

Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil)

Mental health and anxiety in community health agents in Uberlândia (MG, Brazil)

Marineia Crosara de Resende¹
 Erika Guimarães Soares Azevedo²
 Larissa Ribeiro Lourenço²
 Léa de Souza Faria²
 Natália Fonseca Alves²
 Natalia Peixoto Farina²
 Nathália Coutinho da Silva²
 Simone Lopes de Oliveira²

Abstract *The scope of this research, carried out together with community-based health workers (ACS) was: (1) to evaluate the mental health of the ACS; (2) to describe the vital events in the last year of the ACS; (3) to inquire about the level of anxiety of the ACS; (4) to correlate mental health, vital events and anxiety of the ACS. Participants: 116 ACS. Measurements: socio-demographic questionnaire, Goldberg General Health Questionnaire, The Life Events Inventory, State-Trait Anxiety Inventory. The majority of the ACS presented a moderate degree of anxiety and positive mental health; they reported having experienced few stressful events in the past year, even though the majority had experienced health problems. The fact that most of the ACS reported having experienced moderate anxiety levels suggests a probable interference of specific characteristics of the profession. However, the fact that the persons subjectively identified the presence of anxiety and classified it at a given level presupposes that they are using control strategies, which is a factor that assists in maintaining mental health.*
Key words *Community healthcare agent, Mental Health, Anxiety*

Resumo *Esta pesquisa, realizada com agentes comunitários de saúde (ACS), objetivou: (1) avaliar a saúde mental em ACS; (2) descrever os eventos vitais vivenciados no último ano por ACS; (3) averiguar o nível de ansiedade apresentado por ACS; (4) correlacionar saúde mental, ansiedade e eventos vitais em ACS. Participaram 116 ACS. Instrumentos: questionário sociodemográfico, Questionário de Saúde Geral de Goldberg Escala de Eventos Vitais, Inventário de Ansiedade Traço-Estado. A maioria dos ACS apresentou grau de ansiedade moderado e saúde mental positiva e relatou ter vivenciado poucos eventos estressantes no último ano, embora a maioria tenha tido problemas de saúde. O fato de estarem presentes níveis de ansiedade, mesmo moderados, sugere uma provável interferência de características específicas da profissão. Entretanto, o fato de a pessoa identificar subjetivamente a ansiedade e classificá-la em um determinado nível pressupõe que esteja usando estratégias de controle, fato esse que auxilia a manter a saúde mental.*
Palavras-chave *Agente comunitário de saúde, Saúde Mental, Ansiedade*

¹ Universidade Federal de Uberlândia. Av. Pará 1720, bloco 2C, Campus Umuarama. 38405-382 Uberlândia MG. marineiaresende@gmail.com
² Centro Universitário do Triângulo.

Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde, visando contribuir para melhor qualidade de vida da população, investindo maciçamente na educação em saúde. O agente comunitário de saúde (ACS) é parte da equipe Saúde da Família, atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade¹.

O ACS representa um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, devido à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), nova denominação do Programa Saúde da Família (PSF)², cuja intenção é levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa³.

Segundo Wai⁴, a ESF é apresentada como política pública, desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, colocando em prática os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento.

Nesse sentido, a ESF pretende: (1) melhorar os indicadores de saúde da população atendida; (2) estabelecer a organização dos serviços de saúde, criando um sistema de referência; (3) criar vínculo de responsabilidade entre as famílias e os profissionais de saúde; (4) atender um maior número de famílias de forma integral, resolutiva, direcionada ao diagnóstico de seus problemas de saúde; (5) acompanhar melhor os problemas de saúde da comunidade; (6) melhorar a organização dos sistemas locais de informação em saúde; (7) ter maior resolutividade nas ações de saúde, através do trabalho desenvolvido em equipe⁵. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio por uma equipe de profissionais, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e por ACS, podendo contar ainda nas equipes profissionais com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, dentre outros⁶.

Entre as principais atribuições do ACS, estão: (1) realizar mapeamento de sua área; (2) cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; (3) identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; (4) identificar área de

risco; (5) orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; (6) realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na área prioritária da Atenção Básica; (7) realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; (8) estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; (9) desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; (10) promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; (11) traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; (12) identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe⁴.

É necessário treinar os ACS para realizarem procedimentos técnicos como medida de peso e altura de crianças, verificação do estado de vacinação delas, além de desenvolverem atividades educativas visando à implementação de procedimentos saudáveis nas pessoas da comunidade, especialmente no que se refere a hábitos higiênicos e alimentares, entre outras ações. Nesse ponto, é imprescindível o desenvolvimento e/ou incorporação de novas tecnologias em saúde, sob pena de comprometimento na qualidade e efetividade das ações desenvolvidas⁷.

Menegolla *et al.*⁸ descrevem que as maiores dificuldades encontradas pelos ACS no seu dia a dia são: a falta de entendimento da população quanto ao seu trabalho; o número elevado de pessoas da comunidade a serem atendidas; o medo; as limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade; a falta de organização, de companheirismo e de coleguismo da equipe multidisciplinar; e a negativa de alguns profissionais da equipe em realizar a visita domiciliar.

Para Broock Neto *et al.*⁹, o trabalho dos ACS ganha o reconhecimento dos membros da comunidade, que são conscientes do trabalho que os agentes levam a zonas isoladas, onde não chega ninguém de outra instituição e falta ainda definir algumas regras como formação, função e autonomia, inclusive revendo a contratação temporária que causa instabilidade e insegurança diante do futuro.

Sabe-se que a escolha de residentes dos próprios bairros de atuação do usuário é outro fa-

tor gerador de estresse; é que os ACS são moradores do mesmo bairro onde atuam, compartilhando o mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico dos usuários. Essa partilha facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas⁷.

Compreender saúde como autonomia implica uma dimensão política libertadora e emancipatória, que coloca o profissional de saúde, em especial o ACS, diante da necessidade de enfrentamento dos processos que determinam as doenças e o sofrimento das populações. Estão intrinsecamente ligados às dinâmicas de exploração e de exclusão de camadas inteiras da população, expostas à fome, à miséria, à falta de saneamento básico e a trabalhos extremamente insalubres e opressores, determinantes de sofrimentos físicos e mentais¹⁰, o que pode gerar ansiedade.

A ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando à hiperventilação e suas consequências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo¹¹.

A ansiedade pode surgir como resposta do indivíduo aos eventos externos ou ser gerada internamente, por medo ou insegurança. Pode ainda advir do sistema de defesa ante uma ameaça real ou imaginária. Pessoas ansiosas se deixam perturbar facilmente, maximizando efeitos negativos de eventos externos e apresentando pouca motivação para mudanças por não se sentirem confortáveis, apresentando dificuldades em controlar suas emoções e reações, podendo agir de forma improdutiva no dia a dia¹², prejudicando seu estar no mundo e seu trabalho.

Nesse sentido, este artigo propõe-se a conhecer a saúde mental, os eventos vitais e o nível de ansiedade em ACS, através dos seguintes objetivos: (1) avaliar a saúde mental em ACS; (2) descrever os eventos vitais vivenciados no último ano por ACS; (3) averiguar o nível de ansiedade apresentado por ACS; (4) correlacionar saúde mental, ansiedade e eventos vitais em ACS.

Método

Participou desta pesquisa uma amostra de conveniência composta por 116 agentes comunitários de saúde que atuam no Programa Saúde da Família (PSF) nos bairros Canaã, Morada Nova, Jardim das Palmeiras, São Jorge e Laranjeiras, em Uberlândia (MG). A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos.

A pesquisa foi realizada nos bairros indicados pela Coordenação Geral do PSF. Os participantes foram convidados a participar e informados sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação e a garantia de sigilo dos dados individuais. O critério de inclusão dos ACS foi se dispor a participar da pesquisa. Foram feitas entrevistas com os ACS por alunas treinadas do último ano do curso de psicologia do Centro Universitário do Triângulo, nos locais de trabalho deles, a partir de um protocolo que levantou os seguintes dados de autorrelato:

(1) **Questionário sociodemográfico**, contendo dados de identificação, tais como idade, sexo, estado civil e escolaridade;

(2) **Questionário de Saúde Geral de Goldberg**¹³: é um teste psicológico que foi desenvolvido com

Tabela 1. Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos sujeitos (n=116).

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	103	88,79
Masculino	13	11,21
Idade		
18-25	27	23,28
26-32	33	28,45
33-39	22	18,97
40-46	27	23,28
≥ 47	7	6,03
Estado civil		
Casado	69	59,48
Solteiro	40	34,48
Viúvo	5	4,31
Separado	2	1,72
Escolaridade		
1º grau incompleto	1	0,86
1º grau completo	12	10,34
2º grau incompleto	16	13,79
2º grau completo	77	66,38
3º grau incompleto	9	7,76
3º grau completo	1	0,86

o propósito de identificar o perfil sintomático de saúde mental de pessoas com distúrbios psiquiátricos não extremados. De tipo *self-report*, consta de sessenta itens, que avaliam cinco fatores (1–estresse psíquico; 2–desejo de morte; 3–desconfiança no desempenho; 4–distúrbios do sono; e 5–distúrbios psicossomáticos), aos quais o sujeito deve responder através de escala de tipo Likert de quatro pontos, em que as alternativas podem variar um pouco em razão do teor da pergunta. Permite avaliar a severidade de distúrbios psiquiátricos não psicóticos e serve como meio de identificação de casos potenciais desses distúrbios na população geral não clínica. Os protocolos com 10% ou mais de questões não respondidas devem ser considerados nulos; isto equivale a seis questões não respondidas. Com menos de 10% de questões não respondidas, podem ser aproveitados. Verificou-se alta consistência interna para QSG total ($\alpha=0,948$), estresse psíquico ($\alpha=0,882$), desejo de morte ($\alpha=0,838$), desconfiança no desempenho ($\alpha=0,879$), distúrbios do sono ($\alpha=0,868$) e distúrbios psicossomáticos ($\alpha=0,813$).

(3) **EscaLa de Eventos Vitais**¹⁴: composta por uma lista de acontecimentos importantes na vida de uma pessoa em que o sujeito deve indicar as situações pelas quais passou nos últimos doze meses. Os eventos vitais são trabalho: aposentadoria, mudança de trabalho, dificuldades com chefia, perda de emprego e reconhecimento profissional; perda de suporte familiar: morte de alguém da família, morte de um amigo e morte de um cônjuge; família: doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família, reconciliação na família; mudança no ambiente: mudança de escola, mudança de casa, mudança no número de pessoas morando em casa; outros: acidentes, perdas financeiras, dificuldades sexuais, problemas de saúde, dívidas, mudança de hábitos pessoais, mudança de atividades recreativas, mudanças de atividades religiosas, mudanças de atividades sociais ($\alpha=0,614$).

(4) **Inventário de Ansiedade de Traço-Estado (IDATE)**¹⁵: foi proposto por Spielberg, sendo composto por duas escalas de autoavaliação de dois conceitos de ansiedade: “traço” e “estado” de ansiedade. A escala do “traço” de ansiedade verifica a personalidade do indivíduo ante as situações potencialmente ameaçadoras ao longo da vida. A escala do “estado” de ansiedade observa um estado transitório (momentâneo), em que sentimentos desagradáveis de tensão e a variável intensidade dependem da situação vivida. Cada escala tem vinte itens, com a possibilidade de res-

posta graduada de um a quatro pontos. A avaliação dos resultados é feita somando-se os pontos (máximo de oitenta pontos) de acordo com os critérios estabelecidos pelo autor. A classificação de gravidade é: mais de trinta pontos, ansiedade moderada; e mais de cinquenta pontos, ansiedade grave. Foi utilizada análise dos valores de ansiedade “estado” para comparar os grupos, por representar os sintomas de ansiedade no momento da avaliação (transversal) ($\alpha=0,828$).

Resultados

Saúde mental

Através do QSG, foi possível verificar que os ACS apresentam saúde mental positiva (média 1,75; DP=0,39), já que quanto mais próximo de 1 maior a saúde mental, e quanto mais próximo de 4 maior o distresse. Na Tabela 2, é possível verificar a saúde mental por domínios avaliados.

Ansiedade – traços

Na avaliação de ansiedade, a média encontrada foi de 41,41 (DP=6,02), sendo que 75,0% pontuaram entre 31 e 50, indicando um grau de ansiedade moderado, e 17,24% pontuaram em 50, indicando que essas pessoas apresentam grau de ansiedade grave.

Eventos vitais experienciados no último ano

Com relação aos eventos estressantes vivenciados no último ano, os participantes relataram ter passado por 5,16 eventos em média (DP=3,01), sendo que a maioria relatou ter tido problemas de saúde (58,6%) (Tabela 3). Apenas 3,90% relataram não ter passado por nenhum

Tabela 2. Média por fator do QSG.

Fatores do QSG	Média	Desvio padrão
Fator 1 – Estresse psíquico	1,87	0,55
Fator 3 – Desconfiança no desempenho	1,82	0,43
Fator 5 – Distúrbios psicossomáticos	1,80	0,52
Fator 4 – Distúrbios do sono	1,74	0,71
Fator 2 – Desejo de morte	1,23	0,38
Fator geral	1,75	0,39

evento estressante no último ano; 56,7% experienciaram entre um e cinco eventos; 34,2%, entre seis e oito eventos vitais, e 5,2% relataram entre nove e treze eventos vitais.

Correlações entre as variáveis

Através do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que quanto maior o número de eventos vitais experienciados no último ano, mais “estresse psíquico” ($r=0,38356$; $p<0,0001$), maior o “desejo de morte” ($r=0,26326$; $p=0,0009$), mais “desconfianças no desempenho” ($r=0,26521$; $p=0,0040$), mais “distúrbios do sono” ($r=0,31376$;

$p=0,0006$), mais “distúrbios psicossomáticos” ($r=0,27693$; $p=0,0026$), pior a saúde mental geral ($r=0,38005$; $p<0,0001$).

Também por meio do coeficiente de correlação de Spearman, constatou-se que quanto maior a ansiedade, mais “estresse psíquico” ($r=0,47635$; $p<0,0001$), maior o “desejo de morte” ($r=0,37485$; $p<0,0001$), mais “desconfianças no desempenho” ($r=0,46501$; $p<0,0001$), mais “distúrbios do sono” ($r=0,28753$; $p=0,0018$), mais “distúrbios psicossomáticos” ($r=0,35410$; $p<0,0001$) e pior a saúde mental geral ($r=0,44997$; $p<0,0001$).

Houve correlação significativa entre eventos vitais, depressão e ansiedade: quanto maior o número de eventos vitais, maiores os escores de depressão e ansiedade; e quanto maior o escore de depressão, maior o de ansiedade ($r=0,19364$; $p=0,0373$).

Tabela 3. Frequência dos eventos vitais experienciados no último ano.

Categorias	Sim (%)	Não (%)
Trabalho		
Aposentadoria	11,3	88,7
Mudança de trabalho	10,3	89,7
Dificuldades com chefia	2,51	97,5
Perda do emprego	4,8	85,2
Reconhecimento profissional	4,4	95,6
Perda de suporte social		
Morte de alguém da família	40,9	59,1
Morte de um amigo	39,3	60,7
Morte do cônjuge	4,9	95,1
Família		
Doença na família	46,6	53,4
Separação	19,0	81,0
Casamento	16,7	83,3
Gravidez	22,0	83,3
Nascimento na família	22,9	77,1
Reconciliação matrimonial	4,2	95,8
Mudanças no ambiente		
Mudança de escola	5,4	94,6
Mudança de casa	12,8	87,2
Mudança do número de pessoas morando em casa	23,2	76,8
Outras		
Acidentes	15,3	84,7
Perdas financeiras	17,7	82,3
Dificuldades sexuais	23,6	76,4
Problemas de saúde	58,6	41,4
Dívidas	25,4	74,6
Mudanças de hábitos pessoais	20,9	79,1
Mudanças de atividades recreativas	25,9	74,1
Mudanças de atividades religiosas	11,1	88,9
Mudança de atividades sociais	16,7	83,3

Discussão

Esta pesquisa focou a saúde de agentes comunitários na cidade de Uberlândia (MG) que trabalham na Estratégia Saúde da Família. O trabalho ocupa um papel central na vida das pessoas e é um fator relevante na formação da identidade e na inserção social delas¹⁶, mas pode também ser uma fonte de estresse e adoecimento.

Para Mendes, citado por Macedo¹⁷, o trabalho não é um lugar só de sofrimento ou só de prazer; é também resultado da dinâmica interna das situações e da organização do clima organizacional, sendo influenciado pelas características individuais, que interferem na percepção do ambiente¹⁸.

Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, Dejours¹⁹ acentua o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquele possa exercer sobre o funcionamento psíquico e a vida mental do trabalhador. Ramminger²⁰ relata que estudos realizados sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho estimam índices de 30% de transtornos mentais menores e de 5% a 10% de transtornos mentais graves na população trabalhadora ocupada. Segundo Lys e Debert-Ribeiro²¹, para a Organização Mundial da Saúde estão, entre tais distúrbios, irritabilidade, frustração, ansiedade, cansaço, fadiga e depressão.

Nesta pesquisa, a maioria dos ACS apresentou grau de ansiedade moderado, e uma parcela mostrou ansiedade grave. O fato de estarem presentes níveis de ansiedade, mesmo que predominantemente moderados, sugere uma provável

interferência de características específicas da profissão. O ACS é proveniente da própria comunidade onde atua, devendo residir na própria área de trabalho há pelo menos dois anos, tendo um perfil mais social que técnico, apresentando características de solidariedade, iniciativa e liderança. Precisa ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades²².

Silva e Dalmaso²³ afirmam que constantemente os ACS são colocados diante de contradições sociais, o que é “muito pesado”, por isso eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências. O trabalhador, ao se sentir sem alternativa para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, tem aumentada sua tensão emocional, o que pode levar ao surgimento da síndrome de *burnout* e/ou do estresse ocupacional¹⁶.

Segundo Barros *et al.*²⁴, a ansiedade existencial é inerente à vivência do ser humano, mas em alguns casos o trabalho parece trazer uma carga de desconforto emocional, levando a um estado de tensão constante. Entretanto, segundo esses autores, o fato de a pessoa identificar subjetivamente a ansiedade e classificá-la em um determinado nível pressupõe que esteja usando estratégias de controle, o que auxilia a manter a saúde mental.

Nesta pesquisa, os ACS apresentam saúde mental positiva, podendo ser um indicador de satisfação com o trabalho. A área da saúde ocupacional vem oferecendo atribuições de grande importância para o entendimento das repercussões do trabalho sobre as questões de saúde e de bem-estar de profissionais. O conhecimento adquirido nessa área possibilita afirmar que a saúde mental dos trabalhadores está diretamente relacionada com aspectos do trabalho. Diante disso, seria interessante que outros estudos incluíssem os três segmentos envolvidos na ESF: usuários, familiares e equipe técnica. Porém, ao comparar a quantidade de estudos realizados no Brasil para cada segmento, percebe-se uma discrepância entre a importância atribuída entre as investigações realizadas com usuários, familiares e com os profissionais, em que este último elemento tem sido negligenciado²⁵.

Nesse sentido, um aspecto importante a ser considerado é o bem-estar, que é adquirido pelo equilíbrio entre as expectativas em relação à atividade profissional e à concretização delas, sendo um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida. Esta é proporcionada pela satisfação de condições objetivas tais como renda, emprego, objetos possuídos e qualidade de habitação, de

condições subjetivas como segurança, privacidade e afeto, bem como motivação, relações de autoestima, apoio e reconhecimento social¹⁶.

Os ACS relataram ter vivenciado poucos eventos estressantes no último ano, embora a maioria tenha tido problemas de saúde. A maioria dos estudos epidemiológicos mostra uma associação entre eventos negativos, depressão e ansiedade. Os eventos podem ter diferentes impactos de acordo com o período da vida, e parece que mais importante que o evento em si é a sua percepção. No entanto, o acúmulo de eventos parece ser um fator que predispõe a pessoa a episódios depressivos e ansiogênicos. O resultado desta pesquisa mostrou que as pessoas que sofreram mais eventos vitais têm mais chance de apresentar transtornos psiquiátricos do que aquelas que não vivenciaram eventos estressantes no último ano²⁶.

Os eventos estressantes podem ser encontrados no local de trabalho ou estar ligados a assuntos pessoais e do meio ambiente, em sentido mais amplo. No primeiro caso, constituem exemplos às pressões de tempo, os conflitos inter e intrapessoais, os aspectos físicos negativos do local de trabalho; no segundo, as preocupações financeiras, os problemas com os filhos, os problemas conjugais, as preocupações de saúde, em relação ao meio ambiente, ao local onde a pessoa reside. Entretanto, deve-se ressaltar que as pessoas têm diferentes níveis de tolerância a situações estressantes. Algumas são perturbadas por pequenas mudanças ou emergências, outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude ou quando a exposição a eles é muito prolongada. McLean, citado por Savoia¹⁴, sugere, no entanto, que pequenos eventos do dia a dia (microestressores) podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de estresse. Tudo irá depender de como a pessoa encara esses eventos e lida com eles.

Uma relação satisfatória com a atividade de trabalho é fundamental para o desenvolvimento nas diferentes áreas da vida humana, e essa relação depende, em grande escala, dos suportes afetivos e sociais que os indivíduos recebem durante seu percurso profissional. O suporte afetivo provém do relacionamento com pessoas com as quais é possível compartilhar preocupações, amarguras e esperanças, de modo que sua presença possa trazer sentimentos de segurança, conforto e confiança. O suporte social aplica-se ao quadro de relações gerais que se estabelecem, naturalmente, entre colegas de trabalho, vizinhos e conhecidos, o que também pode favorecer o

aprofundamento de relacionamentos que, mais tarde, venham a fazer parte do suporte afetivo^{16,27}.

Considerações finais

Os ACS compartilham o mesmo contexto social e cultural e o mesmo universo linguístico de sua população atendida, o que facilita a identificação dos fatores ligados ao adoecimento das pessoas da comunidade, bem como o desenvolvimento de estratégias de atuação mais eficazes para a política pública⁷. Também acompanham a situação de saúde das famílias de seu bairro, auxiliando nos cuidados básicos de saúde primária. No entanto, esses profissionais, por viver na mesma comunidade em que trabalham, convivem com os aspectos positivos e negativos, certamente com mais intensidade do que os outros membros da equipe⁶.

Martines, citado por Sousa²⁸, investigou o processo de sofrimento no trabalho de ACS e relatou que eles têm dificuldades em lidar com os limites da vida pessoal e o vínculo estabelecido com a comunidade e se sentem, muitas vezes,

impelidos a dar respostas em todas as situações, o que aumenta suas angústias ante a impotência ao se depararem com seus limites.

Nesse sentido, seria interessante criar programas institucionais específicos para os ACS, nos quais houvesse um espaço de reflexão e escuta sobre a definição clara de seu papel e de vínculos que precisam ou não ser estabelecidos, no intuito de se prevenir o adoecimento mental dos próprios agentes, melhorando seu bem-estar e qualidade de vida – uma vez que Sousa²⁸ afirma que ***diante de situações de sofrimento humano de sua comunidade, o ACS tem pressa de resolver o problema porque teme também adoecer***.

Pesquisas futuras poderiam incluir análises qualitativas para maior reflexão sobre os limites e as possibilidades dessa profissão, bem como analisar diferentes construtos – entre eles: estratégias de enfrentamento, metas de vida, autoestima, senso de controle e de autoeficácia, comparação social, espiritualidade e religiosidade, reconhecidos como mecanismos de autorregulação do *self*, e determinação de como seu trabalho influencia seu dia a dia no sentido de favorecer a saúde mental.

Colaboradores

MC Resende realizou a revisão de literatura, orientou a pesquisa e a elaboração do artigo; EGS Azevedo, LR Lourenço, LS Faria, NF Alves, NP Farina, NC Silva e SL Oliveira participaram da coleta e análise de dados e da elaboração do artigo.

Referências

1. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):197-203.
2. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(6):1027-1034.
3. Mendonça MHM. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1433-1434.
4. Wai MFP. *O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático do PSF*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Kluthcovsky ACGC. *Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
7. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1639-1646.
8. Menegolla VL, Polleto DS, Krahl M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde* 2003; 17(2):81-93.
9. Broock Neto WH, Guterres SBC, Vieiro JF, Ribeiro VA, Del Pino AA, Justo AG. Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários de saúde em foco. In: Agnes DI, Bellini MIB, organizadores. *Perfil profissional e a formação em saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Escola de Saúde Pública; 2006.
10. Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2006; 30(1):32-38.
11. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clínica* 1998; 25(6):285-290.
12. Fioranti ACM. *Propriedades psicométricas do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006.
13. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. *GSQ: Questionário de Saúde Geral de Goldberg (adaptação brasileira)*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
14. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégia de enfrentamento. *Rev Psiq* 1999; 26(2):54-67.
15. Biaggio A. *Inventário de Ansiedade de Traço-Estado – IDATE*. Rio de Janeiro: Cepa; 1993.
16. Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2002; 22(2):22-29.
17. Macedo ZD. *Dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental na rede pública da região Oeste de Santa Catarina* [dissertação]. Xanxerê (SC): Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2005.
18. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Saude Publica* 1999; 6(6):415-425.
19. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Rev Brasileira de Saúde Ocupacional* 1986; 54(14):7-11.
20. Ramminger T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde* 2002; 16(1):111-124.
21. Lys ER, Debert-Ribeiro M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Rev Saude Publica* 2001; 35(6):539-547.
22. Castanha AR, Araujo LF. Alcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. *PsicoUSF* 2006; 11(1):85-94.
23. Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
24. Barros ALBL, Humerez DC, Fakhil FT, Michel JLM. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Rev Lat Am Enferm* 2003; 11(5):585-592.
25. Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saude Publica* 2007; 41(2):244-250.
26. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiq* 1999; 21(2):1-5.
27. Santos LPGS. *A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
28. Sousa GC. *O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

Artigo apresentado em 07/03/2008

Aprovado em 02/02/2009

Versão final apresentada em 02/03/2009