mas veio pra deixar a gente mais forte e pra enfrentar mais a vida (ACS18, homem, 35 anos).

As verbalizações seguintes remetem a conteúdos em que os ACS afirmam ter utilizado ferramentas internas para conseguir dar continuidade ao trabalho no período da pandemia. Além disso afirmam ser uma característica das suas personalidades.

Questão de personalidade, tenho uma facilidade de lidar com as situações adversas. Então, assim, sempre busco ver o lado positivo e isso dá vivência pra vida, pra o trabalho, pra tudo (ACS3, homem, 42 anos).

Teve que eu mesma ir alimentando eu mesma. Dizendo: “não pode e não posso ficar perturbada assim com o que aconteceu, que poderia acontecer com uma da gente também”. E fiz com que a vida seguisse. Não é fácil (ACS4, mulher, 61 anos).

Era não pensar muito, né. Às vezes, a gente procura não tá pensando muito que era uma possibilidade fácil de pegar a doença, de ficar doente. Por que se ficasse pensando demais, já tava difícil trabalhar, interferia ainda mais no meu psicológico. Então, procurava às vezes não pensar muito. Em todo o cenário da doença da pandemia, pra não dificultar a realização do trabalho e até a própria convivência (ACS5, homem, 31 anos).

Na fala de E14, é possível perceber que a participante externaliza uma racionalização que tem um conteúdo de necessidade financeira em continuar suas ações do trabalho. É válido destacar que é uma fala que também remete a uma postura passiva diante da realidade do trabalho, comportamento que pode ser compreendido como uma estratégia de defesa.

[...] envolvem outras questões na vida que a gente tem que abrir mão mesmo até da gente mesmo, no meu caso, como sou mãe e tenho a obrigação, de cuidar dos meus também, não tinha escolha, tinha que sair para trabalhar, me cuidar da forma que podia [...] (ACS14, mulher, 34 anos).

Nas verbalizações relacionadas à vivência de participar da entrevista foi externalizado, por alguns ACS, que foi um momento positivo para conseguir amenizar sofrimentos, originados pelo trabalho durante a pandemia, que estão internalizados e que não tinham a possibilidade de compartilhar com outra pessoa (E2, E3, E5, E7, E8, E10, E11, E12, E14, E15, E16, E17, E18).

Foi muito bom. Porque, às vezes, a gente não tem esse espaço de tá falando sobre as atividades da gente, sobre o nosso trabalho, sobre as dificuldades que a gente tem às vezes e fica muito... a gente fala assim... claro que dentro da nossa equipe, mas às vezes, acho que é bom. Que uma pessoa que não está ligada ao contexto da equipe possa tá ouvindo sobre nosso trabalho, sobre as nossas ansiedades, sobre as nossas vontades, nossos pensamentos que a gente tem, sobre nosso trabalho. O que a gente acha bom, o que a gente não acha bom, é um pouco... dá um certo alívio falar um pouco sobre o que você pensa, sobre a nossa relação com os colegas, com a equipe (ACS5, homem, 31 anos).

[...] realmente que a gente precisa ser ouvido. As angústias que você passa, precisa ser ouvido. E isso deve ser levado muito a sério, que isso faz muita diferença na vida da gente. Você falou assim: “a você”, aqui a gente não tem acesso pra falar alguma coisa, fazer alguma coisa, a gente não tem (ACS7, mulher, 37 anos).

Se tem uma pessoa que pelo menos lhe acolhe, lhe dá ouvido, interessa pelo que você tá sentindo, pra mim é válido demais. Eu qualquer oportunidade de alguém me ouvir, do jeito que eu tiver, pra mim tá ótimo (ACS14, mulher, 34 anos).

Muito bom. Maravilhoso, porque teve coisas que não ainda tinha falado e agora falei, porque ainda não tinha aparecido uma pessoa pra me fazer essas perguntas, pra saber o que eu passei na pandemia, como foi. E aí foi muito bom porque falei, e gosto de falar mesmo (ACS15, mulher, 54 anos).

É válido mencionar que as participantes E14 e E7 enfatizaram que não têm o momento de compartilhar suas angústias com os colegas de trabalho, devido a dinâmica de trabalho da zona rural, especialmente, das equipes itinerantes. Ainda foi destacado que esse fator é importante para aliviar o sofrimento.

A gente só encontra a enfermeira uma vez no mês. Pra ter uma orientação, ser orientada uma vez no mês. Você vai passar o mês todo pra você fazer aquilo ali com a orientação que você tem. Então, não é que ela não seja acessível, se você ligar pra ela, você falar com ela, ela vai te falar, vai te orientar e tudo. Mas pra poder esclarecer alguma coisa, ou fazer, ou conversar qualquer coisa a gente não tem, porque aqui é difícil, você ter isso, entendeu? Então, porque na verdade a equipe é uma equipe itinerante, todo dia ela vai tá num lugar. E aí, nesse lugar, aí depois que passou nesse lugar já era (ACS7, mulher, 37 anos).

Não tivemos apoio não, nem suporte [...]. Não tivemos suporte até porque, tava tudo que meio que corrido, a comunicação é meio que, é falha ainda. Às vezes, assim, se a gente apresentasse algum sintoma ou alguma coisa, tivesse dúvida pra algum paciente, a gente era meio que, não, não recebia assim um minuto de escuta. Pra mim é péssimo, porque sou uma pessoa que, não por ser agente de saúde, mas gosto de me informar, gosto de perguntar, gosto de participação, gosto dessa troca. Eu quero ouvir, quero falar também. Se tenho um problema com algum paciente ou se o paciente me apresenta alguma dificuldade, ou percebi no ato da visita, naquele contato ali com o

paciente, gosto de dividir. E percebi que isso tá sendo muito, deixando a desejar. É um momento que você traz um problema de comunidade (ACS14, mulher, 34 anos).

A categoria relacionada às estratégias de defesa apresenta discursos ricos das vivências de trabalhadores que tiveram que continuar desempenhando o papel de profissional da saúde durante a pandemia, em unidades de saúde da zona rural, localidades que tem suas especificidades e que, não raras vezes, dificultam ainda mais o trabalho. Por conseguinte, a categoria apresenta as diversas formas de enfrentar o sofrimento eminente, que citado momento ocasionou para a maioria dos indivíduos, assim como enfatiza a importância do espaço de fala.

Tabela 8- Principais resultados da categoria “Estratégias de defesa: Vivências na pandemia”

Categoria	Principais resultados	Entrevista
Estratégias de defesa: vivências	Momentos de trocas coletivas imprescindível.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E17.
	Importância da cooperação entre os profissionais.	E2, E3, E4, E5, E12.
	Espaço aberto para compartilhamento coletivo	E12
	Não existência de espaços para compartilhamento coletivo	E2
	Estratégia de defesa racional: responsabilidade com a saúde da comunidade.	E4, E5, E7, E10, E11, E13, E15, E16, E17, E18.
	Estratégia de defesa racional: dificuldade de assistência à saúde na zona rural.	E10
	Estratégia de defesa racional: ser útil para a equipe.	E10
	Estratégia de defesa: evolução pessoal com a vivência da pandemia.	E18
	Ferramentas internas para lidar com a covid.	E3, E4, E5.
	Necessidade financeira para continuar o trabalho na pandemia.	E14
	Momento da entrevista importante para externalizar sentimentos de sofrimento.	E2, E3, E5, E7, E8, E10, E11, E12, E14, E15, E16, E17, E18
	Não tem possibilidade de compartilhar angústias com colegas.	E14, E7

Fonte: Elaborada pela autora.

6.6 CATEGORIA 6: RECONHECIMENTO: UM SENTIDO PARA CONTINUAR O TRABALHO NA PANDEMIA.

O sentimento de reconhecimento obtido no ambiente de trabalho é um importante aspecto quando o assunto é a saúde mental do trabalhador. A presente categoria ilustra a percepção dos ACS em relação ao reconhecimento da comunidade, da equipe e da gestão. Esse fator pode influenciar na motivação para vivenciar o cotidiano do trabalho e não apresentar adoecimento psíquico.

De acordo com os discursos dos participantes, existe o reconhecimento da comunidade em relação ao trabalho ofertado, mas não é um comportamento generalizado pelos usuários da comunidade. No entanto, a maioria dos discursos apresentou que os usuários reconhecem a importância da atuação dos ACS no território (E1, E2, E3, E5, E8, E9, E13, E15, E16, E17, E18).

Acredito que tem valorização. Pela comunidade eu sinto. Todo caso tem exceção, né. Tem pessoas que não valorizam. Mas tem muitos, acho que a maioria valoriza (ACS2, mulher, 43 anos).

Em partes, porque a gente sabe que cada um tem um pensamento, né. E cada um tem seus olhos pra vê o trabalho da gente. Mas são poucos que não reconhecem, que não dão valor, mas tem aqueles que dão, que recompensa até o lado negativo. Porque o ser humano é assim, a gente que trabalha com ser humano vê os pensamentos, as atitudes. As pessoas talvez até vê, reconhece o trabalho da gente, mas não declara, não fala, né. A gente vê o jeito (ACS15, mulher, 54 anos).

Além disso, é externalizado, como forma de reconhecimento do usuário, o sentimento de carinho, a forma de acolhimento ao profissional nas visitas, o agradecimento verbal, o respeito, além e, principalmente, pelas falas dos usuários em dizerem que consideram o profissional como um membro da família. São expressões que revelam aspectos positivos de acolhimento e vínculo entre usuário e ACS (E9, E13, E12, E16).

Sim, pelo agradecimento, pelo respeito que eles tem por mim. Alguns até quer passar por cima, né, tipo assim, eles acham que eles chegando aqui, no posto, eles conseguem resolver mais fácil do que através de mim. Por que eu sou uma ponte da comunidade pra unidade de saúde, mas eles reconhecem, agradecem quando eu passo... até uma simples informação, porque eu falo pra eles [...] como minha microárea é distante, deixo meu telefone disponível, justamente pra isso, pra eles não perder a viagem (ACS9, mulher 37 anos).

Das palavras deles mesmo, como sou recebida em cada lar. E muitos fala que já sou parte da família, que sou um membro da família, que eles me consideram (ACS16, mulher, 45 anos).

Outro aspecto relevante para a discussão é a percepção que alguns ACS mencionaram de que a população condiciona o reconhecimento, atribuído ao trabalho do profissional, à resolução das suas demandas de saúde. Esse argumento esteve acompanhado da queixa que o poder de resolução das demandas, na maioria das vezes, não é do ACS (E3, E8, E9, E10, E13, E18).

Às vezes sim e em partes não. Porque as pessoas querem delegar muita coisa pra você, além do seu trabalho, né, quer que você resolva coisas que às vezes são eles. Às vezes por uma resposta, por alguma coisa que você coloca, aí às vezes você não é legal. Às vezes, é, por um momento que o médico não pôde atender tal pessoa, aí você já não presta. Então, assim, trabalhar com pessoas é muito difícil (ACS3, homem, 42 anos).

Às vezes pelo fato de não conseguir aquilo que elas querem [...] Elas apontam o dedo pra alguém... tem que ter o culpado. Essas coisas, às vezes, chateia a gente. A gente tenta dá o máximo que a gente pode. Às vezes dá até o que a gente não pode. Tenta pra somar, pra facilitar e às vezes, não é que a gente quer reconhecimento não. Mas às vezes falta um pouquinho, por parte da comunidade, um pouquinho da atenção ali, do entendimento das pessoas, a gente sabe que falta (ACS8, homem, 35 anos).

Reconhecida, aí, já é complicado, né, porque nem todo mundo reconhece, né. Porque o ser humano é assim, quando você faz alguma coisa de útil, alguma coisa que deu certo pra ele, que ele queria, aí você é reconhecido. Aí, chega o momento que você não faz tal coisa, que não tá no seu alcance, não deu certo, aí, você não tem mais valor. Mas me sinto reconhecida. Eu me sinto por que assim, faço o que posso. E o que posso fazer eu faço, não nego nada pra ninguém (ACS10, mulher, 44 anos).

É pertinente mencionar que algumas falas expressam o comportamento de reconhecimento da função desempenhada pelo ACS na comunidade, a uma possível condição de vulnerabilidade econômica, social, geracional ou mesmo por residir na zona rural (E1, E5, E7).

Na maioria das vezes, me sinto sim, valorizada. Existem algumas pessoas que são vulneráveis na minha área, não é. Então, assim, toda vez que faço ação pra alguém, que é vulnerável, percebo a gratidão nos olhos deles. Eles agradecem, muito, assim. Então isso daí faz com que eu seja valorizada no trabalho (ACS1, mulher 35 anos).

Pelo retorno que eu recebo das famílias que eu trabalho, né. Por ser uma comunidade da zona rural, muita gente é bem grato pelo trabalho que a gente realiza. Principalmente os idosos que a maioria da minha área moram sozinhos. E aquele, o acompanhante que a gente tem de tá indo saber se tá tomando o remédio, se tá tendo controle certinho. Aí, o retorno que a gente recebe é bem gratificante [...]. Eles se sentem gratos pela sua presença, por você tá ali, por você tá se importando com a saúde deles, é bem legal (ACS5, homem, 31 anos).

Só que o gratificante quando você chega na casa de uma pessoa e ele não quer deixar você sair. E pede pra você voltar logo. Então, você sente gratificante por causa disso. Porque aqui na zona rural as pessoas tem dificuldade. Essa diferença que você tem da zona urbana. A zona urbana tem muita facilidade e aqui não. Pra eles a importância minha é bem maior aqui do que na zona urbana (ACS7, mulher, 37 anos).

As verbalizações seguintes enriquecem a discussão ao pontuarem que a ausência dos profissionais no território, devido a gozo de férias ou licença, ou até mesmo, por motivo de transferência de unidade, fez com que os usuários sentissem a falta dos ACS. Dessa forma, eles compreendem esse comportamento como um reconhecimento ao serviço ofertado (E2, E7).

Muitos usuários costumam reconhecer. Esse período que fiquei de férias e de atestado, o povo tudo, a maioria que via: “oh, graças a Deus, que bom que você voltou: “que bom que você voltou, tava fazendo falta”. Acho que tava fazendo falta do meu trabalho, né. Então, tá sentindo falta, creio que tava sentindo falta do meu trabalho (ACS2, mulher, 43 anos).

Mais um parâmetro importante, pontuado pelos participantes, foi o comportamento do usuário em relação às orientações dispensadas aos cuidados com a saúde da comunidade. Desse modo, quando o indivíduo demonstra atenção e segue a intervenção, os ACS compreendem que existe uma devolutiva em forma de reconhecimento do seu trabalho (E5, E7).

Reconheço diante de coisas que são atividades pequenas, mas que você vê que as pessoas dão valor ao seu trabalho. Hoje em dia é difícil achar na minha área uma criança que tem vacina atrasada e isso quando entrei era bem corriqueiro. As mães não se importavam e a partir do momento que fui trabalhando, fui orientando as famílias que... olha toda vacina que tá de lápis no cartão é essa data que você vai tomar. A gente vê que as mães a partir de um trabalho de orientação com elas, hoje tem consciência que é importante pra criança tá tomando a vacina na data correta, é importante tá trazendo os filhos pra os atendimentos. Então, você vê que aquele trabalho que você faz, aquela visita que você faz, ela dá resultado no final. Você não vai ali na casa, faz a visita e a família não se importa com que você fala. Eles seguem as orientações que a gente passa e isso é gratificante (ACS5, homem, 31 anos).

Todavia, a profissional E4 ressalta que, na pandemia, não percebe, da maior parte da população, o reconhecimento em ter sido um trabalhador que continuou a prestar assistência à saúde da comunidade durante o período crítico de disseminação do vírus da covid. Ela suscita que são pessoas que não direcionam palavras de valorização. Ainda ressalta que, de maneira contrária, alguns usuários afirmam que os ACS fizeram apenas o que seria das suas atribuições como profissional.

Muitas vezes, não. Reconhecimento são poucos. Poucas pessoas falam assim: “Vocês trabalhou o tempo todo. Escola parou, tudo parou e vocês tavam aí, trabalhando”. Poucos falam isso. Mas nem todos. Muita gente fala: “Elas tavam aí era pra trabalhar mesmo, elas tem que trabalhar” (ACS4, mulher, 61 anos).

De maneira divergente, as participantes E6, E11 e E14 foram enfáticas em verbalizarem que não existiu um reconhecimento da comunidade com o trabalho do ACS, durante o período da pandemia. Em virtude de perceberem ingratidão dos usuários ou por esses não concordarem com a dinâmica de trabalho dos serviços de saúde, durante as restrições impostas pelo período mais crítico da pandemia (E6, E11, E14).

Porque devido você fazer seu trabalho o povo não reconhecer, né, falar : “ah tem um ano, dois que não vi o ACS na minha porta”. E sendo que você tinha de marcar um médico, ele tinha acabado de vim aqui. E aí, no começo isso me dava assim, sabe, eu ficava revoltada. Falava: “poxa, eu faço meu trabalho”. Aí um enfermeiro que tinha aqui na época, falou pra mim: “minha filha se você for olhar você não vai agradecer todo mundo” (ACS6, mulher, 50 anos).

Não, por que assim, por mais que a gente tente dar o melhor da gente, por mais que eu sei que tou fazendo meu trabalho direito, do jeito que tem que ser feito. Existem algumas pessoas que acham que o trabalho não deveria ser feito do jeito que tá sendo

feito. Existem pessoas que talvez por afinidade não goste de mim (ACS11, mulher, 38 anos).

Em relação ao aspecto do reconhecimento pelos membros da equipe de trabalho, a maioria dos ACS afirmaram que compreendem que existe o reconhecimento da função. Dessa forma, mencionam que são comportamentos que estão relacionados à confiança e à cooperação em dividir as atividades ocupacionais, pelos agradecimentos e elogios dos membros das equipes. Além, claro, pela relação de respeito mútuo. Nota-se que são comportamentos que envolvem o vínculo entre os profissionais, que fazem emergir a percepção de um sentimento de reconhecimento pelas ações desenvolvidas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E15, E16, E17).

Eu me sinto reconhecida, porque cada uma reunião que a gente tem a gente vê a equipe valorizando a gente. A gente vê a médica, a dentista falando do trabalho da gente, vê o esforço da gente, a gente percebe (ACS4, mulher, 61 anos).

[...] a minha equipe é fora do sério. Eu acho que nossa equipe é uma equipe muito fechada, muito focada, muito unida, né (ACS8, homem, 35 anos).

Sim, sim, eu sinto. Em tudo assim, por que a gente... nossa equipe trabalha junto. A gente tá ali, todo mundo ajuda, todo mundo faz. A gente tem uma equipe muito bem entrosada, que um tá ajudando o outro, ninguém reclama. Ninguém reclama de “ah, isso não é minha atribuição, não vou fazer”. É uma equipe que todo mundo tá junto. E todo mundo valoriza na nossa equipe, todo mundo tem seu valor, todo mundo reconhece o valor do outro (ACS10, mulher, 44 anos).

É propício mencionar que a fala de E13 demonstra o reconhecimento da equipe à presença constante dos ACS nas atividades desenvolvidas na unidade de saúde. Portanto, isso reflete a percepção do profissional em relação à condicionalidade do reconhecimento, à importância da categoria para a operacionalização dos serviços em saúde.

Todas as ações da USF tem a presença dos ACS. Por exemplo, a unidade não funciona sem o ACS, ela não funciona. A USF, nós tá falando, né. Então assim, porque a gente é quem traz todas as informações. Por exemplo, pra equipe funcionar, a gente tem que trazer o serviço até aqui. Por exemplo assim, é um agendamento, é um planejamento, é uma gestante. Então, tem toda uma programação coletiva. Então, por isso, o que vai fazer você ser reconhecido é sua competência do trabalho (ACS13, homem, 52 anos).

A participante E7 externaliza um discurso que salienta a necessidade de exercitar a prática do reconhecimento entre as diversas categorias das equipes, com o intuito de contribuir com o trabalho da equipe multiprofissional. É uma fala que emerge um conteúdo relevante para a discussão, ao criticar um cenário com posicionamentos, com relações hierárquicas desiguais como um fator maléfico ao ambiente de trabalho.

É importante trabalhar nas equipes o reconhecimento, não do ACS, mas de uma equipe como um todo. Que qualquer um naquele trabalho que tá fazendo ali, tem que ter esse pensamento. Se ela não tiver esse pensamento, não vai fazer um bom trabalho. Que todos são importantes dentro de uma equipe (ACS7, mulher, 37 anos).

Destaca-se que a participante E14 apresenta uma verbalização enérgica ao dizer que não percebe reconhecimento por sua equipe. Ainda ressalta acreditar que a imagem que a equipe tem dela se resume ao território em que trabalha, ou seja, que é apenas a ACS da microárea 2. No discurso da participante, emerge um sentimento de vínculo fragilizado com os demais profissionais da unidade.

Não me sinto reconhecida pela equipe. [...] sinto que tô vindo aqui [na USF] só, porque sou ACS da micro 2, só. Só uma referência, só um nome (ACS14, mulher, 34 anos).

As verbalizações seguintes enriquecem a discussão, ao suscitarem aspectos relevantes, como a necessidade dos gestores municipais conhecerem as especificidades do trabalho do ACS da zona rural, bem como mencionam um distanciamento na relação da gestão com os profissionais. Ademais, a participante E14 ressalta perceber uma melhoria em relação à imagem do ACS pela gestão. No entanto, sua fala recai em um distanciamento na relação, ao afirmar que o ACS, para a gestão, é apenas um número (E7, E11, E14).

É, assim, a gestão. Em questão do trabalho, assim, em questão dessa gestão agora, acho assim, que deixa a desejar. Ela precisa mais, é, se atentar as coisas, é assim tá mais por dentro, de realmente, das dificuldades. Porque, não posso, é, gerenciar a zona rural, como gerencio a zona urbana. Por que aqui tem um outro olhar, aqui tem outras dificuldades, aqui tem outro problema (ACS7, mulher, 37 anos).

Tenho pouco vínculo com a gestão, não posso nem te responder se sim ou se não (ACS11, mulher, 38 anos).

Com muita luta pelo sindicato ainda consigo dizer que a gente ainda tem uma visibilidade nessas causas, mas por muita luta. E pela gestão, entendo que é um número de matrícula mesmo (ACS14, mulher, 34 anos).

Ainda é imprescindível a reflexão de como o fator reconhecimento, dispensado pela comunidade, pela equipe ou pela gestão, é vivenciado pelo ACS, assim como isso apresenta reflexos no trabalho. Salienta-se que, a maioria dos entrevistados externalizou um discurso com conteúdo positivo em ter o reconhecimento da atividade que desempenha, como profissional da saúde, na zona rural, e que isso resulta em prazer. Foi mencionado o sentimento de motivação em dar continuidade ao trabalho, e que contribui para o crescimento e satisfação pessoal (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E12, E13, E15, E16, E17).

Então, assim, a partir do momento que a gente faz o trabalho e que recebe esse retorno, então já se satisfaz, me sinto satisfeita sim. Porque tem gente que faz o trabalho por fazer, não tem aquele prazer de fazer o trabalho. Aí, gosto de fazer com prazer (ACS1, mulher, 35 anos).

O reconhecimento influencia bastante, de forma positiva, influencia muito. Por que se você é valorizado isso te dá mais força pra continuar (ACS3, homem, 42 anos).

Acho que interfere de uma forma positiva, dá mais ânimo pra gente, não é? Que a gente sabe que a gente tá no caminho, que tá ajudando a comunidade, né. Até porque, a gente sabe que nossa comunidade, uma comunidade rural, é uma comunidade que precisa de mais atenção (ACS8, homem, 38 anos).

Sendo assim, o participante E3 suscita que, quando não existe o comportamento de reconhecimento da comunidade, em específico, gera nele o sentimento de desmotivação para dar continuidade às ações do trabalho.

Aí, você faz o máximo, aí um dia essa pessoa vai lá na médica e lá dentro, ela conseguiu falar mal de mim. E eu dizer assim: “Meu Deus do céu, não acredito que essa pessoa tá falando de mim”. Entendeu? Então, você fala assim... isso desmotiva, porque você faz todo uma coisa que vai além do seu trabalho e você vê a pessoa ali totalmente suprido daquilo que você acha que ela precisa (ACS3, homem, 42 anos).

Os trabalhadores E6 e E18 verbalizaram que a ausência de reconhecimento por parte da comunidade, da equipe ou da gestão não influencia no trabalho, uma vez que desenvolveram instrumentos internos para conviverem com a falta de reconhecimento e não paralisarem ou não adoecerem.

Não, antigamente influenciava. [...] quando eu via isso eu chorava, ficava desanimada, falava que ia sair do serviço, que não ia querer mais. Com o passar do tempo aprendi, tô fazendo meu serviço, tô dando o meu melhor. Se ele não... os que não achar bom, o que eu vou poder fazer? (ACS6, mulher, 50 anos).

Não. Antes interferia, mas hoje não. Aprendi lidar com isso [ausência de reconhecimento]. De mim, você fala o que você quiser, tô nem aí... eu fazendo meu trabalho, ajudando quem realmente precisa, as outras pessoas que se preocupe, que se vire, né (ACS18, homem, 35 anos).

A participante E11 corrobora as falas anteriores, ao afirmar que o não reconhecimento não interfere no seu cotidiano profissional, pois acredita que o citado comportamento está relacionado ao âmbito das relações pessoais entre usuários e profissionais, o que justifica a reação de algumas pessoas da comunidade com ela, visto que não nutrem um sentimento afetivo com a ACS.

Não interfere, a gente acaba conhecendo as pessoas e sabendo quem gosta e quem não gosta da gente. No meu ambiente de trabalho, tento tratar ela o melhor que eu puder pra não deixar parecer que sei de alguma coisa ou que não gostei da pessoa ou que a

pessoa não goste de mim. Mas nem por isso, vou destratar ela, eu trato ela normal (ACS11, mulher, 38 anos).

É válida para discussão a reflexão sobre a fala de E14, uma vez que, apesar de não perceber o reconhecimento dos usuários e da equipe que trabalha, ela enfatiza a importância desse sentimento para que o trabalhador tenha motivação. Ainda acrescenta que isso pode acarretar consequências para a saúde. Ademais, é relevante em sua fala, a representação que tem do olhar do outro em relação a ela, sendo que é uma representação utilitária, com finalidades definidas e vazia de sentimento.

O reconhecimento dá motivação, porque assim a pessoa que trabalha contente produz, tem resposta. A pessoa que trabalha saudável passa segurança pra outras pessoas [...].Eu me sinto assim, como se tivesse na nuvem mesmo, né, só pra servir, fazer o que, o que tiver para fazer, o que tiver, que as pessoas possam tirar de mim, tá ótimo. E quando elas não puderam tirar mais nada de mim, não vou servir mais. Eu me sinto sem importância (ACS14, mulher, 34 anos).

A relevância do reconhecimento do trabalho para o ACS é perceptível nos resultados obtidos nas entrevistas, em que, frequentemente, os profissionais ressaltaram sentir mais motivação em desenvolver suas atividades, quando existe o comportamento de reconhecimento, em qualquer uma das esferas citadas (comunidade, equipe ou gestão). Além disso, é possível reiterar que estiveram presentes falas que afirmam não vivenciarem o reconhecimento no ambiente de trabalho. No entanto, são profissionais que percebem relevância para estimular a atuação profissional.

Tabela 9 Principais resultados da categoria “Reconhecimento: um sentido para continuar o trabalho na pandemia.

Categoria	Principais resultados	Entrevista
Reconhecimento: um sentido para continuar o trabalho na pandemia.	Reconhecimento da comunidade.	E1, E2, E3, E5, E8, E9, E13, E15, E16, E17, E18.
	Sentimentos positivos como forma de reconhecimento dos usuários.	E9, E13, E12, E16
	Resolução das demandas como condicionalidade para reconhecimento.	E3, E 8, E9, E10, E13, E18
	Condição de vulnerabilidade dos usuários da zona rural como possível estímulo de reconhecimento.	E1,E5,E7
	Percepção da ausência dos profissionais como um reconhecimento dos usuários.	E2, E7.
	Seguir as orientações dos ACS como forma de reconhecimento.	E5,E7
	Não reconhecimento da maior parte da população	E4
	Ausência de reconhecimento na pandemia	E6, E11, E14

Reconhecimento da equipe de trabalho.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E15, E16, E17
Reconhecimento da equipe relacionado a presença em atividades desenvolvidas na unidade de saúde.	E13
Percepção da necessidade de reconhecimento entre as diversas categorias da equipe multiprofissional.	E7
Percepção do não reconhecimento da equipe.	E14
Necessidade dos gestores conhecerem as especificidades do trabalho da zona rural. Pois esse é um fator de distanciamento entre gestão e profissionais.	E7, E11, E14
Percepção da importância do reconhecimento no ambiente de trabalho.	E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E12, E13, E15, E16, E17
Desmotivação quando não existe reconhecimento.	E3
Ausência de reconhecimento não influencia no desenvolvimento do trabalho.	E6, E18
Não reconhecimento é devido relações pessoais.	E11
Não reconhecimento acarreta consequências à saúde, valor utilitário na equipe.	E14

Fonte: Elaborada pela autora.

7 DISCUSSÃO

No que tange à categoria “Os sentidos de ser ACS”, é importante tecer uma discussão em relação ao sentido que o trabalho ocupa para o indivíduo, ao compreender que o conceito de sentido contempla as interações sociais em que o sujeito está inserido no ambiente de trabalho. Dessa forma, é, na socialização com o outro, que o sentido é construído (LANCMAN; SZNELWAR, 2008). Outro aspecto que está relacionado ao olhar do outro no ambiente de trabalho é o processo de formação da identidade. Sendo assim, é no olhar do outro que nos constituímos e nos reconhecemos (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Um aspecto pontuado nos resultados foi que a função de ACS não seria a profissão almejada por alguns profissionais. Para a psicodinâmica do trabalho, o desemprego acarreta ao indivíduo que se perceba excluído socialmente. Sendo assim, a conquista de um trabalho, mesmo que não seja o desejado, pode contribuir para a construção de sentidos (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Além disso, localidades em que existe uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho, o significado de ser ACS está relacionado à possibilidade de ter um emprego, além da alternativa de sanar necessidades básicas e, de maneira simultânea, gera o sentimento de prazer por contribuir com a população do território (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004).

Portanto, é possível perceber que o sentimento de não desejar ser um ACS foi ressignificado, assim como na presente pesquisa em que os participantes afirmaram que, com o tempo, passaram a sentir satisfação em ser um ACS. Não por acaso, o profissional, ao acreditar que dispensa um cuidado importante à saúde da comunidade, atenua sua frustração (SANTOS *et al.*, 2011).

De acordo com a psicodinâmica do trabalho, o espaço do trabalho pode acarretar para a saúde mental do indivíduo o sentimento de sofrimento ou de prazer. Assim, os achados da pesquisa remetem ao alívio de angústias, mas também, deixam emergir respostas carregadas de sentimentos negativos (DEJOURS, 2015).

Em consequência da pandemia, a APS foi alvo de adequações na assistência à saúde da população. Isso, de acordo com publicações de normativas institucionais, com a finalidade de preservar a saúde dos profissionais e dos usuários. Dessa forma, afastar o risco de ser acometido pelo vírus. Além disso, os profissionais da APS ficaram responsáveis por monitorar usuários com suspeita ou confirmados de contaminação pelo vírus, assim como pela continuidade do cuidado as outras demandas de saúde da comunidade. Destaca-se que o ACS foi ativo nesse

processo, uma vez que foi recrutado para potencializar ações de prevenção e proteção no território (QUIRINO *et al.*, 2020).

Os ACS, no período pandêmico, assumiram algumas ações que eram desenvolvidas no passado, todavia que não são consideradas suas atribuições, como, por exemplo, atividades administrativas e burocráticas, de apoio às outras categorias da ESF e controle de agravos do território e que contribuem para a descaracterização da profissão. Em contrapartida, existem funções dos ACS, que já eram preconizadas antes do período da pandemia, com foco na aproximação ao usuário, que potencializaram as ações de combate à pandemia da covid junto à comunidade (QUIRINO *et al.*, 2020).

A exemplo da visita domiciliar, que já era uma ação desenvolvida e reconhecida por sua potencialidade em fortalecer o vínculo entre o ACS e o usuário. No entanto, foi uma ação que passou por mudanças, com uma variedade de possibilidades de ser concretizada. Esse foi um cenário constatado em uma diversidade de estudos, inclusive de pesquisas de âmbito internacional, é o que suscita o estudo de Mélo, Santos e Albuquerque (2022). O sentimento de dificuldade em relação à visita domiciliar também se repetiu. Dessa forma, apresentou semelhança com a presente pesquisa. O sofrimento causado pelo encontro do sujeito com a organização do trabalho no que diz respeito à insatisfação com a visita domiciliar vai depender da flexibilidade na forma de execução da tarefa, é o que afirma a psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2015).

Em virtude das restrições nos serviços da APS, uma alternativa utilizada foi o uso de ferramentas tecnológicas para continuar as práticas de educação e comunicação em saúde, relacionadas ao controle da pandemia (MÉLLO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2022). Nesse sentido, o ACS potencializou o atendimento remoto e possibilitou a continuidade do cuidado para a população (QUIRINO *et al.*, 2020). Assim, foi possível constatar que o uso do *WhatsApp* foi um fator presente no cotidiano dos ACS.

Em relação ao aplicativo de mensagens, podemos dizer que essa foi uma ferramenta cotidiana do ambiente de trabalho, que ilustrou de forma clara a afirmação de Dejours de que é no encontro entre o sujeito e a organização de trabalho que comportamentos singulares emergem, sendo que pode oscilar entre sofrimento, criatividade e prazer. Uma vez que, para alguns sujeitos da pesquisa, foi um fator de adoecimento, devido ao uso excessivo, em horários que ultrapassam a carga horária do profissional ou mesmo pela preocupação de não ser uma ferramenta acessível a todos os usuários do território da zona rural (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

De acordo com os discursos, as condições de trabalho foram precárias em alguns momentos da pandemia, sendo que foi relatado a indisponibilidade de acesso a EPIs, assim como a escassez de álcool, a ausência de um suporte psicossocial, sobrecarga de trabalho, fatos que também foram mencionados na pesquisa de Mélo, Santos e Albuquerque (2022). A psicodinâmica do trabalho embasa a discussão ao afirmar que é, no cenário do trabalho, que acontece o embate entre o real e as diversas formas de saber-fazer (DEJOURS, 2015). Dessa forma, as condições de trabalho precárias podem contribuir para o adoecimento do ACS.

No entanto, Dejours enfatiza que, mesmo as condições de trabalho mais defasadas e insatisfatórias, são menos danosas do que uma organização de trabalho inflexível e rígida. Ainda acrescenta que o sofrimento tem início quando a rigidez impossibilita a presença de conteúdo significativo do trabalho, com baixa propensão à mudança. Então, seria nesse cenário, que o sofrimento do sujeito, relacionado ao trabalho, nasce (DEJOURS, 2015).

Outro ponto relevante na discussão foi o papel do ACS para a vacinação contra a covid, especificamente na zona rural, uma vez que desenvolveram funções importantes para contribuir com a imunização da população. Realidade que é mencionada em outros estudos, pontuados no estudo de Mélo, Santos e Albuquerque (2022), que afirmam ser recomendado que o ACS colabore na organização dos sistemas de saúde e no intermédio na relação com a comunidade.

Agregadas à demanda da vacinação, estiveram questões de desinformação e *fake news*, obstáculos que os ACS tiveram que ultrapassar (MÉLLO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2022).

Em suma, o período da pandemia acarretou para os ACS resultados diversos de comportamentos, desde a aprendizagem com o momento vivenciado a um sofrimento patológico.

O trabalho prescrito do ACS da zona rural no período da pandemia foi elencado em Notas Técnicas municipais, que estavam embasadas em publicações do Ministério da Saúde, assim como adaptadas à condição e à organização de trabalho local. É válido pontuar que algumas alterações foram preconizadas em relação ao que existia antes da pandemia. Essa foi uma afirmação que emergiu na fala das participantes. De acordo com os resultados, pode-se constatar uma discrepância entre o que está prescrito e o que foi desenvolvido no âmbito do real.

Em relação à visita domiciliar, estava prescrito que deveria ser realizada apenas em área peridomiciliar das residências (frente, lados e fundo do quintal ou terreno), em lugares com boa ventilação (BRASIL, 2020). Essa citação diz respeito às recomendações para a realização da visita domiciliar pelo ACS. No entanto, o que está prescrito não condiz com a organização do trabalho real na pandemia. Uma vez que, alguns ACS afirmaram que adentraram as residências,

em alguns momentos, por diversos motivos. Esse cenário converge com o pressuposto teórico da psicodinâmica do trabalho, pois esse defende que o prescrito será reinterpretado e reconstruído. Assim, de maneira processual, se constitui em uma organização real do trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

A necessidade de manter um contato próximo com os usuários, assim como a persistência dos usuários para que a visita não acontecesse como prescrito pelos documentos oficiais publicados, foram fatores que contribuíram para que alguns ACS reconstruíssem a maneira de realizar a visita. De acordo Dejours (2015), não é possível ter um controle de tudo no ambiente de trabalho de forma antecipada. No entanto, não é regra a possibilidade de criação. Sendo que, quando rígida, o sujeito receia ser surpreendido ao se distanciar do que está prescrito.

Outro fator relevante, que foi citado, esteve relacionado com a ausência de condições de trabalho para a realização do trabalho prescrito. Fator mencionado como disparador para a reconstrução e reinterpretação da organização real do trabalho. Para que isso aconteça, de acordo com a psicodinâmica, é necessária uma dispersão das prescrições, uma vez que a organização do trabalho é considerada (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

O uso do *WhatsApp* foi outro ponto mencionado como uma ação que divergiu do que estava prescrito, pois foi orientado o uso da ferramenta para o acompanhamento e monitoramento dos usuários do território. Todavia, alguns profissionais afirmaram que não usaram como a única possibilidade de contato com os usuários, ou mesmo que não foi utilizado, por motivos diversos.

Um exemplo de trabalho com possibilidade de criação foi o relato do participante que afirmou ter confeccionado um instrumento para os usuários registrarem dúvidas no verso. De acordo com a psicodinâmica, a livre organização do trabalho é fundamental para o equilíbrio psicossomático e para a satisfação. Essa teoria ainda enfatiza que a livre estruturação operacional, que caracteriza as atividades artesanais, por exemplo, contribui para prevenir o adoecimento do trabalhador (DEJOURS, 2015).

O medo é um aspecto da realidade que está presente nos diversos âmbitos da vida do sujeito, sendo um comportamento constante também nas ocupações profissionais. De acordo com a teoria da psicodinâmica do trabalho, o medo nasce da oposição entre o risco residual, aquele que não é extinto pelas medidas e regras de segurança e a constante natureza individual e psicológica da prevenção (DEJOURS, 2015).

Pode-se dizer que profissionais de saúde que trabalharam durante a pandemia da covid, na zona rural, estavam expostos a riscos físicos. Sendo que, mesmo que se buscasse a prevenção

do risco de contaminação com medidas e regras de segurança, a organização do trabalho não teria como garantir um controle de que o profissional não seria acometido pelo vírus (DEJOURS, 2015).

É válido mencionar que, a partir da fala das participantes, possíveis gatilhos para desencadear o medo foram identificados no cotidiano de trabalho das mesmas. Pode-se exemplificar, a continuidade em desenvolver as atividades laborais junto à comunidade. Assim como, a possibilidade de ser infectado pelo vírus e transmitir para familiares. De acordo a psicodinâmica, o medo pode ser potencializado em situações de trabalho em que existe um desconhecimento dos limites do risco ou pela ausência de conhecimento relacionado às formas de prevenção. A desinformação aumenta também o custo mental ou psíquico do trabalho (DEJOURS, 2015). Essas foram características presentes no período da pandemia: desinformação e desconhecimento.

Outro ponto relevante para a discussão diz respeito à incerteza em continuar na função de ACS ou mesmo a possibilidade de ficar desempregado devido à eminência de ter que ficar isolado. Esse cenário acarretou para alguns ACS, que participaram da pesquisa, o sentimento de medo, que é considerado pela psicodinâmica um tipo de sofrimento. De acordo com Castelhana (2005), o desemprego, enraizado na sociedade e os reflexos que isso tem para o sujeito, potencializam o comportamento de medo no espaço do trabalho, fator que pode ter como consequência deixar o profissional mais vulnerável. A autora ainda acrescenta que estudos realizados defendem que a eminência do desemprego é o maior medo de quem possui uma ocupação remunerada (CASTELHANO, 2005). É válido salientar que o desemprego foi também uma característica com números elevados nas diversas sociedades mundiais.

Em relação às possíveis consequências do medo, estudos apontam que esse pode funcionar como um fator para estimular a produtividade do sujeito, uma vez que a demissão é percebida como um ato de punição. O sujeito assume o comportamento de sujeição ao desenvolver funções que não considera da sua competência, isso, muitas vezes, para não ser excluído do mercado de trabalho (CASTELHANO, 2005). Essa realidade converge com a realidade externalizada pelas participantes da presente pesquisa, ao afirmarem que desenvolviam ações que não tinham habilidade para realizar ou mesmo que eram ações que não faziam parte do quadro de atribuições dos ACS.

Vale ressaltar que houve participantes que afirmaram não ter sentido medo com o sofrimento vivenciado no momento da pandemia, e ter que desenvolver o trabalho de ACS. A abordagem teórica da psicodinâmica do trabalho defende que, apesar de existirem estratégias coletivas de defesa para suportar o sofrimento, esse será sempre individual e singular. Assim

como, para não ser acometido por um adoecimento, devido às condições e organizações do trabalho, o sujeito pode eleger estratégias de defesa particulares para lançar mão.

A psicodinâmica do trabalho traçou um caminho de estudos relacionados ao ambiente de trabalho, que culminou em ter como foco a normalidade, como consequência do movimento entre sofrimento e as estratégias de defesa individuais e coletivas. Logo, esses são comportamentos que contribuem para a preservação da saúde (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

As estratégias de defesa podem ter duas consequências para o sujeito: contribuir para o equilíbrio psíquico e para a adaptação às situações adversas ou alimentar uma falsa estabilidade psíquica, portanto, acometer o sujeito ao adoecimento (FERREIRA, 2009 apud (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010). Desse modo, foi possível perceber na presente pesquisa, que alguns profissionais investiram em estratégias de defesa, para manter um equilíbrio durante o período da pandemia, assim como tiveram aqueles que verbalizaram uma estabilidade emocional, mas também foram registradas falas de adoecimento psíquico, mesmo adotando estratégias de defesa.

Ademais, foi possível perceber que, para alguns participantes, existem momentos de trocas coletivas, momentos considerados imprescindíveis para aliviar o sofrimento e que deve ser fomentada a existência de espaços destinados ao compartilhamento das angústias nos serviços. Nesse sentido, foram constatadas estratégias de defesa coletivas na organização do trabalho dos ACS, no período da pandemia da covid. Mas essa não foi uma regra nas verbalizações. Além disso, os momentos de compartilhar as angústias com os pares são consideradas como uma estratégia de defesa coletiva. É importante salientar que, quando esses espaços de trocas são inexistentes na organização, não há possibilidade de externalizar as angústias, e ter como resultado o alívio do sofrimento com o apoio do grupo (BOUYER, 2010).

O que se percebe é que, quando o trabalho tem a característica de ser realizado na modalidade individual, o sujeito tem uma perda em relação à possibilidade de dividir com o outro aspectos intersubjetivos no ambiente de trabalho (BOUYER, 2010). Esse também foi um cenário relatado por alguns ACS entrevistados. É válido mencionar que foi uma minoria ao se comparar com o universo da amostra.

Outra possibilidade de amenizar os efeitos da insatisfação e da angústia no trabalho são as estratégias de defesa individuais. De acordo com a psicodinâmica do trabalho, as estratégias de defesa se enquadram nas seguintes categorias: de proteção, de exploração e de adaptação. Podem-se ilustrar as estratégias de defesa de proteção a partir das falas de racionalização e alienação, quando os ACS falaram sobre algumas ações que desenvolveram, mesmo não sendo

uma função específica do ACS. Foi mencionada como justificativa: por compreender que o profissional tem a responsabilidade com a saúde da comunidade, assim como, por se pensar na dificuldade que os usuários da zona rural têm, ao acesso à assistência à saúde, por ser um profissional útil à equipe, por acreditar ter tido uma evolução pessoal com a vivência do trabalho no período da pandemia, ainda devido à necessidade financeira para continuar o trabalho na pandemia. Destaca-se que as estratégias de defesa, no ambiente de trabalho, bloqueiam a liberdade de reinterpretar o prescrito na ação do real (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Em relação às categorias de adaptação e de exploração, pode-se remeter, de forma hipotética, as falas em que as participantes afirmaram não existir sofrimento ou medo em desenvolver as ações durante a pandemia, com as especificidades que teve o período para a categoria. Ao assumir citadas defesas, o sujeito tem a tendência de suprir as solicitações da organização do trabalho. É pertinente para a discussão mencionar o conceito de “normalidade sofrente” da psicodinâmica. A normalidade sofrente refere-se ao comportamento de camuflar o mal-estar e o sofrimento, decorrentes do trabalho, com atitudes superficiais de bem-estar (DEJOURS, 2006).

O momento da entrevista foi realçado como importante para externalizar angústias. É relevante pontuar que, em algumas falas, foi suscitado que os profissionais não tiveram oportunidade para falar sobre questões que afetaram, de maneira negativa, o âmbito emocional. A psicodinâmica salienta que a palavra facilita a compreensão de demandas do trabalhador. Pois, a comunicação com o outro é um caminho que possibilita o processo do pensamento relacionado às vivências subjetivas do sujeito. Dessa forma, esses profissionais não tiveram acesso, antes da entrevista, a um momento para externalizar e aliviar o sofrimento gerado antes e durante o período da pandemia devido às condições e organizações do trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Uma vez que, o sofrimento é um comportamento encoberto, não é de fácil acesso e sua externalização por meio da linguagem, essa via de alívio vai de encontro às estratégias de defesa. A possibilidade da fala tem outro entrave, pois a verdade vivenciada pode não convergir com os interesses estratégicos dos sujeitos (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

A cooperação entre os profissionais foi mencionada como fator que contribui para o equilíbrio no trabalho. Sendo que, é entendida pela psicodinâmica, como um comportamento que os pares se mobilizam e que investem esforços na busca de uma finalidade comum (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010). Para Dejours (2006), a cooperação está condicionada ao desejo dos sujeitos de compartilharem as tarefas laborais e ultrapassar divergências que emergem na organização do trabalho. Compreende-se, assim, que a liberdade

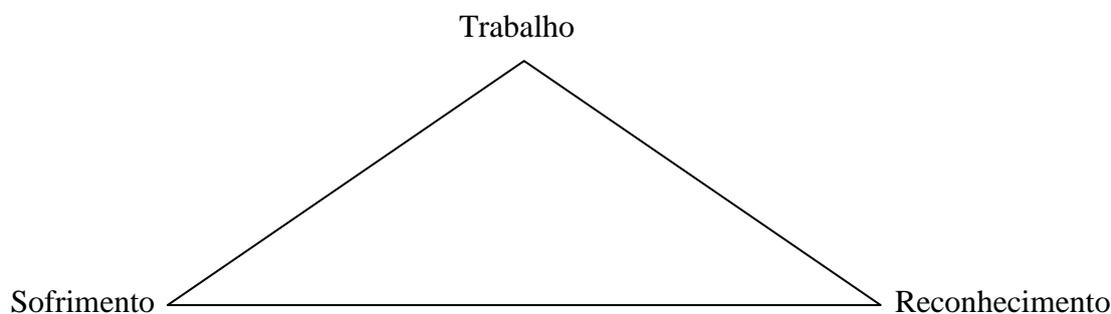
e comungar de objetivos coletivos são fatores imprescindíveis para a concretização da cooperação entre os profissionais. Sendo assim, a cooperação não consta no prescrito, uma vez que poderia correr o risco de ser um comportamento mecânico e obrigatório (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

De acordo com a psicodinâmica, o reconhecimento é uma retribuição simbólica que pode acontecer em duas dimensões: no sentido da constatação ou da gratidão. Uma vez que, existe uma distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, para preencher esse espaço existente, o sujeito necessita investir esforços para transgredir as regras prescritas e concluir o trabalho com êxito. Sendo que, o reconhecimento é relevante para preencher essa lacuna, posto que é um fator importante para a formação da identidade do trabalhador (LANCMAN; SZNELMAN, 2008).

O produto da presente pesquisa apresenta um apanhado de falas relacionadas ao reconhecimento dos ACS pelos usuários, assim como pelos profissionais das equipes e também pelos profissionais da gestão. Embasado na teoria da psicodinâmica, pode-se fazer uma classificação do reconhecimento, de acordo com o ator social que direciona o julgamento para o profissional. Dessa forma, enquadram os julgamentos em, de utilidade, que é quando o reconhecimento é expresso de maneira vertical, por superiores hierárquicos, nesse caso, pela gestão ou pelos clientes, aqui usuários. O outro tipo é o julgamento estético, quando emitido pelos pares, ou seja, pelos profissionais das equipes de trabalho (LANCMAN; SZNELMAN, 2008).

O triângulo a seguir ilustra a dinâmica do reconhecimento, no ambiente de trabalho, segundo a psicodinâmica.

Figura 2 – Triângulo da dinâmica do reconhecimento



Fonte: (LANCMAN; SZNELMAN, 2008).

Portanto, o reconhecimento oferta ao sujeito um ganho simbólico que está relacionado ao sentido do trabalho vivido. Destarte, o sentimento de ter no trabalho um sentido, resulta da vivência de sofrimento no ambiente laboral. É válido ressaltar que o reconhecimento é assim considerado uma realização social, que contribui para a formação da identidade. Uma vez que o reconhecimento do outro é um critério que inclui na discussão a importância do coletivo (LANCMAN; SZNELMAN, 2008).

Em relação ao reconhecimento dos usuários, a maioria dos ACS afirmaram que percebem existir, e desencadear sentimentos positivos nos profissionais. Além disso, o reconhecimento esteve relacionado às seguintes condicionalidades: a resolução das demandas do território, a condição de vulnerabilidade da comunidade da zona rural, a ausência de profissional por férias ou licença, devido aos usuários seguirem as orientações.

Da mesma forma, o reconhecimento pelos profissionais das equipes foi mencionado pela maioria dos ACS que participaram da pesquisa, sendo que foi ressaltado a importância para o trabalho desse julgamento positivo. De acordo com as verbalizações, o julgamento pelos pares foi relacionado ao convite para o ACS participar das atividades desenvolvidas na unidade.

Em relação aos gestores, muitas falas externalizaram a necessidade de um maior reconhecimento do trabalho desenvolvido durante a pandemia. Outrossim, foi ressaltado ser imprescindível que os gestores conheçam as especificidades do trabalho da zona rural. Pois o desconhecimento foi mencionado como característica que contribui para o distanciamento entre os diversos atores sociais (usuários, profissionais, gestão).

As verbalizações dos ACS externalizam o sentimento de satisfação ao terem o trabalho reconhecido. No entanto, quando o contrário acontece e não existe o reconhecimento, os profissionais mencionaram desmotivação com a atividade laboral. Para a psicodinâmica, a citada realidade, do não reconhecimento, acarreta momentos de indignação e desvalorização, fator que, como já enfatizado antes, afeta a identidade do sujeito no ambiente de trabalho (BOUYER, 2010).

Em suma, com a ausência do reconhecimento não existe a possibilidade de transformar o sofrimento em prazer, dessa forma existe uma escassez de sentido. De tal forma que, citado cenário faz com que o sujeito percorra o caminho das estratégias defensivas ou percorra o caminho de uma desestabilidade psíquica, onde pode ser acometido por uma patologia psíquica ou somática (BOUYER, 2010).

Ainda é importante salientar que o trabalho do ACS é, em algumas situações, invisível, por não apresentar um resultado imediato e objetivo, fator que dificulta que seja mensurado seus resultados, assim como na pesquisa de Baierle e Merlo (2008), com guardas municipais.

As falas das participantes remetem a ideia de ausência de reconhecimento devido desenvolverem um trabalho de pouca visibilidade.

Destarte, quando o trabalhador vivencia o reconhecimento no espaço laboral está contribuindo para sua saúde mental. Já quando o oposto acontece, e o reconhecimento é negado ou tirado, pode ter uma crise de identidade. Sendo assim, o trabalho pode ser um fator desencadeador de prazer ou de adoecimento (DEJOURS, 2004).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar nesse ponto da caminhada percorrida pelo estudo, buscou-se dar voz a profissionais que procuram afirmar um lugar de reconhecimento no SUS. Profissionais que almejam o fortalecimento da identidade profissional, uma vez que são alvo de tratamento desigual na organização do trabalho, com condições precárias para desenvolver a prática laboral.

Ademais, o período histórico da pandemia da covid-19 foi um momento com adversidades enfrentadas pelos profissionais da saúde. Logo, com os ACS não foi diferente, visto que foi possível constatar que as múltiplas dificuldades foram enfrentadas. Além disso, foi exequível observar como aconteceu o encontro do ACS com o mundo do trabalho, no citado período, o sofrimento desencadeado, os principais gatilhos, seus medos, a possibilidade de criação de um trabalho real, o reconhecimento identificado pelos profissionais e as estratégias de defesa utilizadas para aliviar suas angústias.

A teoria da psicodinâmica do trabalho enriqueceu a discussão com seu arcabouço teórico. Ao ofertar conceitos que elucidam a compreensão de como os trabalhadores conseguiram manter um estado de normalidade psíquica, em meio à crise social causada pela pandemia da covid-19. Assim como, aconteceu a dinâmica: sofrimento-prazer-adoecimento.

Nessa trajetória de estudo, se fez válida a discussão dos sentidos que os ACS têm da profissão. Entretanto, apesar de não ser, necessariamente, a profissão almejada, foi afirmado que existe uma satisfação em ser ACS, mas esse não foi um sentimento homogêneo. Uma vez que, alguns ACS externalizaram sentimentos negativos por exercerem a função profissional, fator que remete a um sofrimento, e até um adoecimento.

Em relação ao processo de sofrimento ao se ter contato com o mundo do trabalho, com as peculiaridades do período da pandemia, alguns fatores que contribuíram para desencadear o sofrimento estão relacionados às mudanças nas condições e organizações do trabalho. Uma vez que o trabalho do ACS já estava em um momento de fragilidade identitária, devido ao contexto em que a sociedade se encontrava, esse aspecto foi potencializado com a pandemia. E os ACS tiveram que desenvolver ações que já faziam parte do quadro de atribuições da profissão, assim como, acrescido a isso, foram captados para realizar atividades que não eram da competência da profissão ou mesmo que não tinham habilidade para a prática. Ressalta-se que esse fator foi predominante nas falas, ainda teve somado a isso a cobrança da gestão e dos usuários.

Outro ponto relevante, na trajetória do estudo, está relacionado ao encontro do sujeito com o mundo do trabalho, que é o contato da singularidade do trabalhador com o que está

prescrito para a função. É importante enfatizar que foram identificadas alterações na operacionalização do trabalho, no período da pandemia. Mencionado fator ofertou a liberdade de criação e autonomia para os trabalhadores. Das ações mais citadas que passaram por transformações ao executar o trabalho real, foi a visita domiciliar, que alguns ACS afirmaram adentrar as residências, atitude que divergiu ao prescrito nas Notas Técnicas. Assim como, o uso do *WhatsApp*, que, apesar de ter sido determinado o uso da ferramenta tecnológica, houve profissionais que optaram por não usar.

Ainda é relevante para a discussão pontuar que a permanência em continuar a desenvolver a prática profissional, pelo ACS, acarretou o sentimento de medo para a maioria dos trabalhadores entrevistados. Sendo que, o medo foi relatado por uma diversidade de fatores, no entanto, o mais mencionado foi o medo de contrair o vírus e infectar os familiares. Uma vez que o vírus da covid-19, no início, teve como característica a incerteza em relação à prevenção, ao tratamento e à cura, esse fator de desconhecimento dos limites, potencializou o sentimento de medo de que algum familiar fosse contaminado.

Em relação às estratégias de defesa foram detectadas estratégias individuais e coletivas. Sendo que os momentos de trocas coletivas foram ressaltados como imprescindíveis para aliviar o sofrimento, aspecto defendido pela psicodinâmica do trabalho. Outro fator relevante foi a importância do momento da entrevista como uma oportunidade de externalizar angústias vivenciadas no período da pandemia, através da fala. Esse momento foi potente para que os sentimentos da maioria dos profissionais emergissem. Fator que converge com o que a psicodinâmica defende em relação à importância da fala para o processo de alívio do sofrimento gerado pelo ambiente de trabalho.

Em relação ao reconhecimento do trabalho dos ACS, no período da pandemia, foi possível constatar que a maioria dos ACS afirmou a existência de reconhecimento pelos usuários e pelos profissionais da equipe. De maneira divergente, a maioria não afirmou reconhecimento em relação à gestão. É importante mencionar que o reconhecimento foi ressaltado como um aspecto motivador para o desenvolvimento do trabalho.

Em suma, a verbalização dos pontos anteriormente mencionados não foi uma regra entre os ACS participantes da pesquisa. Assim como defende Dejours, o comportamento do sujeito, após o encontro com o mundo do trabalho, depende de características pessoais, assim como das condições e organizações do trabalho. Sendo assim, a heterogeneidade das respostas em relação à psicodinâmica do trabalho do ACS da zona rural, durante a pandemia, condiz com os pressupostos teóricos da psicodinâmica do trabalho. É válido refletir que os estados opostos de normalidade e adoecimento psíquico foram identificados, devido à singularidade do sujeito.

Os achados da presente pesquisa embasam as reflexões de que os Agentes Comunitários de Saúde estão trilhando um caminho em busca do fortalecimento da sua identidade profissional, assim como a busca pelo reconhecimento do seu trabalho. E que em alguns momentos dessa trajetória percebe-se a existência de citadas características de forma mais potentes.

No período da pandemia da covid, como foi constatado nas falas, foi um momento que fortaleceu a identidade profissional, uma vez que, foi percebido a importância dos ACS para desenvolver as ações de assistência à saúde das comunidades. Ora direcionadas à prevenção e ao combate da pandemia, ora para dar assistência a outras demandas anteriormente existentes ao citado período histórico.

Outro ponto relevante da pesquisa, que carece à atenção dos gestores, é relacionado a importância da existência de espaços de fala, para que os ACS possam aliviar seu sofrimento através da externalização das suas angústias.

9 REFERÊNCIAS

- ALONSO, C.M.C.; BÉGUIN, P.D.; DUARTE, F.J.C.M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da família: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*, 2018, 52:14.
- AZEVEDO, C.S. A sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado nos serviços de saúde. In: AZEVEDO, C.S; SÁ, M.C. *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2013.
- AZEVEDO NETO, G. T. *et al.* Educação Permanente em Saúde como estratégia para a segurança ocupacional em tempos de pandemia pela COVID-19 : reflexões sobre o agente comunitário de saúde na construção de cuidado. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 19, n. 1, p. 107–113, 2020.
- BAIERLE, T. C.; MERLO, Á. R. C. Saúde mental e subjetividade no trabalho de uma guarda municipal: estudo em psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 1, p. 69, 2008.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. DE. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 53–70, 2014.
- BARALHAS, M.; ALICE, M.; PEREIRA, O. Saúde Sobre Suas Práticas Assistenciais. **Physis**, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70,LDA, 2007.
- BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78–84, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 10 jul 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 2006; 26 mar.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. DF: Ministério da Saúde; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CEP/CONEP. **Resolução CNS nº 466/2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 21. nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CEP/CONEP. **Resolução CNS nº 510/2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 21. nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**, 2017; 21 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao Covid-19. Brasília: MS; 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 14.536 de 20 de janeiro de 2023. **Diário Oficial da União Digital**, p. 7042, 2023.

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, p. 249–259, 2010.

CARRASQUEIRA, F. A.; BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho : Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. **Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR**, v. 5, n. 1, p. 1–19, 2010.

CASTELHANO, L. M. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 14–20, 2005.

COSTA, S. DE M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. TT - [Community health worker: a core element of health actions]. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 2147–2156, 2013.

CUNHA, M.S.;SÁ, M.C. A Cooperação prescrita e a cooperação possível: vississitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família. In: AZEVEDO, Creuza da Silva; Sá, Marilene de Castilho; Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.

DEJOURS, C. Addendum – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). **Christophe Dejours:da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo15/Fiocruz, 2004. p.47-104.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2006

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6,ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS.C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DUARTE, M. DE Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3401–3411, 2020a.

DUARTE, R. B. *et al.* AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À COVID-19 : VIVÊNCIAS JUNTO AOS. v. 11, n. 1, p. 252–256, 2020b.

FERNANDES, L. Como os Agentes Comunitários de Saúde estão enfrentando a pandemia de COVID- 19 no Brasil: sentimentos pessoais, acesso a recursos e processo de trabalho. *Arch Fam Med Gen Pract*. 2020.

FONSECA, M.L.G. O profissional da Saúde como Sujeito, Sofrimento no Trabalho e Gestão. In: AZEVEDO, Creuza da Silva; Sá, Marilene de Castilho (orgs). Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa Populacional do Município de Vitória da Conquista para o ano de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>. Acesso em: 21 nov. 2021.
- JARDIM, T. DE A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 123–135, 2009.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.
- LIMA, J. G. *et al.* The work process for community health agents: Contributions to care in remote rural territories in Amazonia, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 8, 2021.
- MARINHO, C. DA S.; BISPO JÚNIOR, J. P. Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 1–21, 2020.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V.A. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Editora Moraes LTDA, 1989.
- MÉLLO, L. M. B. DE D. E *et al.* Artigos Agentes comunitárias de saúde : práticas , tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. v. 25, p. 1–17, 2021.
- MÉLLO, L. M. B. DE D. E; SANTOS, R. C. DOS; ALBUQUERQUE, P. C. DE. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 368–384, 2022.
- MENDES, A.M. Novas Formas de Organização do Trabalho, Ação dos Trabalhadores e Patologias Sociais. In: Mendes, Ana Magnólia (org). **Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método e Pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007. Cap2 , p.49-59.
- MERLO, Á. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 141, 2009.
- MINAYO, M. C. S. organizadora. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa** 5.7, 2017.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 261–274, 2018.
- NEPOMUCENO, R. DE C. A. *et al.* The work of community health workers in light of communities of practice theory. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1637–1646, 2021.
- NOGUEIRA, M. L. Expressions of precariousness in the work of community health agents: Bureaucratization and estrangement of the work. **Saude e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309–323, 2019.
- NUNES, M. DE O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 940–951, 2018.

PESERICO, A. *et al.* Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 488–497, 2014.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis revista de Saúde coletiva**, v. 27, n. 3, p. 813–833, 2017.

SANTOS, K. T. *et al.* Agente comunitário de saúde: Perfil adequado a realidade do programa saúde da família? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 1023–1028, 2011.

SILVA, J. A. DA; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75–83, 2002.

QUIRINO, T. R. L. *et al.* REVISTA PORTAL SAÚDE E SOCIEDADE Artigo Original THE COVID-19 PANDEMIC. v. 5, n. 1, p. 1299–1314, 2020.

RESENDE, M. C. *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115–2122, 2011.

ROSA, A. DA S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. **O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção so Sistema Único de Saúde no Brasil TT - The meaning that the community agent of health attributed to your work in the process of construction of the Unique** *Acta paul. enferm*, 2004. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-11880>>



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 Instituto Multidisciplinar em Saúde
 Campus Anísio Teixeira
 Mestrado em Saúde Coletiva



10 APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ACS

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo -

Apelido -

Nome da USF -

Nome da microárea em que atua -

1-Idade: _____

2-Sexo: () masculino () feminino () outro _____

3-Escolaridade: _____

4- Estado civil: _____

5- Tem filhos?

() Sim, quantos/as _____ () Não

6- Tempo de trabalho como ACS: _____

Na USF atual _____ Em outras USF _____

7- Trabalha na zona urbana: _____ zona rural: _____

8 - Renda mensal da família: _____

9 – Acompanha quantas famílias/pessoas - _____

10 – Como se desloca para trabalhar - _____

11 –Tem plano de saúde? – () Sim () Não

12 –Tem alguma doença crônica? Qual? _____

13 – Toma algum medicamento controlado? Qual? _____

QUESTÕES

- 1- Conte um pouco sua história como ACS. Por que você é ACS? Como é para você ser ACS?
- 2- Como eram as ações que você desenvolvia na sua prática profissional antes da pandemia da covid19?
- 3- Quais as ações novas você desenvolve na sua prática profissional na atualidade, após a pandemia da covid19? O que mudou?
- 4- O que você pensa sobre as práticas que você desenvolve como ACS durante a pandemia? Como se sente ao desenvolver seu trabalho? Quando chega à noite, o que você pensa sobre seu trabalho?
- 5- Existe alguma determinação de atividade que você não concorda que deveria acontecer e que gera algum sofrimento? Fale um pouco sobre isso...
- 6- Quando você é solicitado/a a fazer uma ação do trabalho que não concorda, qual seu posicionamento? Fale as estratégias que você utiliza para contornar a situação.
- 7- Fale como você participa do planejamento direcionado as suas atividades de trabalho antes e durante a pandemia.
- 8- Durante o período da pandemia, como você percebe o suporte oferecido pela gestão para seu trabalho? Qual apoio recebeu de colegas de trabalho no período da pandemia?
- 9- Como tem sido a pandemia de Covid-19 na sua comunidade? Fale se houve doentes, mortes etc. Fale sobre vacinação de adultos, adolescentes e crianças (Há adesão ou resistência?). Fale como você tem intervindo na sua comunidade.
- 10- Houve casos de Covid na sua família/amigos próximos? Fale sobre isso e como mexeu contigo. Como essa situação interferiu no teu trabalho?
- 11- Você se sente valorizado/ reconhecido pela comunidade em que trabalha? E em relação à EqSF?
- 12- Fale um pouco como foi para você participar da entrevista.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 Instituto Multidisciplinar em Saúde
 Campus Anísio Teixeira
 Mestrado em Saúde Coletiva



APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Psicodinâmica do trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde no período da pandemia da covid-19**

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa **“Psicodinâmica do trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde no período da pandemia da covid-19.”** desenvolvida sob responsabilidade da pesquisadora mestranda, Elizângela de Moraes Santos, sob a orientação do Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, que dará origem a dissertação a ser apresentada à Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Esta pesquisa tem como objetivo “compreender a Psicodinâmica do trabalho do ACS, no contexto da pandemia da covid-19, do município de Vitória da Conquista, Bahia”. Assim, buscamos elucidar questões relacionadas a relação da organização do trabalho em que está inserido com sua saúde. Dessa forma, vamos analisar as práticas profissionais que você tem desenvolvido no cenário da pandemia da covid-19; assim como, discutir as estratégias que foram adotadas por você para realizar o trabalho real e, assim, diminuir o sofrimento gerado pela permanência da prática profissional durante a pandemia da covid-19. Esse projeto se justifica devido a importância de intervenções na área das políticas direcionadas à organização do trabalho dos ACS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um roteiro de entrevista semiestruturada. É válido ressaltar que as informações obtidas na entrevista serão gravadas, em local reservado, garantindo o sigilo e privacidade. Sendo assim, o seu nome não será identificado, bem como será assegurado à integridade física, psíquica, intelectual, social, cultural e espiritual. A entrevista será realizada em local privativo com a presença da mestranda (Elizângela de Moraes Santos), tendo como previsão máxima de duração de uma hora e meia, que será agendada previamente de acordo com sua disponibilidade.

A entrevista apresenta possibilidade mínima de acarretar riscos em relação a um possível desconforto ao responder as questões apresentadas, no entanto por se tratar de um tema que pode emergir sentidos pessoais diversos, nos comprometemos a interromper a entrevista caso apresente algum sinal de mal-estar devido a uma possível identificação com questões relacionadas às demandas de saúde mental. Sua participação é importante e voluntária, caso não se sinta à vontade, o(a) Sr.(a) tem a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga danos ou prejuízos de qualquer natureza. Caso resolva participar, não haverá nenhum custo envolvido. A todo o tempo, estaremos disponíveis ao esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Sua participação nesta pesquisa poderá enriquecer as discussões sobre possíveis avanços nos cuidados a saúde mental dos ACS, acometidos por transtorno mental ou sofrimento psíquico, assim como na execução de futuras intervenções. Assim como, proporcionar um momento de fala para esses trabalhadores, fator que pode favorecer um momento de mobilização de um possível sentimento de sofrimento existente.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais, guardadas pelos pesquisadores (por cinco anos), sob a responsabilidade da pesquisadora, sendo que as gravações das entrevistas serão descartadas logo após a transcrição. No momento em que houver necessidade de esclarecimento para qualquer dúvida sobre sua participação poderá entrar em contato com os pesquisadores no telefone (77) 98108-3993 (pesquisadora mestranda), ou no endereço do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia - campus Anísio Teixeira, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias. CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil.

Caso concorde em participar desta pesquisa é assegurado que as informações coletadas nas entrevistas serão utilizadas para fins apenas científicos, divulgados em congressos, estudos e publicados em revistas científicas. Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, visto que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

Vitória da Conquista –BA, _____ de _____ 2022

Assinatura do Entrevistado

Nome do Entrevistado (por extenso)

Elizângela de Moraes Santos

(Pesquisadora mestranda)

Para maiores informações com relação ao Comitê de Ética entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira

Instituto Multidisciplinar em Saúde. Pavilhão Administrativo, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias.

Vitória da Conquista, BA – Brasil.

CEP: 45029-094

Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>

Telefone: (77) 3429-2720.

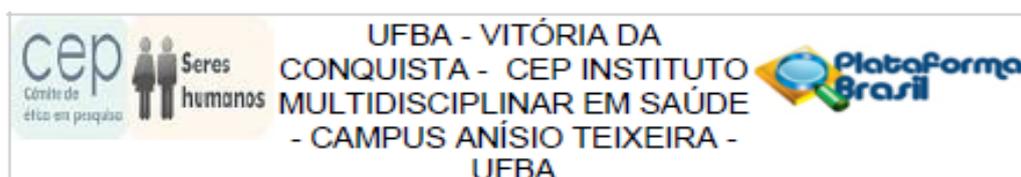


UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 Instituto Multidisciplinar em Saúde
 Campus Anísio Teixeira
 Mestrado em Saúde Coletiva



11 ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Psicodinâmica do trabalho dos agentes comunitários de saúde do período da pandemia da COVID-19

Pesquisador: Adriano Maia dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57868722.5.0000.5558

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.449.983

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto voltado a análise da Psicodinâmica do trabalho de agentes comunitários de saúde no período da pandemia da covid-19 no município de Vitória da Conquista-BA.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Compreender a psicodinâmica do trabalho do ACS, no contexto da pandemia da Covid-19, no município de Vitória da Conquista, Bahia.

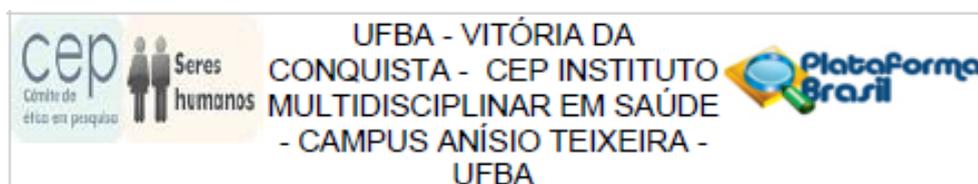
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as práticas profissionais dos ACS no cenário da pandemia da Covid-19;

Discutir como a organização e o processo de trabalho durante o período da pandemia da Covid-19 impactou a saúde mental dos ACS;

Identificar as estratégias adotadas pelos ACS para realizar o trabalho comunitário durante a pandemia da covid-19 e o suporte (ou ausência deste) disponibilizado por gestores e demais membros da equipe para viabilizar o trabalho com segurança.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias, 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.449.983

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que concerne aos riscos, eles são mínimos, referente a um possível desconforto ao responder as questões apresentadas, no entanto por se tratar de um tema que pode emergir sentidos pessoais diversos, os pesquisadores se comprometem a interromper a entrevista caso o participante apresente algum sinal de mal-estar devido a uma possível identificação com questões relacionadas às demandas de saúde mental. Quanto aos benefícios, eles dizem respeito ao enriquecimento das discussões sobre possíveis avanços nos cuidados a saúde mental dos ACS, acometidos por transtorno mental ou sofrimento psíquico, assim como na execução de futuras intervenções. Trata-se também de proporcionar um momento de fala para esses trabalhadores, fator que pode favorecer um momento de mobilização de um possível sentimento de sofrimento existente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância para o manejo da psicodinâmica de trabalho entre os ACS do município de Vitória da Conquista-BA, pois proporcionará uma resolução mais sensível, centralizada no sujeito e nos desafios da profissão ao nível local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os seguintes documentos: Projeto detalhado, Folha de Rosto, Curriculum lattes dos pesquisadores, Declaração dos pesquisadores, Anuência da Prefeitura de Vitória da Conquista, Termo de autorização de uso de imagem, TCLE e Folha Local.

Recomendações:

Não há recomendações.

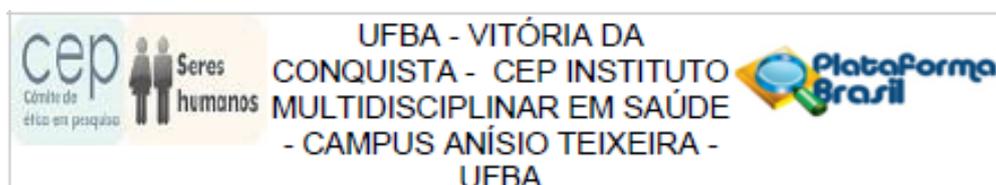
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é de grande relevância para o manejo da psicodinâmica do trabalho entre os ACS do município de Vitória da Conquista-BA. Não há pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 102ª reunião ordinária no dia 03 de junho de 2022 sendo aprovado por unanimidade de votos.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58. Bairro Candéias. 1º andar - Prédio administrativo
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.440.983

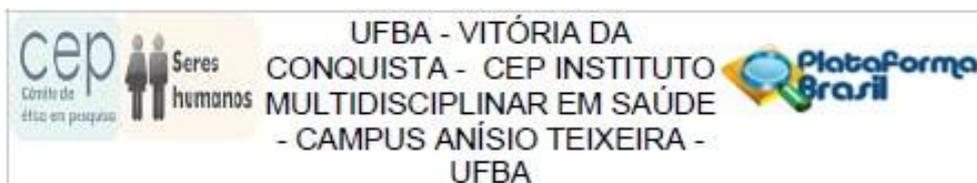
Qualquer alteração ou modificação nesse projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://cep.ims.ufba.br/relat%C3%B3rio>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1923088.pdf	08/04/2022 10:30:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/04/2022 22:16:26	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
Outros	curriculoadriano.pdf	06/04/2022 21:33:50	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	06/04/2022 19:54:44	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaoinstitucional.pdf	06/04/2022 19:39:03	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
Outros	Termo.jpeg	06/04/2022 18:46:11	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
Outros	curriculo.pdf	06/04/2022 17:47:11	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/04/2022 16:58:06	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.jpeg	03/04/2022 16:45:05	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias. 1º andar - Prédio administrativo
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.440.985

Outros	Folha.jpeg	03/04/2022 16:43:26	ELIZANGELA DE MORAIS SANTOS	Aceito
--------	------------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 06 de Junho de 2022

**Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candelas, 1ª andar - Prédio administrativo
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepms@ufba.br