



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA – UNILAB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM**

MARIA CLAUDIANA NASCIMENTO SILVA

**BIOSSEGURANÇA NO CONTEXTO DE TRABALHO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

ACARAPE-CE

2017

MARIA CLAUDIANA NASCIMENTO SILVA

**BIOSSEGURANÇA NO CONTEXTO DE TRABALHO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Artigo apresentado ao curso de enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dra. Edmara Chaves Costa
Coorientadora: Prof.^a Dra. Erika Helena Salles de Brito

ACARAPE

2017

MARIA CLAUDIANA NASCIMENTO SILVA

**BIOSSEGURANÇA NO CONTEXTO DE TRABALHO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a: Dra. Dra. Edmara Chaves Costa (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Prof.^a: Erika Helena Salles de Brito (Coorientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Prof.^a: Dra. Emília Soares Chaves Rouberte (1^a examinadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Prof.^a: Ms Cremeilda Dantas de Abrante Lôbo (2^a examinador)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Prof.^a: Dra. Lydia Vieira Freitas dos Santos (Suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Enf. Priscilla Freire de Souza (Suplente)

Coordenadora de Atenção Básica - Redenção-CE

BIOSSEGURANÇA NO CONTEXTO DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Maria Claudiana Nascimento Silva¹, Edmara Chaves Costa², Erika Helena Salles de Brito³

RESUMO: O presente estudo teve como objetivos conhecer a percepção dos ACS sobre a prática de seu trabalho, identificar o conhecimento dos ACS sobre biossegurança e averiguar a prática de biossegurança no contexto de trabalho dos ACS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram obtidos por meio de uma roda de conversa no decorrer de uma formação continuada dos ACS sobre Biossegurança. A população de estudo foram 232 ACS, de 08 municípios do maciço de Baturité. As falas foram gravadas e transcritas. A análise dos dados seguiu os preceitos da análise de conteúdo de Laurence Bardin. Os resultados evidenciaram a necessidade de criação de estratégias direcionadas a estes profissionais, visando à prevenção de acidentes durante as atividades laborais estabelecendo uma política permanente de educação e capacitação desses funcionários. Propondo estratégias de intervenção que gerem reflexos sobre a problemática da não adesão as medidas de biossegurança junto aos ACS.

Descritores: agente comunitário de saúde; biossegurança; pesquisa qualitativa, risco.

ABSTRACT: The present study had as objectives knew the perception of the ACS on the practice of his work, to identify the knowledge of the ACS is left biossegurança and to check the practice of biossegurança in the context of work of the ACS. is treated as a qualitative inquiry, which data were obtained through a conversation wheel in the course of a continued formation of the ACS on Biossegurança. The study population was 232 ACS, from 08 municipalities of the Baturité massif.. The words were carved and transcribed. The analysis of the data followed the precepts of the analysis of content of Laurence Bardin. The results showed up the necessity of creation of strategies direcionadas to these professionals, aiming for the accidents prevention during the activities you labor establishing a constant politics of education and capacitação of these officials. Proposing strategies of intervention that manage reflexes on the problematics of not adhesion the measures of biossegurança near the ACS.

Keywords: community health agent; Biosafety; Qualitative research, risk

¹ Graduando em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira – UNILAB, Redenção, CE, Brasil. E-mail: ma.claudiana@hotmail.com

² Doutora em Ciências Veterinárias, professora do curso de Enfermagem - UNILAB. Redenção, CE, Brasil. E-mail: edmaracosta@unilab.edu.br

³ Doutora em Ciências Veterinárias, professora do curso de Enfermagem - UNILAB. Redenção, CE, Brasil. E-mail erika@unilab.edu.br

Autor correspondente: Maria Claudiana Nascimento Silva
Rua Eduardo Abreu nº 95, Bairro Centro cep 62760-000, Redenção – CE.
Email: ma.claudiana@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, sendo prioritária na consolidação e expansão da atenção básica à saúde. Cada equipe da ESF é constituída minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 ACS. Ela é responsável pelo acompanhamento de todas as famílias de um território adstrito denominado Área (BRASIL 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2012) existem 40,7 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento em todos os estados do Brasil. Atuam nessas unidades mais de 39,1 mil ESF cobrindo mais de 134 milhões de pessoas. O número de Agentes Comunitários de Saúde subiu de 59,066 em 1998 para 265,2 mil em 2012 correspondendo a um aumento de 349% nesse período, atendendo a mais de 128,5 milhões de brasileiros.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é de extrema importância para o cumprimento das ações propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que atua como facilitador para que ocorra uma integração entre a Atenção Primária e a comunidade. É através do ACS's que se obtêm informações sobre os usuários, com levantamento dos problemas de saúde e situações de riscos das famílias, contribuindo assim para o fortalecimento de ações voltadas para a população adscrita da ESF.

Sabe-se, portanto, que os profissionais de saúde estão diariamente sendo expostos aos mais diversificados riscos e com os ACS's não é diferente, sendo eles integrantes da ESF estão a cada dia enfrentando situações diferenciadas em comparação aos demais membros da equipe, tais como: longas distâncias, condições climáticas adversas, famílias em estado de vulnerabilidade, ocasiões de violência e perigo, locais insalubres, doenças infectocontagiosas, residências com cães ferozes, possíveis acidentes, dentre outras situações.

Diante da situação de trabalho do Agente de Saúde pode-se perceber que o profissional está constantemente exposto a diversos riscos, fazendo-se necessário o uso das precauções padrão na prevenção dos acidentes. Visto que o uso de equipamentos de proteção adequados por trabalhadores, principalmente os dos serviços de saúde é parte das recomendações mundialmente estabelecidas na Norma Regulamentadora nº32 (NR32) que foi instituída por meio da Portaria nº 485 de 2005, que traça as diretrizes para a proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2012), biossegurança é um conjunto de medidas voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Sendo assim considera-se risco uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Os riscos de acidentes podem ser classificados em físicos (calor, iluminação e artigos cortantes, por exemplo), químicos (soluções químicas e aerossóis), biológicos (representados pelos fluidos corporais com vírus, bactérias ou fungos) e ergonômicos. (SOUSA et al. 2016).

Segundo Almeida, Baptista e Silva (2016) é necessário um olhar criterioso sobre a exposição dos ACS a diversas cargas de trabalho que podem levar ao adoecimento, com objetivo de propor estratégias para minimização ou enfrentamento destes agravos. A exposição às cargas de trabalho gera processo de desgaste dos trabalhadores, seja na forma de acidentes ou doenças, enquanto processos de adaptação destrutivos da integridade corporal e implicando perda da sua capacidade efetiva e/ou potencial biopsíquica.

Para Ribeiro e Cardoso (2015), é necessário o reconhecimento daquilo que constitui um risco. Este reconhecimento vai depender de processos diferenciados, pois cada risco estabelece suas próprias características e se apresentam com maior ou menor grau de intensidade ou gravidade a partir de conjunturas mais ou menos favoráveis à sua verificação. A partir da análise da potencialidade, extensão e gravidade do risco serão estabelecidas as ações de contenção e/ou de prevenção, ou seja, as medidas de biossegurança.

Outras situações, envolvendo infecções, vivenciadas por todos nos últimos anos, tais como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a síndrome respiratória aguda grave, os surtos de dengue, malária, febre amarela e a ocorrência da tuberculose multidroga resistente alertam para a discussão das condições de biossegurança nos serviços de saúde e para a necessidade da capacitação de seus profissionais. (RIBEIRO; CARDOSO, 2015).

Ainda segundo os autores citados é necessário que estes tenham conhecimentos e habilidades cognitivas e comportamentais, a fim de lhes permitir chegar ao domínio do conhecimento e das formas de organização, sendo capazes de criar soluções originais para problemas que exijam criatividade, uma vez que o país possui realidade e carências diferenciadas.

Sendo assim a busca para a promoção de um trabalho seguro e a prevenção destes eventos críticos encontra-se principalmente na educação e conscientização destes trabalhadores em relação aos riscos inerentes a sua profissão. O uso adequado e frequente de equipamentos de proteção individual (EPI's) e de adoção de medidas de biossegurança podem contribuir diretamente para a melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Para tanto o presente estudo teve como objetivos conhecer a percepção dos ACS sobre a prática de seu trabalho, identificar o conhecimento dos ACS sobre biossegurança e averiguar a prática de biossegurança no contexto de trabalho dos ACS.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Optou-se por esse tipo de pesquisa, devido à mesma permitir uma melhor descrição da biossegurança na promoção da saúde, no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que ela não se preocupa com números, mas com aspectos da realidade não podendo ser assim quantificados. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa foi realizada em 08 (oito) municípios do maciço de Baturité tendo como participantes 232 agentes comunitários de saúde distribuídos dentre os municípios de Aratuba com 13 agentes comunitários de saúde, Baturité com 74, Capistrano com 07, Guaramiranga com 18, Itapiúna com 26, Mulungu com 22, Palmácia com 18 e Redenção com 54. A coleta de dados ocorreu de julho de 2015 a fevereiro de 2017.

Foram realizados oito encontros, um encontro em cada município com duração de aproximadamente 4 horas. Os encontros foram destinados à formação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde de acordo com o projeto de extensão do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, intitulado Biossegurança e serviços de saúde: interface teórica e prática na promoção da saúde, que tem como objetivo geral ministrar oficinas sobre biossegurança em serviço de saúde para diferentes grupos de trabalhadores, vinculados ao serviço público nos municípios que compõe o maciço do Baturité – CE.

O contato inicial foi feito com o/a secretário (a) de saúde de cada município e a /o coordenador (a) de Atenção Básica de Saúde dos respectivos municípios, aos quais foram informados do interesse em desenvolver a pesquisa e mostraram-se cooperativos intermediando o contato com os profissionais ACS. Os encontros foram realizados nos postos de saúde dos municípios já citados, nos dias pré-estabelecidos com os seus respectivos secretários de saúde e coordenadores da Atenção Básica. No decorrer das rodas de conversas com os ACS's, foram coletados os relatos por meio de gravações autorizadas por todos os participantes. À medida que iam sendo expostos os conteúdos sobre biossegurança, os profissionais iam relatando suas experiências durante o trabalho.

As técnicas utilizadas para coletas de dados foram aplicadas durante a discussão do conteúdo teórico sobre a prática de biossegurança e a legislação vigente através de slides, que foram debatidos em roda de conversa e gravados as falas dos profissionais de saúde, posteriormente transcritas. Para atender os preceitos éticos, quanto ao anonimato das falas foram utilizadas a sigla ACS seguido de uma numeração "ACS01" para identificar o profissional na sequência em que eles iniciam os comentários. Para a identificação dos municípios usaram a letra M seguida de um número "M1".

A análise dos dados baseou-se nos preceitos da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2006) que se refere a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aperfeiçoa constantemente e que se aplica a discursos diversificados. Segundo Bardin (2006), uma análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, ao contrário, ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação.

O método de Análise de Conteúdo Categrical Temática de Bardin incide em tratar a informação a partir de um roteiro específico. O mesmo encontra-se organizada em três fases, iniciando-se com a fase de pré-análise, onde se escolhe os documentos, formulam-se hipóteses e objetivos para a pesquisa; na fase de exploração do material, aplicam-se as técnicas específicas segundo os objetivos, como: codificação, regra de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A terceira e última fase consiste no tratamento de resultados, inferência e interpretações. Cada fase do roteiro segue regras específicas podendo ser utilizado tanto em pesquisa quantitativas quanto em pesquisas qualitativas (BARDIN, 2006).

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Internacional da Lusofonia Afro-brasileira sob o Parecer Consubstanciado Nº 1.937.090. Os

objetivos, metodologia e justificativa foram apresentados, e logo após os Agentes Comunitários de Saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido de acordo com a resolução 466/12 CONEP. Foram mantidos seu anonimato, e as informações utilizadas apenas para fins científicos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pela análise das falas dos participantes da pesquisa, foi possível perceber que eles possuem visões similares quanto aos assuntos abordados nas rodas de conversas. Desta forma, emergiram três categorias denominadas: Percepção do ACS quanto ao seu trabalho, Adesão às medidas de Biossegurança e Risco no trabalho do ACS. Estas categorias encontram-se descritas e divididas em subcategorias como pode ser vista no Quadro 1:

Quadro 1 - UNIDADES DE REGISTRO: PALAVRAS. TABELA DE % DE PALAVRA

Categoria	Nº de palavras	Subcategoria	Nº de palavras	%
Percepção do ACS quanto ao seu trabalho	2777	Multifunção	802	28,88
		Regulamentação da função	774	27,87
		Desvalorização profissional	636	22,90
		Formação continuada	565	20,34
Adesão a biossegurança	1479	Resíduos sólidos	982	66,39
		Desinformação sobre autocuidado	497	33,60
Risco no trabalho do ACS	1213	Acidentes	576	47,48
		Não assistência	388	31,98
		Sobrecarga de trabalho	249	20,52

A Percepção do ACS quanto ao seu trabalho foi a categoria com maior repercussão entre os profissionais, onde os mesmos relataram sobre a visão do trabalho antes e após a regulamentação da função, se descreveram como profissionais, expuseram a ideia que tinha quanto ao posicionamento dos órgãos competentes a respeito da função e também o que almejam em um futuro próximo, surgindo assim as subcategorias: Multifunção, Regulamentação da função, Desvalorização profissional e Formação continuada.

Outra categoria proveniente do estudo é a adesão às medidas de biossegurança que busca minimizar os riscos inerentes a uma determinada atividade. Sendo uma prática muito importante para o Agente Comunitário de Saúde, pelo mesmo encontrar-se em frequente exposição a agentes patogênicos, além, é claro, de riscos físicos. As subcategorias que emergiram foram: Resíduos sólidos e Desinformação. A biossegurança não tem o proposito de

dificultar a execução do trabalho, mas de garantir a saúde do trabalhador e do restante da população.

A última categoria encontrada dentre os relatos dos profissionais foi denominada Risco no trabalho do ACS. O ACS desempenha um importante papel junto à comunidade, visitando casa a casa, enfrentando barreiras geográficas e sociais e lugares muitas vezes insalubres pondo assim em risco sua saúde. Por tanto se fez necessário à abordagem sobre os riscos laborais (químicos, físicos, ergonômicos, acidentes, biológicos) que estão submetidos esses profissionais. Desta categoria surgiram três subcategorias: acidentes, não assistência e sobrecarga de trabalho.

3.1 A Percepção do ACS quanto ao seu trabalho

O Agente Comunitário de Saúde desempenha um papel de fundamental importância na comunidade, pois ao mesmo tempo em que ele exerce uma função em prol da comunidade ele também faz parte da mesma. O ACS não vê sua função como algo singular, mas se ver a desempenhar diversas funções dentro da sua área adscrita, podendo ser assim intitulado como um profissional multifunção. Essa foi uma das subcategorias que emergiu da categoria A Percepção do ACS quanto ao seu trabalho.

O termo trabalho traduz essencialmente uma atividade humana realizada em diferentes situações e condições, podendo contribuir para o bem-estar ou não do trabalhador. Neste sentido, cada categoria profissional está exposta a diferentes situações que podem ser favoráveis ou desfavoráveis para o desenvolvimento das suas atribuições (SOUZA; FREITAS, 2011).

3.1.1 Multifunção

A percepção sobre sua função foi à subcategoria com maior prevalência nas rodas de conversas com os Agentes Comunitários de Saúde deste estudo. Foi abordado de diferentes formas pelos profissionais surgindo às subcategorias multifunção, sendo descrita nas falas dos profissionais:

Nós somos o agente da nossa comunidade, muitas vezes somos o psicólogo, chegamos nas casas e além de darmos orientações, fazemos até limpeza. Somos os representantes da nossa comunidade. (M1ACS01)

Nós somos psicólogo, técnico de enfermagem, orientadores, somos tudo. (M2ACS05)

Na comunidade é assim, tudo né, porque o ACS é quem leva as informações, ele marca os exames, as consultas, pesa as crianças, marca retorno médico, do dentista, orienta, faz tudo. (M2ACS04)

O ACS é o profissional que faz o papel de mediador, de elo, é ele quem liga à população as equipes de saúde da família. É ele que com o seu saber repleto de cultura local, amplia a promoção em saúde levando aos lugares mais distantes e inacessíveis. É aquele capaz de identificar demandas na comunidade que no dia-a-dia do serviço não são identificadas pelos outros membros da equipe. É ele que leva até a comunidade informações importantes para a manutenção da saúde e a prevenção de adoecimentos e como retorno mantém o sistema alimentado através de informações de máxima importância para que os serviços ofertados a população sejam de qualidade.

Eu penso que nós somos o elo entre a equipe de saúde e a comunidade que a gente trabalha. (M1ACS 03)

Somos o meio de comunicação da secretaria de saúde com a população e da população com a secretaria. (M8ACS 07)

Resumino, esse projeto foi criado para fazer um elo entre a equipe e a comunidade. (M3ACS 02)

Ao longo do tempo, o ACS passa a conhecer melhor sua área de abrangência, criando vínculos com as famílias, o que é um meio fundamental para conscientizar, orientar e implantar ações de promoção e prevenção de saúde.

Somos orientadores da nossa população. (M2ACS 03)

Somos espécies de conselheiros porque muitas vezes eles nos procuram com problemas particulares, da família e a gente dá a opinião. (M2ACS 06)

São essas características dentre outras não citadas que fazem do ACS um profissional multifunção. Seu trabalho não possui uma limitação, para suprir a necessidade de informação da comunidade o profissional tem que estar movido por conhecimento nas mais diferentes áreas.

3.1.2 Regulamentação

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde foi lançado no ano de 1991, vindo a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1992. A implantação do referido Programa começou pelos estados do Nordeste, priorizando-se as ações da área materno-infantil. Essas experiências, assim como um conjunto de experiências locais de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, delinearam o lançamento do Programa de Saúde da Família no ano de 1994 (BORNSTEIN *et al.*, 2013).

Dentro da categoria trabalho emerge mais uma subcategoria, a regulamentação da função do agente comunitário de saúde, que com base nos relatos, essa profissão teve uma história antes e após sua regulamentação.

[...] muita coisa mudou, porque antes faziam curativos e hoje a gente não faz, porque depois da lei foi criada a nossa profissão. (M1ACS 05)

[...] mudou que antes fazíamos os trabalhos dos técnicos, da vigilância, hoje temos a nossa função regulamentada. (M8ACS5)

A lei não veio para delimitar a função do ACS, mas para regulamentar o que é de competência do profissional e com isso barrar os desvios de função visto que o profissional vinha a executar tarefas que competiam a outros profissionais. Como por exemplo, a do técnico de enfermagem na execução de curativos, aplicação de vacinas, dentre outras ações como relata alguns profissionais. Além de regulamentar a função também proporcionou ao profissional uma estabilidade na execução do serviço fazendo apenas o que é de sua competência e amparado por lei, conforme se observa nas falas abaixo:

Eu comecei a trabalhar como ACS muito nova e hoje eu vejo uma grande diferença porque eu lavava né, banhava crianças e catava, eu vacinei muito cachorro, me furei ao ré encapar uma agulha após vacinar um gato, e hoje eu não preciso mais fazer isso, então eu entendo que a lei é uma proteção para a nossa categoria. (M2ACS01)

[...] nós fazia curativos e hoje nós num pode mais fazer. (M3ACS 01)

O que nós fazia no começo, é tudo proibido hoje por lei, o que é certo. Verificar a pressão é proibido, e é certo. Isso aí é só pro pessoal da enfermagem né? (M3ACS 02)

Atuávamos mais como técnico de enfermagem. Antes o técnico de enfermagem era a gente, curativos, pressão, vacinas, tudo era com a gente. (M2ACS09)

Com essa lei né, nós podemos ter mais segurança, assim na parte daquilo que a gente deve fazer como ACS, porque a gente fazia o que não era nossa função e hoje a gente tem essa lei para nos amparar, mais muita coisa precisa mudar

ainda, porque nós sabemos o que é para fazer, mais cadê os nossos direitos?
(M2ACS07)

Assim, a normatização do trabalho dos ACSs modificou o projeto inicial de criação do programa que visava reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna que, em um primeiro momento, justificou o reconhecimento e a regulamentação dessa profissão. Os ACSs passaram a realizar um trabalho educativo em saúde com a população e focando em alcance de metas e preenchimentos de papeis, tornando o trabalho mais burocrático.

3.1.3 Desvalorização

Os ACS relatam em suas falas abaixo a desvalorização profissional quando dizem faltar apoio do poder público e da gestão local, não ter o reconhecimento por parte da população acerca de suas ações, os baixos salários e também a sobrecarga de trabalho em seu cotidiano, isso tem reflexo direto no seu trabalho e vida pessoal. Ter seu trabalho reconhecido pela população e pelos gestores acende satisfação para o ACS que tem seu trabalho voltado para ajudar às famílias que demandam cuidados em saúde.

Confirmado com a fala de Seemann e Garcez (2012), ao dizer que quando os profissionais se sentem cansados e desencantados com a profissão, ocorre o favorecimento dos índices elevados de afastamento do serviço, assim como a redução da expectativa em relação ao trabalho e dificuldades para enfrentar as situações cotidianas envolvendo os pacientes, com os quais, muitas vezes criam vínculos de afeto e responsabilidade. O que é exemplificado abaixo:

E nós não temos insalubridade, não temos um local que nos dê apoio, por isso que eu digo que muita coisa precisa ser mudada ainda, precisa ser melhorada. (M2ACS10)

E a desmotivação eu considero uma das maiores, porque o nosso trabalho não é valorizado, tanto pela gestão como pelas famílias. (M2ACS12)

Alguns passaram do período de se aposentar e tão esperando que o salario aumente um pouquinho pra se aposentarem e vai fazer é isso porque não vai ter essas melhora. E eu digo é isso porque eu estou acompanhando essa historia de muitos anos. Anos e mais anos e eu não vejo a coisa acontecer. (M6ACS03)

Os ACSs também relatam o descaso com a saúde do profissional pela gestão. Ter boas condições de saúde afeta diretamente o trabalho do profissional, trazendo resultados satisfatórios para a gestão e principalmente para a população assistida.

[...] Ele num tem nada. Atendimento médico? Ele não tem acompanhamento médico. Ele não tem acompanhamento nenhum, em nenhum sentido. (M6ACS03)

Pergunta se tem um dia de acompanhamento *pro* agente de saúde? Pergunta se o agente de saúde tem um plano? Pergunta se ele tem o dia dele do dentista, se ele quiser é no horário depois de 6h nem isso tem. Pergunta se ele tem um acompanhamento psicológico ele não tem nada disso então um programa desse pra mim hoje é ele tá sendo uma farsa. (M6ACS02)

[...] eu esperei dois anos por uma consulta pra uma tireoide. É certo um negocio desse? E eu sou agente de saúde, tô fazendo saúde, mas cadê a minha saúde? (M6ACS06)

O reconhecimento do trabalho pode trazer inúmeros benefícios para o profissional, à população e os gestores, pois quando no cotidiano de trabalho existe reconhecimento, estímulos e motivações, os resultados esperados podem superar as expectativas; caso contrário, os objetivos do trabalho podem não ser alcançados, como também pode influenciar de forma negativa na saúde do trabalhador, refletindo, sobretudo, na saúde da comunidade.

Estudo realizado por Nascimento et al (2017) demonstrou que alguns fatores para desmotivação do trabalho, como, a falta do reconhecimento pelo poder público, desvalorização financeira e ausência de progressão na carreira. Muitos não possuem vínculo institucional efetivo, produzindo limitações no trabalho com a comunidade e ESF, podendo ainda, gerar insegurança profissional e fragilidade para a concretização dos princípios da APS. Dessa forma, torna-se fundamental revelar as problemáticas que prejudicam o pleno desempenho das atividades diárias desse profissional, para intervir de forma efetiva nos cenários assistenciais. Que confirma os achados da pesquisa.

3.1.4 Formação continuada

Segundo o Guia Prático do PSF (2001) o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Após sua aprovação, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro/supervisor. Assim, a educação continuada desses profissionais permitiria aos

mesmos lidarem com as diversas situações existentes em seu cotidiano de trabalho, uma vez que os mesmos estão responsáveis pelas informações e orientações propagadas na comunidade em que são inseridos, produzindo transformações.

A subcategoria direcionada a formação continuada surgiu nas rodas de conversa motivada pelos anseios dos profissionais por capacitação. Os ACS relataram sentir a necessidade de uma formação continuada. Pois segundo eles, tais ações podem implicar diretamente na melhoria dos serviços prestados, conforme se pode observar nos relatos abaixo:

Essa capacitação foi muito bom, gostei da organização porque vocês são alunas ainda e já se preocupam assim com essa profissão em trazer tudo isso pra gente foi muito rico. (M4 ACS 01)

[...] nós somos ACS mais eu sinto falta de um pouco de conhecimento, de estudo, porque a gente não estuda as nossas diretrizes, a gente não sabe dos nossos direitos, devido essa nova visão. (M2ACS16)

[...] foi excelente viu? Foi muito importante porque é sobre a nossa profissão, como a gente se proteger, e coisas que nós não sabia. (M3ACS 02)

Santos et al (2015) confirma em seu relato a necessidade da formação continuada quando diz que o trabalho dos ACS dentro de uma ESF implica em um constante aperfeiçoamento pedagógico diante de educação permanente em saúde. Sendo o profissional um verdadeiro elo entre a comunidade e a ESF levando informações diversificada e a população tem no Agente de Saúde uma fonte confiável de saber.

Que bom que essa capacitação nos alertou, nos trouxe esse conhecimento e isso foi muito importante porque teve muitas coisas ai que vocês falaram que eu não sabia e não sabia que era meu direito. (M2 ACS 01)

Que bom que vocês vieram com esse projeto porque eu sabia sobre esses risco ai porque a gente sabe que a gente corre sempre esses riscos, mais não que alguém tenha dito pra mim, eu que pesquisei, mais capacitação assim nunca fizeram não, e tem muita coisa que vocês falaram que a gente não sabia. (M2ACS 02)

[...] gostaria de pedir pra vocês voltarem novamente, porque a gente precisa saber desses riscos, dessas doenças. (M2ACS17)

[...] que bom que a gente sempre tivesse essas capacitação. (M8ACS12)

O que eles deveriam era qualificar o agente de saúde que já estão aí e conhecem a área. (M6ACS0)

Acredita-se, portanto, que para preservar a saúde, é necessário que o funcionário esteja inserido, não só no seu universo de trabalho, mas também no mundo exterior que o beneficia interiormente, com atividades que gerem prazer e satisfação, visto que este conjunto se complementa para que ele permaneça em equilíbrio em saúde no seu cotidiano. (SEEMANN; GARCEZ, 2012).

Segundo BRAGA *et al.* (2016), o ACS deve ter entre as suas habilidades, saber exercer múltiplos papéis como o de educador, ouvinte, conselheiro e monitor para que se consiga atender a particularidade do indivíduo, da família ou da comunidade. No entanto, as dimensões do cuidado exigem também, experiência e feeling, o que solicita do profissional habilidades específicas, porém nem sempre encontradas.

Assim, a educação continuada desses profissionais colaboraria para lidarem com as diversas situações existentes em seu cotidiano de trabalho, uma vez que parte dos ACS's a reflexão sobre o contexto no qual estão inseridos, e são eles os agentes transformadores.

3.2 Adesão às medidas de biossegurança

A norma regulamentadora NR 32 estabelece requisitos mínimos e os critérios básicos para a adoção de medidas de proteção aos funcionários dos serviços de saúde em seu ambiente profissional. Esta norma engloba trabalhadores de todos os tipos de instituição de saúde. Além disso, ela também se dirige a profissionais que atuam nas atividades de promoção e recuperação de saúde, ensino e pesquisa em saúde em qualquer nível da área.

Para Machado (2015), sabe-se que, os procedimentos relacionados à atividade profissional em saúde, requerem contato maior ou menor com materiais perfurocortantes, fluídos e secreções orgânicas, envolvendo o risco biológico, sendo este o mais preocupante dentre os riscos existentes e, esses profissionais ao se exporem, podem acarretar consequências para a sua saúde em vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social, por exemplo.

O ACS como todo profissional da saúde, atua em contato direto com a saúde dos indivíduos, indo a locais insalubres e perigosos tão constantemente, que faz com que o profissional se habitue à situação, e não percebam a alta periculosidade nesses atendimentos, que, na maioria das vezes, passa despercebido durante a rotina de trabalho, consequentemente aumentando o risco a sua saúde.

Dentro da categoria que se refere à biossegurança e as normas regulamentadoras sugeriram duas subcategorias: Resíduos sólidos e Desinformação que serão detalhadas a seguir.

3.2.1. Resíduo sólido

Para o ACS como orientador de uma determinada população é de fundamental importância o conhecimento a cerca do destino dos resíduos sólidos de seu município, visto que a partir desses resíduos pode ocorrer o surgimento de vetores de algumas patologias pondo em risco o bem-estar da comunidade e do próprio profissional de saúde. No entanto fica claro no relato desses profissionais o desconhecimento a cerca da forma como é coletado e do descarte correto desses materiais.

Quando se fala em resíduo sólido se faz necessário citar a Lei Federal Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), em seu artigo terceiro define resíduos sólidos como material, substância, objeto ou bem descartado resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação final se procede, se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível (BRASIL, 2010).

[...] isso ai num tem aqui não, em Capistrano. Esses sacos. (M3ACS 05)

Isso ai é o que deveria ser mais num é assim. É que nem nós pobres, sabemos da lei, mais num vamos atrás. (M3ACS 02)

Aqui eles são descartados no lixão, tem um lixão e passa o carro do lixo que pega tudo e leva pra esse lixão. (M2CS05)

Aqui eles são descartados no lixão, tem um lixão e passa o carro do lixo que pega tudo e leva pra esse lixão. O do hospital não sei se eles processam primeiro antes de descartar, mais a realidade do lixo da cidade toda, é no lixão. Eles fizeram um projeto um tempo ai, para fazer um local adequado né, mais num foi pra frente não. (M2ACS05)

A coleta de resíduos sólidos também está descrita na PNRS que a define a coleta do lixo como uma das atividades integrantes do gerenciamento de resíduos sólidos. A mesma lei citada afirma que o gerenciamento de resíduos sólidos diz respeito ao conjunto de ações exercidas, direta ou indiretamente, nas etapas de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, de acordo com plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos

ou com plano de gerenciamento de resíduos sólidos, exigidos na forma desta Lei (BRASIL, 2010).

Aqui o que a gente mais vê é saco preto. Em todo local, até no hospital. (M3ACS 03)

Aqui é um problema, acredito que é em todo maciço, porque num tem aterro. Na comunidade o lixo é coletado em dias alternados e eles levam pra um lixão. (M3ACS 02)

O lixo daqui que é colocado no lixão é queimado e aquela fumaça, e as pessoas que trabalham perto? Isso traz um risco que a gente nem imagina. E ninguém nunca fez nada, é sempre a mesma coisa. (M2 ACS 16)

Antigamente no posto daqui de trás tinha um incinerador, bicho feito de cimento mesmo ai botavam lá pra queimar. (M7ACS 06)

3.2.2 Desinformação sobre o auto-cuidado

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Para que o profissional de saúde esteja preparado para cuidar de inúmeras famílias ele deverá estar apto a cuidar de si mesmo e para tanto ele necessita estar informado sobre os riscos ao qual está exposto diariamente em sua área de trabalho e como lidar com a situação. O conhecimento promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo de assistência na atuação do profissional.

Os profissionais deixam claro em suas falas não fazer uso dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's), por diversos fatores desde o não conhecimento ao não fornecimento por parte da gestão.

Esses EPIs ai que vocês falaram eu nunca usei não, nunca me deram nem uma luva, nunca nem ensinaram como lavar uma mão, tô sabendo agora porque vocês ensinaram. (M4ACS 05)

Desses ai que vocês trouxeram, eu não vou mentir, nós não usamos nenhum. A mim nunca me deram. (M2ACS 08)

[...] aqui tem mutirão, e a gente vai pra dentro dos lixos das casa apanhar lixo com as mãos sem luva viu?! Agora por causa dessas dengue por ai, ai a gente tem que ir, porque a gente precisa né? (M3ACS 07)

[...] é equipamentos que são usados na profissão da gente né? Como na área da enfermagem, a luva, o gorro, a máscara, jaleco. Na nossa área mesmo, é o chapéu, o protetor, o guarda chuva, tênis. (M3ACS 05)

O não uso do EPI está ligado não só a falta de informação, mas ao não fornecimento por parte da gestão. Devido à escassez de material fica indisponível ao profissional ACS, dando prioridade apenas a serviços “essenciais” (odontológico, médico e equipe de enfermagem) do nível superior e deixando os ACS fora da categoria dos profissionais que necessitam do uso de EPIs, já que esses profissionais estão diretamente envolvidos com a população, estão em contato direto.

Aqui é complicado porque não tem mesmo, tem que racionar os recursos e se não tem pros enfermeiros e pros médicos, aí que não tem pra gente. E nos casos de TB, só dão se for assim um caso extremo mesmo e depois de diagnosticado e se ele estiver fazendo o tratamento, a gente não usa mais, mais eu acho que é um risco mesmo assim. (M2ACS 02)

[...] da onde? Só se a gente comprar igual às fardas. (M8ACS09)

Eu sei que temos que usar máscaras, luvas se possível, mas aqui num tem nem pros médicos, porque se você vê no posto, quantas vezes os dentistas vão e não tem luvas e o povo volta pra casa sem atendimento por isso. (M1ACS 04)

Não usamos EPIs, assim, máscaras e luvas. (M4 ACS 01)

Meu EPI é meu guarda chuva, meu protetor e meu tênis minha filha, o que eu posso fazer eu faço porque se for esperar mesmo, a gente morre a míngua. (M2ACS09)

Deveria ser fornecido né? Máscaras para a gente entrar na casa das pessoas com TB, mais eles só dão depois que a gente sabe que a pessoa tem, até porque é a gente quem chega com a notícia das pessoas que estão assim com essas doenças mais graves. (M2ACS04)

A importância do uso de EPI's se dá ao fato de que na área de trabalho dos ACS's, os mesmos estão frequentemente expostos a agentes patogênicos, além de riscos físicos. Apesar disso, ainda existem muitos profissionais que consideram as normas de biossegurança fatores que dificultam a execução de seu trabalho. Porém, são estes princípios que irão garantir a saúde e bem-estar do profissional, e automaticamente, do restante da população.

Quanto ao uso dos equipamentos de proteção individuais pelos profissionais, fica evidente que partes dos ACS compreendem haver necessidade quanto às orientações e informações e mencionam a importância do uso.

Como dito por Moura et al (2015), percebe-se a baixa adesão às normas de biossegurança, nas categorias profissionais como um todo, de forma que o profissional utiliza medidas de precaução padrão somente nas situações em que o diagnóstico conhecido carrega riscos a sua saúde, ficando desprotegido nas demais situações.

3.2.3 Risco no trabalho do ACS

Todos os trabalhadores estão potencialmente sujeitos a riscos, mas quando se fala de profissionais de saúde, sabem-se que os riscos são ainda maiores, pois esses trabalhadores estão diariamente expostos aos mais diferentes riscos no decorrer das atividades realizadas.

Neste panorama, é instituída a Norma Regulamentadora número 32 (NR 32), do Ministério do Trabalho e Emprego (BR) que trata da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, com o objetivo de agrupar o que já existe no país em termos de legislação e favorecer os trabalhadores da saúde em geral, estabelecendo diretrizes para implementação de medidas de proteção à saúde e segurança dos mesmos (BRASIL, 2011).

Esta norma classifica os riscos ocupacionais de acordo com sua natureza: física, química, biológica, ergonômica ou acidental. Assim, eles podem ser operacionais (riscos para acidente), comportamentais ou ambientais (físicos, químicos ou biológicos, ergonômicos) biológicos; dos riscos químicos; das radiações ionizantes; dos resíduos; das condições de conforto por ocasião das refeições; das lavanderias; da limpeza e conservação; e da manutenção de máquinas e equipamentos em serviços que prestam assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Para confirmar o estudo Moura et al (2015) diz em sua pesquisa que o trabalho em saúde quase sempre envolve riscos aos profissionais responsáveis pela assistência, sendo o risco de acidentes, inerentes a determinadas atividades humanas. Neste sentido, quando se trata dos profissionais de saúde, estudos atribuem diversos riscos de acidentes ocupacionais. Diante disso emergiram três subcategorias que serão descritas a seguir. São elas Acidentes, Não assistência e Sobrecarga de trabalho.

3.2.4 Acidentes

Os acidentes de trabalho podem acarretar consequências para a vida do profissional, seus familiares, chefes e pessoas que estão no seu convívio social, comprometendo a qualidade de vida do trabalhador e a sua individualidade diante dos seus planos e expectativas. No que

diz respeito ao ACS isso vai além, pois interfere diretamente nas pessoas que estão sob os cuidados desse profissional prejudicando a assistência prestado à população.

O Acidente de Trabalho (AT) de acordo com a Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991, é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, ou ainda pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte ou redução da capacidade do trabalho, permanente ou temporária. São considerados também como acidentes de trabalho os acidentes de trajeto, as doenças profissionais e as doenças do trabalho (BRASIL, 1991). Os ACS relatam já terem sofrido esse tipo de acidente, de acordo com as falas abaixo:

Tem que dizer? Uma vez eu tava no posto e peguei uma carona e cai de cima do carro e ai fiquei com uma pequena deficiência no braço, quebrei umas costelas. Aí vim pro hospital daqui e daqui pro IJF ai fiquei internada, depois fui liberada e fiquei na fisioterapia. (M8ACS10)

Ela passou 5anos sem trabalha. (M8ACS01)

Já sofremos acidentes diversos, quedas, já peguei viroses e resfriados e tudo isso vai acabando com a gente, só que eu não posso fazer nada, porque eu preciso entende? (M2ACS04)

M4ACS 08: Eu cai uma vez e eu estava grávida e perdi porque o médico falou que deslocou a placenta porque tinha muitos buracos e a moto pulava muito eu não sabia o que fazer porque faltava conhecimento mesmo né?!

M8ACS12 já sofri queda de moto, minha área tem casa muito distante que eu acabo indo de moto ai a moto escorregou e eu cai, mas não cheguei a quebrar nada graças a deus foi só arranhão. O medico me deu três dias de atestado e depois voltei a trabalhar.

M1ACS 08: já cai, e não recebi nenhum tratamento especial não. Essa é a nossa verdade, essa é a nossa profissão.

Como referido nas falas acima pelos profissionais, as quedas são frequentes durante seu horário laboral, entretanto outros acidentes podem ser constatados nos relatos dos ACS desde ataque de animais até agressão física por pessoas que deveriam agradecer os cuidados e desempenho desses profissionais que estão dispostos a cuidar dessas famílias.

Mordida de cães e gatos eu já levei mordida de gato. M2ACS11:
[...] os cachorros tudo mordendo nós. M5ACS02-

Segundo Silva, Ximenes e Teófilo (2015) a população que deveria ser agentes de seu próprio bem-estar são as próprias responsáveis pela não colaboração nas atividades que estes

profissionais desenvolvem para promover qualidade de vida. A população também põe em risco o bem-estar físico e psíquico dos ACSs ao não colaborarem com os profissionais no desenvolvimento do seu trabalho, como consta nos relatos dos profissionais:

[...]vai fazer visita e encontra a dona da casa daquele jeito te dá logo um safanão ou te bota para correr da casa você sai arrasada. (M6ACS03)

Chega na outra casa a mãe agride o filho na tua frente e então tudo isso pra

[...] nós... eu posso dizer eu mesmo já sai corrida de foice, de faca. (M6ACS03)

Você fica exposta a tantas situações e tem agente de saúde que desistiu de ser ACS, que já pediu a aposentadoria sem ser no tempo de serviço já tem outros também querendo fazer isso. (M6ACS03)

Tem três testemunha aqui devido de apenas uma denuncia que a senhora tava aguardando o agente de saúde com um pedaço de madeira dessa grossura na linguagem popular pra lascar o agente de saúde outro lá num sei onde também tava com uma faca te esperando (M6ACS03)

Os trabalhadores devem reconhecer a importância da segurança no trabalho, bem como a sua própria segurança, sendo assim estratégias de prevenção eficazes, como ações educativas, orientações e treinamento, devem ser exploradas junto aos servidores, enfatizando os riscos da exposição a material biológico, o uso de equipamentos de proteção individual e o ambiente de trabalho seguro, visando ao reconhecimento dos riscos que estão expostos e a importância da prevenção de acidentes.

3.2.5. Não assistência

Independente da importância ou grau do problema, segundo relatos dos ACS pouca atenção tem sido dada aos acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais envolvendo os agentes comunitários de saúde, seja pela gestão que não notifica ou do profissional que não busca seus direitos, como relatado por eles mesmos nas falas abaixo:

[...] agora mesmo eu doente to pesando porque fui no hospital e não consegui atestado. Fui na secretaria e ninguém fez nada. To com um laudo dizendo que to incapacitado pro trabalho, mas ninguém faz nada tenho hérnia de disco, mas continuo a trabalhar. (M5ACS08)

[...] servidora há tantos anos, levando sol e chuva todo dia, orientando a população, eu não posso ser atendida no meu município. Eu acho um descaso

e riscos, a gente passa e sofre acidentes todo dia, só que não tem o que fazer, é vida que segue. (M2ACS13)

Mesmo sendo obrigatória a emissão da comunicação do acidente de trabalho e a notificação por parte dos órgãos competentes, observa-se na prática a subnotificação dos acidentes de trabalho, por parte dos funcionários acometidos pelos acidentes que às vezes ignoram as pequenas lesões por desconhecimento da importância da emissão deste documento e também do órgão empregador.

Bezerra (2015), em seu estudo comprova a prática de subnotificação dos acidentes quando diz que no Brasil, é evidente a subnotificação acidentária e assim é real a dificuldade de traçar um diagnóstico fiel da situação de ocorrência de Acidente de Trabalho (AT). O país não conta com um sistema único que centralize as informações sobre AT; o banco de dados mais abrangente, sob a responsabilidade do Ministério de Previdência e Assistência Social, subnotifica em cerca de 80% os acidentes ocupacionais entre trabalhadores assistidos pela legislação trabalhista.

Ainda de acordo o autor acima há uma multiplicidade de fatores que podem colaborar para que ocorra esta subnotificação, destacando-se entre os motivos dos trabalhadores não notificarem acidentes: falta de conhecimento sobre os procedimentos administrativos; complexidade do fluxograma da notificação; medo dos resultados das sorologias para HIV, HBV e HBC; indevida importância ao fato, entre outros. O que pode ser confirmado nas falas dos profissionais:

[...] na verdade não existe um trabalho pra isso no nosso município. O agente de saúde é só pra trabalhar. (M5ACS01)

[...] gente o município não faz, mas tem uma ficha do SINAM. Essa ficha é só baixar em PDF o que acontece é que não só em itapiúna, mas em todos os municípios em geral não costumam usar essa ficha. Mas tem pra acidente de trabalho bem especificada o que acontece é que não é utilizado de forma adequado. (M5ACS02)

Todo mundo sabe que quem sofrer um acidente tem que ir pro posto mas não sabia que tinha essa ficha. (M5ACS06)

Proporcionar um ambiente de trabalho saudável a estes profissionais trará, certamente, um impacto positivo no desenvolvimento de seu trabalho, o qual se mostra de extrema importância para uma boa resposta aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à comunidade. Portanto, promover práticas que visem o bem-estar físico e psíquico dos ACS trará resultados

benéficos para todos que compõem a unidade de saúde e para os serviços prestados a comunidade, bem como uma melhor qualidade de vida. (MEDEIROS *et al.*, 2015).

3.2.5 Sobrecarga de trabalho

É sabido que o trabalho como Agente Comunitário de Saúde, cria uma carga excessiva emocional. É um trabalho que ocasiona desgaste físico e mental pois muitas cobranças são impostas a esses profissionais. A sobrecarga de trabalho destinada ao ACS foi mencionada como fator que dificulta executarem a seu trabalho em sua totalidade. A cada dia eles têm assumido diferentes atividades na produção de atos em saúde o que acarreta consequências a sua saúde. Essa subcategoria vem a complementar e validar a subcategoria multifunção.

Em estudo realizado por Almeida, Baptista e Silva (2016) ficou evidente que o processo de trabalho dos ACS tem causado consequências a sua saúde. Todas as cargas de trabalho estão envolvidas nos processos de desgaste, destacando-se as cargas mecânica, biológica, fisiológica e psíquica. Os processos de desgaste mais presentes foram a causas externas de morbidade e mortalidade e a doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo, decorrentes de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. A sobrecarga de trabalho a qual o ACS está submetido ficou expresso nas falas abaixo:

[...] botam que a gente trabalha 40 horas semanais, mas a gente trabalha muito mais. Até a noite procuram a gente e não botam mais de 40h semanais porque tinha que comprovar as extras e nós não tem. (M5ACS04)

Olha é peso do bolsa família é o acs, é reunião da EMATECE pros trabalhadores é o acs, reunião do seguro safra é o acs, reunião do comitê das águas é o acs é tudo isso. Por isso gente é o que a moça falou. Ai chega o rapaz e diz: você avisou da minha reunião que é pra ser dia 18 que é pra ser da EMATECE? Ai você diz não você não avisou. Mas era pra ter avisado. Ai eu disse olha é seguinte, pois saia avisando. Porque tem um momento que você também cansa. (M6ACS02).

Consequentemente essa sobrecarga afeta outras áreas da vida do profissional como acrescentam Menegussi, Ogata e Rosalini (2014) ao dizer em seus estudos que a sobrecarga assumida pelo ACS interfere em sua vida pessoal, o que o faz ser representado como uma figura de referência para a comunidade. Essa representação faz com que a cobrança desse e para esse ator se torne ainda maior, principalmente no que tange atender às necessidades de saúde da população e cumprir com todas as exigências da função.

É indiscutível que a questão das muitas atribuições com as quais o ACS se depara ao desenvolver suas funções, mereça reconhecimento e consideração. Essa sobrecarga interfere diretamente na sua vida pessoal e em seu desempenho profissional o que acarreta no desgaste físico e emocional, sendo refletida no serviço prestado a população.

De acordo com Justo, Gomes e Silveira (2015) o registro das ações atribuídas aos agentes comunitários ajuda a compor o panorama de tensão e sobrecarga desta interface de mediação. De um lado, agem como anteparo às cobranças da população e, de outro, precisam responder às demandas da equipe para resolver os problemas relativos ao público assistido.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento e o reconhecimento pelo ACS da Norma Regulamentadora NR 32 que constitui conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e vegetal e o ambiente é de total importância para o bem-estar desse profissional. Pode ser observado nesse estudo que os mesmos têm consciência dos riscos aos quais estão expostos em decorrência de suas atividades, porém não reconhece a importância da biossegurança no seu trabalho e não faz uso de uso de EPIs, sejam por desconhecimento da sua utilidade ou, como relatados pela maioria dos profissionais, pelo não fornecimento por parte dos gestores municipais.

Ressalta-se que a maioria dos ACSs desconhece a necessidade de notificação do acidente de trabalho, ocorrendo uma subnotificação dos agravos que acontecem comumente no seu trabalho. Quanto aos resíduos sólidos essa problemática deve ser abordada dentro do processo de formação continuada do ACS, onde temas relativos à educação ambiental devem ser inseridos. Este conhecimento deve proporcionar uma reflexão crítica, para preparar o profissional dentro de uma visão mais ampla sobre o problema, visto que o mesmo é responsável por propagar a informação para a comunidade sob sua responsabilidade, gerando uma população com posturas mais éticas, com consciência cidadã e compromisso social.

Evidencia-se, portanto a necessidade de criação de estratégias direcionadas a estes profissionais, visando à prevenção de acidentes durante as atividades laborais, estabelecendo uma política permanente de educação e capacitação desses profissionais, visto que o ACS tem papel importante de representatividade junto à comunidade. Assim é possível propor estratégias de intervenção que gerem reflexos sobre a problemática da biossegurança junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

Espera-se, portanto, que os resultados desta pesquisa venham certificar que a biossegurança deve ser objeto de políticas governamentais mais intensas, que os mesmos possam estabelecer medidas de prevenção para acidentes ocupacionais em conformidade com a legislação vigente, num trabalho conjunto entre os Agentes Comunitários de Saúde e os gestores. Ademais, educação permanente focada em fatores causadores é essencial para a segurança dos profissionais. Por fim, faz-se necessária e recomenda-se a realização de novos estudos que investiguem fatores motivacionais para o não uso de EPI, no contexto estudado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.dos S; BAPTISTA, P.C.P; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde Rev Esc Enferm USP · 2016;50(1):95-103

ARAÚJO M, A. N de, Oliveira S. L. M de, Godoi SDC et al. Síndrome de burnout e a relação com o estresse laboral em agentes comunitários de saúde DOI: 10.5205/reuol.6235-53495-1-RV.0904supl201515. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10564> acessado em 12 de fevereiro de 2017.

BARDIN, L. (2006) Análise de Conteúdo. (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.) Lisboa: edição 70, (Obra original 1977).

BEZERRA, A. M. F., et al. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar REBES - ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v. 5, n. 2, p. 01-07, abr.-jun., 2015

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999

BRAGA G. M. A. M, MAFRA S.C.T, SILVA E. P, GOMES A. P, MELO M. S. S. Percepção do trabalho do agente comunitário de saúde pelos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Viçosa, MG: tarefas realizadas e normas prescritas. Oikos: Rev bras econ dom. 2016; 27(1):79-95.

BRASIL, Lei Nº 12.305, de 02 de agosto de 2010 (2010). Dispõe sobre a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Diário Oficial da União, DF: Presidência da República.

BRASIL, Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e de outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 25 jul 1991: Seção 1: 1.

BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 NR - 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 489 p. (Manuais de legislação, 16).

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil (BR). Norma Regulamentadora nº. 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL, Ministério da saúde, Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>>. Acesso em: 19 maio 2017.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações, Gerais, Rev. Interinst. Psicol. vol. 6 no.2 Belo Horizonte jul. 2013

IMENTO V. F. do, et al., Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho Saúde (Santa Maria), Vol. 43, n. 1, p. 60-69, Jan./abr, 2017.

Programa Nacional de Atenção Básica, PNAB, 2012

JUSTO C. M. P, GOMES M. H. de A, SILVEIRA, C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.594-606, 2015.

MACHADO, E. C. de M, Risco biológico ao qual trabalhadores e usuários estão vulneráveis nas unidades de estratégia de saúde da família num município localizado no vale do rio pardo/RS. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 7 (4), 2015.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NASCIMENTO V. F. do, TERÇAS, A. C. P., HATTORI, T. Y., et al Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde Rev Esc Enferm USP · 2016;50(1):95-103

RIBEIRO, C. M., CARDOSO, T. A. de O. Biossegurança: abordagem cognitiva essencial para o biólogo. RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde. 2015 abr.-jun.; 9(2) [[www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278

SANTOS, M. G. dos, CERETTA, L. B, SCHWALM, M. T, DAGOSTIM, V. S, SORATTO, M. T. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família Revista Inova Saúde, Criciúma, vol. 4, n. 1, jul. 2015 ISSN:2317-2460 – doi: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v4i1.1765>

SEEMANN S.; GARCEZ, E. M. S. O adoecimento psíquico em profissionais da enfermagem Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 46-71, maio/ago. 2012.

SILVA, A. O. R, XIMENES F. R. G. N, TEOFILO T. J. S., Visita ao lar na estratégia saúde da Família por agentes comunitários de Saúde Essentia, Sobral, v. 16, n. esp., p. 140-155, 2015.

SILVA, F. H. A. L. Biossegurança, barreiras de contenção: EPI e EPC. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em<[http://www.cpqrr.fiocruz.br/posgraduacao/cienciasdasaude/apoio/Biosseguranca/44-](http://www.cpqrr.fiocruz.br/posgraduacao/cienciasdasaude/apoio/Biosseguranca/44-Biosseguranca%20-%20Riscos%20e%20contencao.pdf)

[Biosseguranca%20-%20Riscos%20e%20contencao.pdf](http://www.cpqrr.fiocruz.br/posgraduacao/cienciasdasaude/apoio/Biosseguranca/44-Biosseguranca%20-%20Riscos%20e%20contencao.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SOUZA, L. J. R. de; FREITAS, M. do C. S de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, n. 1, v. 35, p. 96-109, 2011.