

Organizadora
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Trabalhador de saúde

UMA PROPOSTA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL



Trabalhador de saúde

UMA PROPOSTA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Organizadora

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro



Reitor

Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora

Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Obra aprovada pelo

CONSELHO EDITORIAL DA UFMS

RESOLUÇÃO Nº 25-COED/AGECOM/UFMS,

DE 20 DE ABRIL DE 2021.

Conselho Editorial

Rose Mara Pinheiro (Presidente)

Além-Mar Bernardes Gonçalves

Alessandra Regina Borgo

Ana Rita Coimbra Motta de Castro

Antonio Conceição Paranhos Filho

Antonio Hilário Aguilera Urquiza

Cristiano Costa Argemon Vieira

Delasnieve Miranda Daspert de Souza

Elisângela de Souza Loureiro

Elizabeth Aparecida Marques

Geraldo Alves Damasceno Junior

Marcelo Fernandes Pereira

Maria Ligia Rodrigues Macedo

Rosana Cristina Zanelatto Santos

Vladimir Oliveira da Silveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Diretoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

Trabalhador de saúde [recurso eletrônico] : uma proposta de cuidado em saúde mental/ organizadora Sandra Fogaça Rosa Ribeiro -- Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2021.

Dados de acesso: <https://repositorio.ufms.br>

Inclui bibliografias.

ISBN 978-65-86943-45-0

1. Pessoal da área médica – Saúde mental. 2. Pessoal da área médica – Aspectos psicológicos. I. Ribeiro, Sandra Fogaça Rosa.

CDD (23) 616.89

Bibliotecária responsável: Wanderlice da Silva Assis – CRB 1/1279

Organizadora
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Trabalhador de saúde

*UMA PROPOSTA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL*

Campo Grande - MS
2021



© dos autores:

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro
Ékeli Cris Pires Sales Pina
Jaqueline Batista de Oliveira Costa
Jéssica Aparecida Candêa
Paula Ohana Nepomuceno Fantinato
Rosana Leal do Prado
Sandy Vanz
Sonia Tsai Huang

1ª edição: 2021

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica
TIS Publicidade e Propaganda

Revisão

A revisão linguística e ortográfica
é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos
para esta edição



Secretaria da Editora UFMS – SEDIT/AGECOM/UFMS
Av. Costa e Silva, s/nº - Bairro Universitário, Campo Grande - MS, 79070-900
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Fone: (67) 3345-7203
e-mail: sedit.agecom@ufms.br

Editora associada à



ISBN 978-65-86943-45-0
Versão digital: abril de 2021

*Dedicado ao Jamil Thiago Rosa Ribeiro
e a Sarah Kalley Ribeiro
da linha de frente em saúde na
pandemia Covid-19 em 2020.*

ANGÚSTIAS DOS HERÓIS

Sylvianara Escobar
Supervisora hospitalar multiprofissional
em plena pandemia!
Campo Grande/MS, 2020

Eles dizem eu não vou,
Eu digo, você vai conseguir
Eles dizem eu tenho medo,
Eu digo, vamos com medo mesmo
Eles dizem como fazer?
Eu digo, vamos construir juntos
Eles dizem estamos cansados
Eu digo, eu também
Eles dizem não vamos aguentar mais
Eu digo vai ficar tudo bem
Eles dizem até quando?
Eu digo vai dar tudo certo no final
Eles dizem quando será o final?
Eu digo eu não sei, não sabemos ainda,
Apenas sei que juntos somos melhores, pensamos
melhor, construímos melhor, fazemos melhor...
Sendo assim, não sei quando tudo isso vai passar
e se a sociedade irá mudar, só sei que quando passar,
nós seremos melhores e tudo vai ter finalmente valido a pena.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
---------------------------	----

PREFÁCIO	14
-----------------------	----

CAPÍTULO 1

A SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro	16
----------------------------------	----

CAPÍTULO 2

AS POLÍTICAS DE AUSTERIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rosana Leal do Prado	23
----------------------------	----

INTRODUÇÃO	23
-------------------------	----

O FINANCIAMENTO DO SUS	24
-------------------------------------	----

A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	26
---	----

PROGRAMA MAIS MÉDICOS	27
------------------------------------	----

PREVINE BRASIL - O NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA ..	30
---	----

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	30
--	----

A PANDEMIA	32
-------------------------	----

CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
-----------------------------------	----

REFERÊNCIAS	34
--------------------------	----

CAPÍTULO 3

ABORDAGENS TEÓRICAS: POR UMA COMPREENSÃO DA RELAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E PROCESSO E TRABALHO EM SAÚDE PÚBLICA

Ékelis Cris Pires Sales Pina, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro..... 38

INTRODUÇÃO	38
CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E SUBJETIVIDADE.....	44
O MUNDO DO TRABALHO	49
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	53
PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	58
PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA.....	61
ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	72

CAPÍTULO 4

REVISÃO DE LITERATURA: SOFRIMENTO PSÍQUICO E O TRABALHADOR DE SAÚDE

Ékelis Cris Pires Sales Pina, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro..... 76

INTRODUÇÃO	76
MÉTODO	81
FASES DA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	82

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA.....	83
LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS PELOS DESCRITORES	83
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	83
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
FATORES DE SOFRIMENTO	87
SAÍDAS PARA O SOFRIMENTO	101
FATORES DE PRAZER.....	105
CONTRIBUIÇÕES DE CADA AUTOR DE COMO LIDAR COM O PROBLEMA.....	108
LACUNAS.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	123

CAPÍTULO 5

GRUPO DE APOIO: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA O TRABALHADOR DE SAÚDE

Sandy Vanz, Jéssica Aparecida Candêa, Paula Ohana Nepomuceno Fantinato, Sonia Tsai Huang, Jaqueline Batista de Oliveira Costa.....	127
--	-----

INTRODUÇÃO	127
------------------	-----

APROXIMAÇÕES INICIAIS COM A UNIDADE DE SAÚDE.....	131
---	-----

GRUPO DE APOIO.....	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS.....	154
SOBRE AS AUTORAS.....	158

APRESENTAÇÃO

Este é um livro sobre o trabalhador de saúde, reúne experiências na área da Saúde do Trabalhador, desenvolvidas pelo grupo de pesquisa cadastrado no CNPq “Saúde Mental, Trabalho e Gestão”, numa interface entre pesquisadores de Programas de Pós-Graduação de três universidades do país, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Foi fundamentado em pesquisas recentes, desenvolvidas pelas autoras. Trata-se de uma temática especialmente pertinente no contexto atual, diante da pandemia provocada pela Covid-19, que impõe uma nova realidade, requerendo para este momento e para os próximos meses ou anos um cuidado específico com os trabalhadores que vivenciam momentos desgastantes ao presenciarem tantas mortes dos pacientes e dos próprios colegas. Dessa forma, este livro trará experiências desenvolvidas nos últimos anos, em atenção aos trabalhadores de saúde, podendo servir de direcionamento para os cuidados no cenário difícil de superação do desgaste dos trabalhadores.

O objetivo geral é oferecer alguns direcionamentos aos leitores para o desenvolvimento de outras propostas de melhoria da saúde mental dos trabalhadores de saúde, especialmente no período pós pandemia Covid-19.

O Capítulo 1, com o tema “**A Saúde Mental em tempos de pandemia da Covid-19**” apontará os desafios provenientes de uma doença nova que afetou toda a população mundial, a Covid-19 (Corona Vírus Doença), destacando os abalos do contexto econômico, político, social, que provocaram vulnerabilidades de diversas naturezas, incluindo as dificuldades acarretadas aos trabalhadores de saúde no atendimento da nova demanda.

O capítulo 2, com o tema **“As políticas de austeridade no Sistema Único de Saúde”** apresentará o contexto da saúde pública nos últimos anos, as dificuldades vivenciadas, que culminaram numa situação mais difícil com a chegada da pandemia, agravada pelos cortes de recursos para políticas de educação e saúde.

O capítulo 3, intitulado **“Abordagens teóricas: por uma compreensão da relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho em saúde pública”** apontará os pressupostos teóricos utilizados no livro, com o contorno específico da Psicologia Sócio-histórica e da Psicodinâmica do Trabalho.

O capítulo 4, **“Revisão de literatura: Sofrimento psíquico do trabalhador de saúde”** mostrará as publicações dos últimos anos, discutindo-as a luz das teorias apresentadas no capítulo anterior.

O capítulo 5, **“Grupo de apoio: uma proposta de cuidado para o trabalhador de saúde”** elucidará possibilidades de intervenção, frente ao desgaste, proveniente da natureza das atividades desenvolvidas no cotidiano, precarizadas ao longo de vários anos, exacerbadas pela pandemia de Covid-19.

Apesar de cada capítulo estar ligado ao outro, o leitor perceberá que cada texto foi organizado de forma singular, não seguindo uma mesma sistematização, mas mantendo-se no mesmo tema. Serão apresentados numa sequência que facilitará a compreensão do assunto, partindo de uma contextualização histórica, passando por apresentações das lentes teóricas, apontando o “estado da arte” com a discussão de publicações recentes, finalizando com uma proposta de intervenção. Algumas semelhanças no relato dos capítulos foram preservadas, a fim de valorizar a construção teórica e metodológica de cada experiência. O último capítulo, sobre a realização das intervenções, foi o que motivou a escrita deste livro, com o intuito de promover uma reflexão sobre o desgaste dos

trabalhadores de saúde, há décadas, a despeito de terem sido colocados em pauta pela mídia nos últimos meses, devido a Covid-19.

Numa única palavra, as autoras manifestam aos trabalhadores e trabalhadoras de saúde algo essencial: GRATIDÃO!

A organizadora

PREFÁCIO

Em tempos de crise, realidades são trazidas à tona, como que colocadas em lentes de aumento, exacerbando-se suas características. Não que elas não existissem anteriormente. Mas nesses momentos são realçadas e muitos se surpreendem com o que veem.

A crise sanitária mundial trazida pelo vírus Covid-19, impactou enormemente na economia, nas relações sociais e acarretou efeitos psicológicos que atingem, de uma forma ou de outra, quase a totalidade da população mundial.

Nunca os trabalhadores dos chamados setores essenciais tiveram tanta visibilidade. Trabalhadores de limpeza, de transporte, de supermercados e principalmente os da área da saúde ganharam destaque. Especificamente falando dos trabalhadores/ras da área da saúde, a reboque da visibilidade trazida, assistimos também ao escancaramento das inúmeras dificuldades no trabalho desses profissionais. Às adversidades relacionadas às condições de trabalho, como sobrecarga, falta de recursos e equipamentos, falta de leitos, equipes de trabalho reduzidas, acrescenta-se o incremento de outras ligadas à fatores psicológicos, como isolamento social mais rígido, falta de contato com a família, medo de se contaminar e contaminar os mais próximos, insegurança, frustração, impotência ao presenciar mortes de pacientes e mesmo de colegas de profissão, dentre inúmeras outras.

O conteúdo exposto neste livro nos leva à constatação de que essa realidade não é novidade originada pela crise atual. Para os pesquisadores que se interessavam pelo tema e procuravam esmiuçar a realidade dos trabalhadores/ras da saúde, essas condições e vivências eram já conhecidas pois faziam parte do cotidiano de inúmeros trabalhadores/

ras da saúde pública. Apenas foram exacerbadas, trazidas aos holofotes frente às novas demandas desencadeadas pela pandemia do Covid-19.

A leitura desta obra contribui para compreendermos e nos aprofundarmos sobre o tema, nos brindando com uma contextualização histórica, embasamentos teóricos, uma retrospectiva de publicações recentes, trazendo o “estado da arte” e, finalmente, fazendo uma proposta de intervenção, tão necessária como urgente.

Se em tempos ditos “normais”, aos profissionais de saúde já era demandado um trabalho em que deparavam continuamente com a exigências de ações não prescritas, da afetividade no cuidar do outro, da imprevisibilidade, de sentimento de impotência, o que se dirá agora, nesse enfrentamento dessa pandemia?

Urge estudar e desvelar o significado de tais vivências e seus impactos para a saúde física e mental do trabalhador/ra da saúde, dando-lhes voz, para assim podermos delinear formas de organização de trabalho mais saudáveis, para que esses trabalhadores/ras que fazem do cuidado com o outro o seu ofício, possam também serem cuidados e valorizados, com a possibilidade de mais vivências de prazer e menos de sofrimento ao enfrentarem contidamente seu trabalho. E aí vemos a maior contribuição pretendida nessa obra. Boa leitura!

Campo Grande, 20 de junho de 2020

Maria Therezinha Loddi Liboni

CAPÍTULO 1

A SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

O ano de 2020 jamais será esquecido, devido aos desafios provenientes de uma doença nova que afetou toda a população mundial, a Covid-19 (Corona Vírus Doença), de uma família de vírus que causaram infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus foi descoberto em 31/12/2019 após casos registrados na China (BRASIL, 2020). O contexto político, social e econômico foi abalado em todo mundo, provocando vulnerabilidades de diversas naturezas (NOTT, 2020). Eventos foram cancelados, universidades fechadas, algumas continuaram com aulas a distância, outras não. O ramo de entretenimento foi totalmente abatido, com hotéis fechados, restaurantes vazios, entregas domiciliares mantidas, mas com grandes riscos, lazer e viagens turísticas foram canceladas. Harvey (2020, p.20) descreveu o impacto econômico com a frase: “a acumulação do capital está morto”. Diante de tantas perdas, a crise que se instaurou não se limitou a área da saúde, mas a um conjunto de fatores ligados a economia e modos de vida em sociedade na esfera mundial.

Dessa forma, ao lado de tantas outras perdas, a crise circunscrita a área da saúde, impôs uma nova realidade aos trabalhadores de saúde, requerendo para este momento e para os próximos meses ou anos um cuidado específico, em vista do que vivenciam – momentos desgastantes ao presenciarem tantas mortes dos pacientes e dos próprios colegas.

A atenção a saúde do trabalhador de saúde sempre foi uma pre-

ocupação que deu origem a diversas pesquisas, devido a precarização das condições de trabalho, intensificação das demandas, sobreposição de tarefas, sofrimento ou desgaste, falta de insumos e outros (RIBEIRO, 2011). Apesar disso, o trabalhador de saúde não esteve na “agenda de interesse” da maioria das pessoas como está hoje. Indiscutivelmente, as questões e dificuldades foram agravadas nestes dias de pandemia. Para além daquilo que a mídia mostrou com muita ênfase, os hospitais cheios e a falta de leitos de UTI, a Atenção Básica em Saúde também sofreu impactos, pois recebiam na sua rotina de trabalho longitudinal pessoas com Covid-19, adoecidas ou assintomáticas, colocando em risco a saúde destes trabalhadores, bem como a todos que estivessem sendo atendidos na mesma unidade, com repercussões para além deste momento, num período pós-pandemia. Dessa forma, este livro tratará de experiências desenvolvidas nos últimos anos, em atenção aos trabalhadores de saúde, não só dos hospitais, mas em toda rede de atenção, podendo servir de direcionamento para os cuidados em saúde mental, no cenário difícil de superação do desgaste dos trabalhadores após a pandemia de covid-19. A fim de compreender a proposta, é necessário refletir sobre o que vem a ser saúde mental e em qual contexto está situada hoje.

A saúde mental pode ser compreendida a partir de um eixo central - o do contexto cultural, social e político. Nesse prisma, a saúde, de forma geral, foi definida como: “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”, e que são “moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos” (WHO, p.4). Nesse mesmo sentido, a saúde mental, para além do biológico e do individual, deve ter um contorno coletivo, que envolve aspectos econômicos, políticos, de infraestrutura sanitária, saneamento, lazer, cultura. É muito mais que um bem-estar.... É singular e pode ser diferente para cada um, conforme a relação de cada um com o caldo cultural, social e político.

O conceito de 1946 afirma que “saúde não é apenas a ausência

de doença, mas a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946, p.1). Essa definição tem sido bem aceita, entretanto o termo “perfeito bem-estar” sugere que exista uma possibilidade de atingir a “perfeita saúde”. Diferente disso, Dejours (1996) define saúde mental, remetendo-se a luta constante do ser humano na busca de equilíbrio, situando-a numa zona cinzenta de maior ou menor sofrimento. Há uma diferença na realidade das pessoas e do que cada um quer para o seu próprio bem-estar. A forma como cada pessoa interage com sua vida está imbricada com o que espera de uma saúde perfeita. Segre e Ferraz (1997, p. 542) esclarecem que a saúde mental está baseada na integralidade do ser, indistintamente e “poderia ser um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”. Corroborando com essas ideias a definição de Gonçalves (1981) esclarece que a saúde mental decorre da luta para superar as adversidades psíquicas, físicas e sociais, mesmo que não totalmente vencidas. Parece que esse ajuste da definição a torna mais condizente com as possibilidades reais, principalmente em tempos de pandemia.

Nesse sentido a Covid-19 evidenciou alguns entraves e dilemas, exigindo um resgate dialético de posturas e decisões governamentais, por meio de providências urgentes, que pudessem transformar o caos da pandemia em algo superável, protegendo a população, numa condução da atenção a saúde das pessoas de forma a minimizar os efeitos deletérios da pandemia. Harvey (2020) apontou que a pandemia que iniciou na China foi desconsiderada, inicialmente pelos demais países, imaginava-se que não atingiria o resto do mundo. O surto italiano foi o que provocou a reação mundial mais intensa, tendo como principal preocupação a desvalorização líquida de quase 30% nas bolsas de valores do mundo. Algumas reações estranhas foram identificadas, como resistir a baixar as taxas de juros, o que poderia aliviar o progresso do vírus. Apesar disso, a tônica era diminuir os impactos no mercado, a fim de salvar o capitalismo em franca crise, prestes a sucumbir. Especificamente no Bra-

sil, o presidente da república manifestou diversas vezes que era contra o distanciamento social, alegando os prejuízos econômicos advindos disso (THE LANCET, 2020), em detrimento da priorização da saúde, da vida. Na visão de Harvey (2020), a única coisa que poderia salvar a implosão do capital, bem como seus efeitos nocivos para a saúde das pessoas era algo aparentemente contraditório, nas suas próprias palavras “a socialização de toda a economia... sem chamar-lhe de socialismo” (HARVEY, 2020, p. 20). Essa concepção elucidou a necessidade uma forte ação do Estado na garantia de proteção social para a população mais vulnerável. Nesse intuito, o governo brasileiro propôs uma ajuda emergencial para as pessoas do Bolsa Família, trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI) e autônomos desempregados (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2020). Entretanto, a morosidade da liberação do recurso acabou por impedir os bons resultados da medida, intensificando os problemas econômicos, com consequências desastrosas para as pessoas, levando-as a situações de extrema carência social, com o agravante da falta do básico para a sobrevivência, comida e moradia.

Diante dessa processualidade histórica da saúde, os tempos atuais revelaram algumas peculiaridades, como o desinteresse da indústria farmacêutica pelas pesquisas sobre doenças infecciosas, incluindo toda a classe de coronavírus, que já havia se manifestado de forma mais branda desde os anos 60. Isso tomou a todos de surpresa, uma desagradável surpresa, pois apenas alguns dias fizeram muita diferença na corrida desenfreada, a procura da cura para a Covid-19. É nesse ponto do problema que cabe destacar as dificuldades relacionadas a atividade do trabalhador de saúde na atenção aos pacientes de Covid-19. De 31 de dezembro de 2019 a 23 de março de 2020, o mundo contabilizou aproximadamente 335 mil casos de Covid-19, em 190 países, contabilizando 15 mil mortes. Até final de março de 2020 havia a estimativa de que 10% dos profissionais de saúde no mundo estivessem contaminados pela Covid-19, preocupando as autoridades sanitárias no que diz respeito a isso, de

como realizar investigações para considerar a doença como ocupacional (FUNDACENTRO, 2020).

Frente ao exposto, é notório que o trabalhador de saúde tem assumido uma tarefa mais desgastante, frente a crise sanitária atual, requerendo atenção em vários aspectos, incluindo suporte na sobrecarga de trabalho, disponibilidade de EPI, bem como apoio frente aos impactos na saúde mental. É em relação a esta última necessidade que este livro discorrerá. Usará para tanto lentes teóricas que privilegiem exatamente a relação entre o trabalho em saúde e o contexto social, econômico e político, a Psicologia Sócio Histórica e a Psicodinâmica do Trabalho. Apesar de não mencionar em todos os capítulos as questões específicas da Covid-19, estará apontando a necessidade de contemplar os fatores econômicos, sociais e políticos na compreensão dos entraves referente a saúde mental dos trabalhadores (DEJOURS, 1996; RIBEIRO, MARTINS, 2011).

Espera-se que este livro possa colaborar na apresentação de uma proposta de apoio aos trabalhadores de saúde, bem como no fomento de outras iniciativas ligadas a tarefa de oferecer melhores condições aos serviços de saúde, principalmente em tempo da pandemia da Covid-19. De forma ajustada a cada realidade, espera-se dar algumas pistas para que muitas ações possam proporcionar alívio e cuidado para os serviços e trabalhadores de saúde.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, A. **Por favor, mais compaixão.** Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/por-favor-mais-compaixao-artigo-de-alberto-beltrame/47382/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sobre a doença.** O que é Covid-19. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Auxílio Emergencial:** um suporte financeiro do Governo Federal para trabalhadores informais. 2020. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/auxilio/PAGINAS/DEFAULT2.ASPX>. Acesso em: 17 jun. 2020.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. (COORD.). **O indivíduo na organização:** dimensões esquecidas. Tradução Arakcy Martins Rodrigues et al. São Paulo: Atlas. 1996. p. 149-173.

FUNDACENTRO. **Até 10% dos profissionais da saúde são atingidos por Covid19.** Serviço de Comunicação Social da Fundacentro. 2020. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2020/3/ate-10-dos-profissionais-da-saude-sao-atingidos-por-covid-19>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GONÇALVES, A. A saúde e a população: contribuição para entendimento deste binômio em nosso meio. **Ciência e Cultura.** v. 33, p. 11425-1429. 1981.

HARVEY, D. **Política capitalista em tempo de covid-19.** In: DAVIS, M. *et al.* Coronavírus e a luta de classes. Brasil: Terra sem Amos. 2020. p. 13-23.

NOTT, D. The COVID-19 response for vulnerable people in places affected by conflict and humanitarian crises. **The Lancet,** v. 395, n. 10236. p. 1532-1533. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/lancet/article/s0140-6736\(20\)31036-9](https://www.thelancet.com/lancet/article/s0140-6736(20)31036-9). Acesso em: 15 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsho.html>. Acesso em: 18 set. 2020.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, 16(2), 241-250. 2011

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C.O. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. v. 31, n. 5. 538-542. 1997.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **[Editorial]**. v. 395, n.10235. p. 1461. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931095-3>. Acesso em: 16 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Commission on Social Determinants of Health**. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=365271ACE2052888542881700EEDCA8B?sequence=1. Acesso em: 15 jun. 2020.

CAPÍTULO 2

AS POLÍTICAS DE AUSTERIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rosana Leal do Prado

“Recessões podem machucar, mas austeridade mata”
STUCKLER; BASU

INTRODUÇÃO

A saúde reconhecida como direito fundamental do cidadão brasileiro, nunca foi tão atacada quanto ao longo dos últimos anos. Especificamente após a segunda metade dos anos 2010, o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) tem vivenciado sucessivas mudanças em suas políticas, sendo alvo frequente de medidas de austeridade fiscal e desmonte de programas e políticas de saúde.

O país, que desde sua redemocratização vinha experimentando um avanço em suas políticas sociais, passou a assistir a uma crise política sem precedentes, produto de sucessivos escândalos de corrupção na administração pública. Tal fato acentuou uma grave crise econômica, elevando os índices de desemprego, diminuindo a arrecadação de impostos e conferindo aparente legitimidade ao duro discurso de “contenção dos gastos públicos” a qualquer custo. Tais mudanças pareciam sequer serem percebidas pela sociedade, pois a elas se sobrepunha o discurso de uma “nova política”, sem corruptíveis ou corruptores, realçados pela propagação da ideia de um avanço econômico nunca antes visto na história, mantendo seu compromisso apenas com verdades alternativas, em sua maior parte descoladas da realidade e com uma mínima intervenção do Estado sobre

as políticas sociais. Um SUS cada dia mais sufocado, respirando com dificuldades, lutando para se manter de pé era agora o “novo SUS”.

No entanto, o que não se podia prever nesse contexto era o surgimento de uma nova patologia – o COVID-19, que em breve viria ganhar proporções mundiais e colocar em xeque todo o liberalismo contido nesse discurso de Estado mínimo. Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar as principais medidas de austeridade impostas ao Sistema Único de Saúde desde de 2016 e suas implicações, que por consequência, impõem-se sobre o lócus de atuação do trabalhador em saúde, atuando em seu favor ou desfavor. Ao apresentar o cenário das últimas mudanças nas políticas de saúde, oferecer-se-á subsídios para a reflexão sobre os efeitos do contexto no processo saúde-doença do trabalhador da saúde pública brasileira.

O FINANCIAMENTO NO SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro está previsto na constituição federal quanto às suas fontes e nas leis orgânicas da saúde – Lei 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b), suas formas de repasse e divisão entre as esferas do governo. O financiamento, teve seu marco na emenda constitucional 29, a qual definiu os percentuais mínimos de investimento em saúde para estados e municípios, vinculados à receita corrente líquida (RCL). Outro marco importante foi a sanção da lei complementar 141 de 2012 (BRASIL, 2012a), que regulamentou o texto do artigo 198 da constituição federal reafirmando os percentuais mínimos de gasto para cada esfera de governo e caracterizando as despesas propriamente ditas de saúde, e àquelas que não se podiam caracterizar assim. Entretanto, em 2015 já em meio à crise política, um duro golpe ao financiamento começou a se desenhar com a aprovação nas casas legislativas de um escalonamento para que se alcançasse o percentual mínimo

de investimento da União (BRASIL, 2015). Adido a isso, incorporou-se a fonte advinda dos royalties do petróleo e gás, antes considerada adicional, como parte da receita para cumprimento da meta de investimento mínimo. O desfecho deste golpe aconteceu no final de 2016, quando o congresso nacional aprovou um novo regime fiscal, congelando os gastos em saúde por 20 anos por meio da emenda constitucional 95, deixando estes de serem parametrizados pelo crescimento da receita corrente líquida, tendo seu reajuste apenas pela inflação do ano anterior.

Isoladamente as políticas econômicas não podem ser consideradas causadoras dos problemas de saúde. Mas conforme explica o modelo de determinação social de saúde, seriam a “causa das causas” (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007), pois condicionariam a população a mais ou menos exposição a fatores de risco. O estabelecimento desse teto de gastos representa uma diminuição nos gastos reais per capita em saúde. O arrocho tem grande potencial para agravar as condições epidemiológicas, pois com menos recursos é necessário fazer escolhas para que o mínimo de serviços continue a ser oferecido. Não permite também que se corrija situações de iniquidade já estabelecidas e vazios assistenciais, nesse cenário aprofundado pela crise econômica. Ao não garantir a proteção social adequada as pessoas desempregadas, por exemplo, eleva-se o risco destas se exporem a condições de vida que favorecem o adoecimento, como a aglomeração e consequente disseminação de doenças infecciosas, privação alimentar, abuso de substâncias como álcool e outras drogas.

Como efeito colateral de menos investimento nas políticas de saúde e de um empobrecimento da população como resultado de uma economia desacelerada, as pessoas estão mais expostas a riscos, incluindo aqueles referentes à saúde mental. Mais exposição ao risco produz consequentemente mais pessoas doentes e uma maior utilização do sistema de saúde. Não sendo esse sistema capaz de atender adequadamente a população devido ao seu “encolhimento” e ao crescente aumento da

demanda, conseqüentemente há uma elevação no número de mortes por causas evitáveis. Em períodos de crise, países que optaram por investimento em programas públicos que suportam a população experimentalaram crescimento econômico relevante e conseguiram reduzir a dívida pública uma vez superada a crise. Ao passo que países que optaram por cortes orçamentários se depararam com declínio econômico de longo prazo (STUCKLER; BASU, 2013). Nos resta saber quais os efeitos de uma pandemia em um sistema de saúde que vem sendo constantemente pressionado com medidas austeras.

A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Desde 1994 a atenção primária em saúde tem tido como mecanismo de indução de sua expansão, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Chamada de Atenção Básica no Brasil, foi publicada como política pela primeira vez em 2006 – a política nacional de atenção básica (PNAB). Esta, ao incorporar em seu texto atributos como: primeiro contato, coordenação, integralidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado, centralidade na família e orientação comunitária, os difundiu pelo país (BRASIL, 2006; STARFIELD, 2002). Desde de então, teve duas revisões – 2011 e 2017.

A edição de 2011 propunha o enfrentamento a alguns nós críticos, como a necessidade de melhorar a infraestrutura das unidades de saúde por meio do programa de requalificação, programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) e criação de diferentes modalidades de equipes, como as destinadas a população de rua e ribeirinha, por exemplo (BRASIL, 2011).

Em 2016, já em meio a uma crise política e econômica a proposta de revisão da PNAB ganhou força e foi precedida por uma portaria que

facultava a presença do agente comunitário de saúde (ACS) nas unidades, em troca da inclusão de mais técnicos de enfermagem. Com a repercussão negativa, essa proposta foi deixada de lado. No entanto, na edição de 2017, houve uma diminuição no número necessário de ACS, reduzindo para 1 por equipe. Houve também a possibilidade de inclusão do agente de endemias na equipe saúde da família. Esta edição trouxe em seu texto a desobrigação de acompanhar 100% da população, propondo em sua nova redação – 100% dos vulneráveis (BRASIL, 2017).

Exceção ao número de médicos, a mudança na PNAB ainda não atuou na modificação das equipes (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020), o que não quer dizer que não possa acontecer. Por outro lado, a definição de uma política não depende exclusivamente das propostas governamentais, mas também considera os recursos, atores, arenas e ideias (VIANA; BAPTISTA, 2012). Fato é que, se não responderem as reais necessidades da população, as políticas públicas em saúde tendem a não produzir efeito e uma vez que estas precisam de tempo para maturar, ainda é cedo para avaliar suas consequências (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A dificuldade no preenchimento e fixação de médicos em cidades do interior do Brasil e periferias de grandes cidades, em especial no âmbito da Atenção Básica à Saúde, é histórica. As razões para tanto são múltiplas e vão desde a percepção da população como este sendo o principal problema do SUS, o baixo número de profissionais por habitante, distribuição desigual no território nacional até a escalada na remuneração desses profissionais ao longo dos anos. No intuito de superar essa escassez o governo federal lançou em 2013 o Programa mais médicos (PMM), no início uma medida provisória, mas que em seguida foi convertida na lei

12871/2013 (BRASIL, 2013). Estruturado em três eixos, o PMM enfocava investimento na infraestrutura das redes de saúde, expansão de vagas e cursos de medicina, além de reestruturação na formação de graduação e residência médica e a inserção emergencial de médicos em áreas de maior vulnerabilidade do SUS, até então descobertas. Esse último contou ainda com a celebração de um acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) para a cooperação entre Brasil e Cuba no preenchimento das vagas também por médicos cubanos (BRASIL, 2013; GIRARDI *et al.*, 2016).

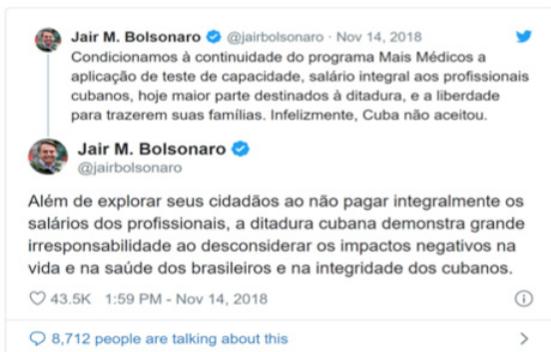
Além de práticas inovadoras, o PMM apresentou bons resultados relacionados à ampliação do acesso, fortalecimento da equidade, além de obter boa receptividade e avaliação dos usuários, especialmente em relação a humanização, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Ainda que de forma breve, resgatou o princípio constitucional do SUS como reordenador da formação de recursos humanos direcionados a necessidade do país, tendo o Estado papel regulatório neste processo (KEMPER; MENDONÇA; DE SOUSA, 2016). Nesse período pode-se perceber também uma diminuição nas internações por condições sensíveis a atenção primária (MAIA *et al.*, 2019) e com o aumento no número de médicos também foi possível verificar redução da escassez de profissionais nos municípios, porém persistiu a desigualdade na distribuição destes (GIRARDI *et al.*, 2016).

Ao longo do tempo, com a crescente crise política, o PMM passou a receber inúmeras críticas relacionadas a falta de exigência de revalidação dos diplomas de profissionais estrangeiros e, em especial pelo regime de parceria entre o Ministério da Saúde brasileiro e a OPAS, que retinha boa parte do salário dos médicos cubanos conforme celebrado no acordo. Após sucessivos ataques ao programa durante a campanha presidencial (Figura 1), com a eleição de Jair Bolsonaro, o governo cubano, responsável por metade dos médicos que aderiram a chamada, decidiu

se retirar do acordo. Em 2019, o governo brasileiro anunciou o fim do programa, à revelia dos bons resultados que este vinha apresentando, e anunciou um novo, chamado Médicos pelo Brasil (PMB), sancionado em dezembro pela lei 13958/2019 (BRASIL, 2019a) com a conversão da medida provisória nº890/2019. Dados de meados de 2019 comparados àqueles do final de 2017, revelam redução de mais de 10% no número de médicos atuando na estratégia saúde da família, tendo este quantitativo voltado ao patamar de 2014, o que sugere que o PMM atendeu a uma demanda real da população (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

O PMB, assim como o PMM tem como objetivo a contratação de profissionais médicos para atuar em área de difícil provimento ou alta vulnerabilidade. Em sua redação permite a contratação de profissionais graduados em medicina no Brasil ou exterior, sendo que a estes últimos, exige-se a revalidação dos diplomas no país. A vinculação proposta se dará por contratação de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho e imporá aos profissionais realização de especialização em Medicina de Família e Comunidade em um prazo de dois anos, como parte do processo seletivo.

Figura 1: Texto publicado pelo candidato eleito à presidência da república em sua rede social em 14/11/2018



Fonte: <https://twitter.com/jairbolsonaro/status/1062736657416364032>

PREVINE BRASIL – O NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Um novo modelo de financiamento foi proposto para a Atenção Básica em 12 de novembro de 2019, instituindo o programa “Previne Brasil” (BRASIL, 2019b). Sem passar por espaços de controle social, a proposta trouxe mudanças substanciais ao financiamento, ao extinguir o piso da atenção básica (PAB fixo e variável), que continha em seu cálculo um componente populacional e outro relativo a implementação de ESF e equipes de saúde bucal, substituindo-o por parâmetros que consideram o número de pessoas cadastradas nos serviços de saúde e indicadores de desempenho. Ao não considerar o aval do Conselho Nacional de Saúde, a portaria coloca em risco o preceito constitucional de controle social, reafirmado nas leis 8142/1990 e 141/2012 (BRASIL, 1990b, 2012a).

O estabelecimento de novos critérios sem a expansão da rede, tende a aumentar o número de pessoas cadastradas nos serviços de atenção básica, sem que estes tenham condições de oferecer acompanhamento com qualidade. Há ainda o fato de que, municípios de médio e grande porte, sem que ampliem sua rede de saúde, não terão como aumentar o número de usuários cadastrados, o que representará uma redução no repasse de recursos. A corrida para cadastramento pode também gerar uma disputa por recursos entre os municípios e colocar em questão o princípio constitucional da solidariedade, descrito no artigo 3º (BRASIL, 1990c).

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O núcleo ampliado de saúde da família (NASF) foi instituído em 2008 pela portaria nº 154 do Ministério da Saúde para apoiar a consolidação da atenção básica no país, viabilizando intervenções multiprofissionais para a promoção de saúde. Responsável pela presença de fisio-

terapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos dentre outras profissões na atenção básica, o programa foi aprimorado em 2012 por meio da Portaria nº 3124 (BRASIL, 2012b).

Em sua natureza, ao propor o descolamento do cuidado médico centrado, o NASF passou a atuar de forma contra hegemônica ao que até então se realizava na atenção básica, que em suas mais bem-sucedidas experiências, alcançava a integração entre o trabalho de médicos, enfermeiros, dentistas e ACS. O acesso ao cuidado de quaisquer outros profissionais, que não esses, era obtido a partir da atenção secundária. Ainda que não de maneira uníssona, o principal arranjo organizacional adotado pelas equipes NASF foi o de uma equipe de apoio especializado matricial, vinculados a equipes de referência na atenção básica. Com a adoção deste arranjo, as equipes de referência passaram a ser assistidas tanto em práticas assistenciais quanto pedagógicas, priorizando atividades interprofissionais e colaborativas (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Em 28 de janeiro de 2020, por meio da nota técnica nº3 da secretaria de atenção básica, o Ministério da Saúde desobrigou as equipes multiprofissionais de estarem vinculadas ao modelo NASF e suspendeu o credenciamento de novas equipes (BRASIL, 2020). Essa decisão é produto da alteração da forma de financiamento da APS, que não mais prevê recursos ao NASF e, repassa aos gestores locais a responsabilidade de decidir manter ou não o trabalho de uma equipe multiprofissional no cuidado primário. Parece evidente que as prioridades locais tendem a convergir com a sustentabilidade financeira das estruturas de gestão. A aparente flexibilidade proposta pela desobrigação em se manter esses profissionais e a escassez de recursos, resultado das mudanças no financiamento e perdas de receita, tendem a ser terreno fértil para diminuição dos direitos e conseqüentemente precarização do cuidado em saúde.

A PANDEMIA

Um novo vírus descrito pela primeira vez no final de 2019 na China, disseminou-se pelo mundo, e chegou ao Brasil nesse contexto de desmonte do Sistema Único de Saúde. Dadas as proporções da Pandemia, o estado de calamidade pública foi decretado e com ele, uma aparente desaceleração nas ações de austeridade.

No entanto, a rápida disseminação da doença tem feito emergir outras questões, e exposto a maior risco de adoecimento determinados grupos de pessoas, como por exemplo, os profissionais da saúde, os quais estão experimentando efeitos desproporcionais sobre sua saúde mental. Dentre as medidas primárias de intervenção sobre o adoecimento mental, em especial sobre os fatores de risco que o COVID-19 exacerbou, estão a intervenção sobre: as iniquidades socioeconômicas, pobreza, desemprego e estresse ocupacional dos trabalhadores de saúde. Esse último pode ser mitigado quando da promoção de condições adequadas de trabalho, incluindo trabalho flexível, treinamento e acompanhamento psicológico online (CAMPION *et al.*, 2020).

Todavia, no Brasil parece haver um fator de risco adicional – o desgoverno negacionista, em particular de seu ente federal. Nega a ciência, as evidências e consequentemente o bem-estar da população, elevando os riscos sob os quais os profissionais de saúde estão expostos, o que escancara um despreço pela função que lhe foi outorgada. Tal ofício traz consigo a premissa de que o Estado existe em função de um interesse maior da sociedade e tem por papel prover o que esta almeja. Sendo assim, políticas públicas e Estado são indissociáveis, da mesma maneira que, para que se realize a provisão das necessidades sociais, é fundamental conhecê-las e celebrar pactos com seus cidadãos, negociando interesses e poder (VIANA; BAPTISTA, 2012). E para tanto, é preciso se aproximar da sociedade provendo os recursos e cuidados de que esta necessita. E esta provisão na área da saúde, passa necessariamente pelos profissionais

que cuidam e que, dada sua natureza humana, necessitam de cuidados, condições e segurança institucional para desempenhar suas funções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diminuição de recursos e a flexibilização da legislação tendem a produzir efeitos desastrosos em médio e longo prazo, uma vez que levarão gestores a escolhas como a diminuição no número de profissionais ou até mesmo a extinção de algumas funções, como é o caso do NASF. Fato é que, diminuição no número de profissionais representa sobrecarga de trabalho a outros, que já a tem e, conseqüentemente menos cuidado para a população. O COVID-19 recolocou o setor saúde em foco, demonstrando a urgência de reordenar as prioridades humanas, e tem feito reverberar na sociedade questionamentos sobre a sustentabilidade de um modelo neoliberal na condução de políticas públicas de saúde.

No entanto, a inabilidade para o diálogo e a legitimação de discursos e políticas públicas austeras tão presentes ao longo dos últimos anos, parecem caminhar na direção oposta ao papel de um Estado que deveria colocar os interesses sociais acima de qualquer outro. Os inúmeros ataques impostos às políticas públicas que regulam o SUS ao longo dos últimos anos parecem se originar de gestores que não entendem ou ignoram o papel do Estado, e ao fazê-lo têm imposto aos trabalhadores da saúde condições de trabalho que tendem a desfavorecer o cuidado da população, e em especial, o cuidado deles próprios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Constituição (1998) **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: em 17 jun. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012**: regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três)

esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em 17 jun. 2020

BRASIL. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22/10/2013

BRASIL. **Emenda Constitucional 86/2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica, 2015.

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 (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 13.958, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília, 2019a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.958-de-18-de-dezembro-de-2019-234338710>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolida-

ção nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CAMPION, J. *et al.* Addressing the public mental health challenge of COVID-19. **The Lancet Psychiatry**, v. 0366, n. 20, p. 19–21, 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2**. Studies on social and economic determinants of population health. Denmark: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liver, 2007.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do programa mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016.

GOMES, C. B. E. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. National primary care policy 2017: Analysis of teams composition and national coverage of family health. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; DE SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: Panorama da produção científica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785–2796, 2016.

MAIA, L. G. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária : um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 2, p. 1–11, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The Body Economic: Why austerity Kills**. New York: Basic Books, 2013.

VIANA, A.; BAPTISTA, T. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 59–88.

CAPÍTULO 3

ABORDAGENS TEÓRICAS. POR UMA COMPREENSÃO DA RELAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE PÚBLICA

Ékelis Cris Pires Sales Pina,
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

INTRODUÇÃO

Registra-se neste capítulo a base teórica, que viabiliza diálogos e direciona no sentido de compreender o surgimento do sofrimento psíquico ocasionado pelo processo de trabalho em saúde pública, especificamente na Atenção Básica (AB). Embora já detalhado em outro capítulo, destaca-se a organização da saúde pública no Brasil, a trajetória histórica do Sistema de Saúde no Brasil, o SUS, que regulamenta e organiza a política pública de saúde, como também, estabelece as diretrizes para o sistema privado.

Outrossim pretende-se apresentar reflexões referente a Psicodinâmica do Trabalho, Psicologia Social e alguns aportes foucaultianos, como também, conceitos de organização do trabalho e sofrimento psíquico.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como fruto do movimento da Reforma Sanitária, um dos principais movimentos sociais ocorridos no final dos anos 70 e durante a década de 80 do século passado. Este movimento foi um importante interlocutor no desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde. Também foi responsável por permitir que, na área da saúde, diferentes grupos e classes sociais par-

ticipassem das discussões para a definição das políticas sociais, levando-se em consideração que a saúde é um bem público construído pela participação de todos os setores da sociedade brasileira (ALVES, 2009).

No ano de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi elaborado um conceito ampliado de saúde que reconhece o ser humano como ser integral e a saúde, como vida saudável. Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, define-se:

O resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (Campos, Barros e Castro 2004, p. 746).

Nessa perspectiva, a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como do acesso a serviços de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária protagonizou uma política que apresenta um conjunto de ações e projetos em saúde, em diferentes níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988 (BRASIL, 1990), incorporou as propostas defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo a saúde como direito inerente à cidadania. Nesse contexto, houve a transformação no sistema de saúde brasileiro, reconhecendo a saúde como direito social e definindo um novo paradigma para a ação do Estado nessa área.

Diante dessa conjuntura, a implantação do SUS foi realizada de forma gradual, principalmente pela Lei Orgânica da Saúde, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, responsável pela operacionalização do SUS e

pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que incorporou ao SUS o controle social, ou seja, a participação dos usuários dos serviços de saúde na gestão do serviço.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social a Atenção Primária de Saúde (APS) ganhou espaço nos serviços de saúde, uma vez que se tornou a estratégia para orientar a organização do sistema de saúde, para o alcance e promoção de assistência à saúde para todos os indivíduos. Destaca-se a definição de atenção primária.

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, atende a pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Esta autora acrescenta ainda que a Atenção Primária de Saúde como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui para a melhora da atenção, com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema.

No Brasil, a atenção primária em saúde é sinônima do termo Atenção Básica de Saúde, entendida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia

das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Por conseguinte, a Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema único de saúde, sendo o Programa Saúde da Família (PSF) uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB), em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, o qual preconiza que os serviços sejam organizados por meio da assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Com a implantação do PSF, visou-se a incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população (BRASIL, 2006).

No ano de 2006, o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo principal transformação foi deixar de ser programa com tempo determinado e passar a ser estratégia de forma permanente e contínua. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família tornou a Atenção Básica a principal ferramenta de atenção à saúde voltada para o reordenamento do modelo assistencial (BRASIL, 2006); possui como objetivo prestar o acompanhamento às famílias de uma área geográfica delimitada e com população adscrita, o processo de trabalho ocorre de forma compartilhada entre equipes multiprofissionais, compreendendo os determinantes sociais da saúde e o perfil epidemiológico da população e atuando sobre eles.

Merece destaque evidenciar que o Sistema Único de Saúde é uma organização, orientada pelos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, integralidade da atenção, humanização e participação social. Para a execução dos serviços na Estratégia Saúde da Família, exige-se a compreensão da organização do SUS, bem como seus princípios (BRASIL, 2011).

Para atingir diretamente as relações estabelecidas entre os traba-

lhadores no seu local de trabalho, apresenta-se o que este texto entende por organização do trabalho - a divisão das tarefas (modo operatório), que afeta de forma direta o interesse e o tédio no trabalho e a divisão dos sujeitos (hierarquia, comando, submissão), a fim de compreender a dinâmica na Estratégia Saúde da Família, que está relacionada à divisão interna da organização e de seus trabalhadores. A saúde mental é influenciada pela forma de relacionamento interpessoal dentro do espaço laboral, visto que o comportamento organizacional é alterado pela simples presença de uma pessoa alheia ao ambiente (DEJOURS, 1992). Segundo este autor, é na organização de trabalho que a identidade do trabalhador é impactada e o sofrimento psíquico pode emergir, de forma que compreende diminuição da capacidade de agir, do poder fazer, dificuldades na construção da identidade e integridade dos sujeitos, ausência de possibilidades. O conteúdo significativo da tarefa pode gerar insatisfação, que ocorre quando sua realização não apresenta um sentido para o trabalhador, porque não representa um propósito em relação ao conjunto da organização e, muito menos, para sua família e para a sociedade. Dejours (2004) pontua a existência de uma centralidade do trabalho na vida do sujeito, postulando a continuidade entre o funcionamento psíquico no trabalho e fora dele.

A relação subjetiva com o trabalho leva seus tentáculos para além do espaço da fábrica ou do escritório, e coloniza profundamente o espaço fora do trabalho (...). A separação clássica em dentro do trabalho e fora do trabalho não tem sentido em sociologia do trabalho, assim como em psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2004, p. 101).

Assim a relação entre prazer e sofrimento está intimamente articulada às formas de organização do trabalho. Segundo Heloani, “há uma relação complexa e singular entre as mudanças nos sistemas organizacionais e a vida psíquica” (HELOANI, 2008, p. 2). Além disso, este autor relata ainda que, “as doenças neste tipo de organização da

produção, ao contrário do que se prognosticava, aumentaram e muito, mormente as de ordem mental, ou ‘dos nervos’ como dizem os trabalhadores” (HELOANI, 2008, p. 8).

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1998), a relação do sujeito com o trabalho se dá na ação; o processo é imediato; o sujeito se transforma ao transformar o objeto e vice-versa. No trabalho, o circuito abre para uma terceira relação, o significado, o qual por sua vez se transforma e é transformado pela ação recíproca do sujeito e/ou do objeto. É este circuito, mediado pela transformação que torna o trabalho em algo mágico e prazeroso, pela interlocução destes processos de construção de significados, pela demarcação do processo de “hominização”, a aquisição das características da espécie humana. Neste sentido, trabalhar é o ato de transmitir significado à natureza, de construir o mundo à imagem e semelhança do sujeito. O significado se define pela permanência além e apesar da relação com o objeto, ou seja, define-se pela transcendência à relação significado e objeto. “Ao abrir a ação para além de si, ao transformar em transcendente o gesto, o trabalho o imortaliza” (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 1998, p. 26 e 27). Corroborando com essas ideias, Bauman (2004) afirma que o trabalho desempenha uma função importante na vida do ser humano, apresenta contribuições significativas para melhor compreensão do trabalho, a fim de desvendar a sua complexidade, ou seja, explicar a nova modernidade em que o mundo está funcionando e as consequências para os mais variados aspectos da vida humana. Neste momento, essa modernidade está afetada por algo inesperado e pouco conhecido, o COVID-19, que tem transformado as relações interpessoais de forma profunda e irreversível. Não é possível um aprofundamento e análise dessas transformações neste capítulo, cabendo aqui apenas o reconhecimento das repercussões delas no mundo do trabalho (HARVEY, 2020). Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho pode ser responsável pelo sofrimento psíquico que acomete a vida do trabalhador. Exerce sobre o sujeito uma ação específica, nas rela-

ções interpessoais, que pode em certas condições resultar em sofrimento (DEJOURS, 2004).

Diante do contexto exposto, expor-se-á qual seria a implicação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho em saúde, refletindo sobre suas inquietações e subjetividade, como também sua capacidade de lidar com situações adversas recorrentes que resultam do ambiente de trabalho. Em outras palavras, o aporte teórico exposto elucidará a constituição do sujeito e sua subjetividade, como também o processo de trabalho e sua organização na saúde pública.

Consequentemente, haverá um diálogo entre as temáticas, acima descritas, para transitar por referenciais teóricos da Psicologia Sócio-histórica, Psicodinâmica do Trabalho e aportes teóricos foucaultianos, bem como outros autores das ciências sociais, possibilitando o contorno e a compreensão do sofrimento psíquico no processo de trabalho em saúde.

CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E SUBJETIVIDADE

Conforme proposto acima, a constituição do sujeito e da subjetividade serão abordadas a partir do olhar de vários pressupostos teóricos com o intuito de compreender em quais condições o sujeito se constitui, mais especificamente, o que é ser um sujeito.

Ao recorrer a Foucault (2004), é possível inferir a constituição do sujeito por meio de situações que lhe são exteriores, como um produto das relações de saber e de poder, que se ocupa com as relações intersubjetivas, por meio do qual se busca o seu modo de ser e pelo qual exerce a liberdade. O exercício sobre si mesmo, o governo de si, o controle de apetites e de domesticação de afetos, possibilita ao sujeito escolher seu modo de ser e a maneira como pretende se portar. Sustenta-se ser esta a maneira ativa que permite ao sujeito constituir sua singular-

ridade, ou, a parte mais secreta de sua subjetividade. Evidencia-se que a compreensão de subjetividade, neste texto, se refere “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2004, p. 236).

Todavia, o fato do sujeito ser um efeito das relações de poder e das relações de saber, não significa que ele está submetido a uma força incontrollável que predispõe os acontecimentos, de forma cabal e definitiva. Falar em sujeitos livres é uma contradição em termos, já que sujeito é aquele que está sendo sujeitado. Foucault (1993, p. 27) expõe que “...as condições políticas, econômicas não são um véu ou um obstáculo para o sujeito de conhecimento, mas aquilo através do que se formam os sujeitos de conhecimento e, por conseguinte, as relações de verdade”. Neste sentido, essas condições vão estruturar os conteúdos que darão subsídios para os processos de objetivação e subjetivação que antecedem à constituição do sujeito, por meio de diferentes relações com a verdade e os domínios de saber. Resume-se que para apreender formas de conhecimento é necessário se aproximar das relações de poderes envolvidos, considerando o conhecimento na forma de acontecimentos, de efeito de atos e estratégias, de resultado das relações de poder.

Registra-se, mediante o exposto, a visibilidade do sujeito do discurso, no qual a objetivação e a subjetivação são processos que se relacionam e se complementam pelo estabelecimento de relações de poder. Essas relações também podem ser visualizadas no panoptismo, sendo este um mecanismo de observação que funcionava como um laboratório de poder (FOUCAULT, 2004). Encontrava-se no panóptico um controle sobre o sujeito, controle este que se infiltrava na subjetividade do indivíduo para que fosse exercido “invisivelmente” por meio das relações sociais. Nesse sentido Foucault (2004) expõe sobre a ramificação dos mecanismos disciplinares:

Enquanto, por um lado, os estabelecimentos de disciplina se

multiplicavam, seus mecanismos tinham certa tendência a se desinstitucionalizar, a sair das fortalezas fechadas onde funcionavam e a circular em estado “livre”; as disciplinas maciças e compactas se decompunham em processos flexíveis de controle, que se poderiam transferir e adaptar (FOUCAULT, 2004, p. 234).

Seguindo sob essas questões, observa-se que quanto maior o poder disciplinatório se tem sobre os sujeitos, maiores são as possibilidades de controle de comportamento e a busca por normatizar a todos por meio do vigiar e induzir este ou aquele comportamento, resultante das relações de poder. Entretanto, à luz dessa mesma concepção foucautiana, observa-se que a liberdade está intimamente ligada ao cuidado de si. Acresce-se que Foucault (1993) buscou compreender a liberdade imbricada ao cuidado de si e ao conhecimento de si. A prática da liberdade é que possibilitaria esse processo. A ética se expressa como a prática reflexiva da liberdade, por meio das relações consigo mesmo, com as coisas e com os outros. Dessa forma, o cuidado de si e o cuidado com o outro se tornam intimamente relacionados.

A produção de si, pela liberdade, é construída pelo sujeito operando sobre as próprias ações e as dos outros, de forma que se transformem em novas formas de existir ou de reexistir. As estratégias são mutuamente calculadas, de um sobre o outro, atravessadas por relações de poder, nem sempre de dominação ou violência, que impediria o exercício da liberdade. A fim de se obter resistência às padronizações institucionalizadas, requer-se uma atitude artística sobre si mesmo e sobre o outro, fundamentada na estética, a “Ilustração”, que se constitui num cuidar de si para resistir aos limites desnecessariamente impostos, por meio da reflexão. A despeito de coisas que não possam ser continuamente recriadas, as decisões devem ser ativas, mesmo que mediante aos paradoxos e às contradições vivenciadas a cada momento, num frequente devir, numa constante mudança (FOUCAULT, 1993).

Ainda sobre a constituição do sujeito, em Freud (1981), encontramos uma importante contribuição, foi a base teórica para as primeiras formulações da Psicodinâmica do Trabalho. Sem a pretensão de aprofundamento desta perspectiva, apresentar-se-ão algumas considerações pertinentes. Freud (1981), em “Carta 52” a respeito do mecanismo do aparelho psíquico, apresenta os traços mnêmicos, em que estes de tempos em tempos, se modificavam e a memória era (re) constituída a partir de uma perspectiva atual de identidade do sujeito. Ressaltava-se ainda que a maior parte da vida psíquica se mostrava inconsciente, apresentando o eu como sendo camuflado de forma passiva por essa “parte obscura” do aparelho psíquico. Neste sentido, é possível refletir a linguagem como papel principal na constituição do sujeito e a memória é um rearranjo, as lembranças vão se constituir e se reorganizar conforme os registros atuais, de traços de memória, em diferentes registros (GARCIA-ROZA, 2014). Nessa perspectiva, Freud (1981) apresenta o sujeito do inconsciente, que não é um sujeito construído explicitamente, mas algo que surge nas entrelinhas, que aflora aos lampejos, de maneira lacunar, um acontecimento pontual, que escapa do desejo da linguagem. Assim, o sujeito vai se constituir a partir do que foi esquecido e com os traços presentes em seu inconsciente, reconstruir sua história. Todavia, o sujeito inconsciente são traços, signos pelos quais se entra em contato com mundo pela percepção desses traços.

Continuando a exposição sobre a constituição do sujeito, cabe aqui recorrer ao conceito de ideologia, pois é algo que opera nessa constituição. O conceito de ideologia foi sendo transformado ao perpassar por diferentes momentos das sociedades e influenciado pela dominação e a exploração dos detentores do capital e do saber tecnológico e científico (CHAUÍ, 2008). Neste contexto, tem-se a perspectiva do sujeito histórico, constituído pela ideologia, que expõe o funcionamento da sociedade segundo a lógica do capitalista. Consequentemente, ideologia surge quando a divisão social do trabalho separa o trabalho manual do

intelectual. Nesse sentido, a história vai permitir que os sujeitos produzam suas condições de existência, ou seja, produzam a história de si mesmo (MARX, 2015). A maneira como os sujeitos interpretam essas relações contribuem para a compreensão do sujeito histórico.

Althusser (1992), parte do conceito marxista de ideologia ao tratar sobre a reprodução das condições da produção da classe dominante dentro do processo de formação das classes sociais; apresentou como a classe dominante se reproduz, sobretudo, materialmente, seja por meio das ideias, seja por suas estratégias de sobrevivência para manter o Estado em seu poder, tanto pelo poder repressivo quanto pela persuasão (ALTHUSSER, 1992, p. 9 e 10). Esse autor também refletiu que todo aparelho ideológico, particularmente a Escola, concorre para um único fim: a reprodução das relações de produção, relações estas de exploração. Cada aparelho ideológico concorre para que esses objetivos sejam alcançados de uma maneira que lhe é própria. Assim, a Escola (mas também outras instituições de Estado como a igreja, o exército ou uma unidade de saúde) ensina “saberes práticos”, por meio de modelos que asseguram a sujeição à ideologia dominante e que desvalorizam o conhecimento e a cultura da classe proletária (ALTHUSSER, 1992). Essas instituições, inclusive os serviços de saúde, apresentam-se como o lugar ideal para ensinar ou doutrinar alguém, de maneira ideológica, por meio de elementos como submissão, servidão, regras de como se portar na sociedade, além da reprodução das forças produtivas. A compreensão do sujeito por meio destas concepções constitui-se pelo discurso intelectual, político, de forma que há um achatamento ou padronização da subjetividade, fazendo com que todos estejam na mesma ideologia imposta, num dado momento histórico.

Certamente que cada teoria apresentou suas contribuições para a constituição de sujeito, não se constituem numa continuidade, mas oferecem subsídios para compreensão do sofrimento psíquico, uma vez que emerge uma nova face do sujeito em cada teoria.

Em suma, foi importante reconhecer que ao refletir sobre a constituição do sujeito, evidenciou-se que não existe um sujeito/objeto e compreende um sujeito histórico, que a história o envolve, o que resultou na construção de sua subjetividade. Dessa forma, ao falar de sujeito, obviamente deve-se remeter ao sujeito que está inserido em um dado momento da sociedade, no qual sua constituição vai sendo elaborada conforme o discurso produzido na sociedade, de acordo com as questões econômicas, sociais e históricas vividas.

A partir dessas digressões teóricas sobre a constituição do sujeito, ficou evidente a importância de compreendê-lo permeado pelos aspectos históricos, transformações ocorridas na sociedade pré-industrial, à formação das cidades e a introdução do modo de vida urbano. Em vista disto, é pertinente discorrer sobre o mundo do trabalho, visto que é nesse contexto que o sujeito se insere.

O MUNDO DO TRABALHO

É notório que a partir da globalização, ocorreram-se transformações nas áreas políticas, econômicas, tecnológicas e sociais que resultaram em um novo cenário no mundo do trabalho, ou seja, na reestruturação do trabalho com deslocamento do foco do componente manual do trabalho para o componente intelectual (GOULART, 2002).

Nessa lógica, considera-se que a inovação no sistema organizacional, caminha para novas formas e técnicas de gestão da produção e processo de trabalho. Essas novas formas de gestão foram substituindo as tradicionais, e um novo modo de gestão começou a ser visualizado, modo este baseado na excelência, na busca de qualidade total e competitividade. O trabalho, diante do contexto capitalista, exigiu reestruturação produtiva consolidou a política neoliberal, conforme

expôs Goulart (2002, p.20) “a consolidação da política neoliberal determinou ajustes estruturais na economia e na flexibilização do trabalho. Nos países com desenvolvimento tardio, como o Brasil, a absorção da globalização e a transição para o novo capitalismo vem se dando à custa de muito sofrimento”.

Paralelamente, as mudanças organizacionais homogêneas responderam à lógica de mercado capitalista, seguindo o modelo de produção taylorista/fordista/toytista, com o aperfeiçoamento do processo industrial, visando o aperfeiçoamento da produção em massa. Este estilo objetivou aumentar as taxas de lucro em seu processo de produção, incorporou, a partir da segunda metade do século passado, uma nova modalidade de gestão fabril, enquanto modelo dominante no processo de produção industrial (HELOANI; LANCMAN, 2004).

Inquestionavelmente essas mudanças caracterizaram um novo mundo do trabalho, denominado por Bauman (2004) de sociedade líquida, com relações superficiais e frágeis. A modernidade líquida não se enraíza, é volátil e não leva em conta a longa duração, afeta os relacionamentos. O autor utiliza a metáfora da compra no shopping center para analisar os relacionamentos: “é como num shopping: os consumidores hoje não compram para satisfazer um desejo [...] compram por impulso” (BAUMAN, 2004, p. 26). Apresenta questões de mundo conflitantes com disponibilidade a mudanças rápidas e imprevisíveis, como também expõe que as relações humanas a se tornaram-se flexíveis no decorrer do tempo.

Segundo Heloani (2003), o confronto da luta de classe, frente à essa realidade, exigiu a reinvenção de novas estratégias de superação da dominação. Nesta perspectiva, a classe trabalhadora já tem demonstrado historicamente sua potencialidade de recriação da subjetividade, com o desenvolvimento da capacidade de lidar com ambientes instáveis, nem sempre possíveis na atualidade, requerendo uma reconstru-

ção de si, a cada momento, de forma muito mais acelerada.

Em consequência disso, Hirata (2002) expôs que atualmente o contexto para o trabalho foi marcado por processos de transformações, com destaque para dois aspectos. O primeiro remete à estabilidade requerida pelos “novos modelos de produção”, com propósito de instigar o desejo de envolvimento do trabalhador, capturando a própria subjetividade do sujeito, implantando lhe anseios. De outro lado, despertou a insegurança no emprego, em decorrência do desenvolvimento da flexibilidade do trabalho e aumento do desemprego. A mesma autora apontou que essa situação de instabilidade e insegurança foi maior para a mulher trabalhadora, que enfrentou discriminações históricas na sua atuação profissional. Na medida em que essas transformações foram ocorrendo, tornou-se necessária uma análise das formas do emprego, da organização do trabalho, dos processos de segmentação em nível do mercado de trabalho. Conseqüentemente, a inovação tecnológica e as mudanças no status do emprego, com isso, os vínculos de emprego se tornaram cada vez mais precários.

Por meio dessas reflexões feitas até aqui, foi possível verificar que o trabalho se constituiu numa atividade humana que desempenhou uma função importante na vida do ser humano, foi marcado como espaço de dominação e submissão do sujeito pelo capital. Do mesmo modo, é uma atividade vital do sujeito que possibilitou à espécie humana romper com os limites biológicos. “O Trabalho é um processo entre o sujeito e a Natureza, um processo em que o sujeito, por sua própria ação, media, regula e controla o seu metabolismo com a Natureza” (MARX, 1988, p. 142).

Desta maneira, o trabalho ocorre mediante uma organização de trabalho que apresenta uma divisão interna de funcionamento e relações entre os trabalhadores. Neste sentido, Marx (1988) afirma que “A divisão do trabalho só se torna efetivamente divisão do trabalho a par-

tir do momento em que se opera uma divisão entre o trabalho material e o trabalho intelectual” (MARX, 1988, p. 26)

As transformações ocorridas no mundo do trabalho apontaram que as principais mudanças foram oriundas das profundas reorganizações na estrutura produtiva do capitalismo, em sua materialidade, bem como em seu campo mais subjetivo, político e ideológico. Neste sentido, Dejours (2004, p. 28) afirmou que “o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc.”.

Foi a partir do trabalho que o sujeito se reinventou, apropriando-se de sua capacidade criativa de transformação da natureza e de si mesmo. A importância do trabalho está no seu papel fundamental para o equilíbrio do sujeito, bem como para sua inserção no meio social, para sua saúde física e mental (FREUD, 1997). Por outro lado, Heloani (2003, p.173) afirmou que “o processo de produção da subjetividade sempre envolveu, historicamente falando, alguma forma de expropriação”. Contraditoriamente, o trabalho como fator de equilíbrio poderia ser também um gatilho para o desequilíbrio e desgaste, frente as vicissitudes capitalistas.

Explicando melhor, o conceito de trabalho abarcou um significado maior do que o ato de vender a força de trabalho em busca de remuneração. Há que se considerar também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. Além disso, o trabalho tem uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, foram ligados à constituição da identidade e da subjetividade. A saúde mental, influenciada pela forma de relaciona-

mento interpessoal dentro do espaço laboral, ficou vulnerável, afetada para o bem ou para o mal (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Cabe enfatizar que essas definições de trabalho foram fundamentais, uma vez que apresentaram aspectos do ser humano na contemporaneidade, já expostos anteriormente, ressaltando uma concepção histórico-social, compreendido como produto e produtor de suas relações sociais e de um conceito de ciência como uma prática social. A fim de trazer esses conceitos para área da saúde, buscar-se-ão reflexões sobre as causas que desencadeiam o sofrimento psíquico no trabalhador, isto é, no sujeito, tendo por objetivo contextualizar essas questões no processo de trabalho em saúde.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Ao pensar em organização do trabalho, depara-se com o sujeito submetido à realização de atividades, buscando inúmeras formas diferentes de agir nesse contexto. Cabe destacar que o processo de trabalho ocorre entre as pessoas e desenvolvem-se numa relação interpessoal. Merhy (2002) expõe esse contexto apresentando formas de trabalho, morto e vivo, no qual estão envolvidos os atos produtivos. Assim, define-se o trabalho vivo como um saber tecnológico fundamental para o desempenho de sua função humana. O saber tecnológico aqui é compreendido como “certos saberes que são constituídos para organizar as ações humanas nos processos produtivos” (MERHY, 2002, p. 45). Já por trabalho morto consideram-se as matérias-primas envolvidas, como todo processo de trabalho envolvido no ato da produção de determinada matéria-prima, ou seja, um trabalho anterior, necessário para produção, mas que não está em ato. Classificam-se as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como leves, leves-duras e duras, o que permite visualizar o desenvolvimento do processo de captura do

trabalho vivo pelo morto e vice-versa. É neste processo que ocorre o trabalho vivo em ato que possibilita ao trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima (MERHY, 2002).

Salienta-se que o processo de trabalho em saúde remete o trabalhador para o agir com o outro, para as relações interpessoais, as quais exigem proximidades e trocas afetivas, sejam no campo individual ou no coletivo. Por meio dessas relações estabelecidas, pode-se inferir que o trabalho em saúde apresenta a predominância do trabalho vivo em ato. “O trabalho é centrado no trabalho, atua distintamente de outros processos produtivos das organizações dominantes” (MERHY, 2002, p. 48).

Nessa lógica, ao se referir ao trabalhador em saúde pública, é necessário entender que este trabalho nesta área está inserido no setor de serviço, institucionalizado, com fortes influências dos modelos industriais dominantes. Nesse contexto, as funções do trabalhador em saúde, diretamente relacionadas com a oferta de cuidados, estão diante de um cenário instável, conforme contornos anteriores. Pela necessidade do momento, passam por transformações tecnológicas e de organização de trabalho.

Em decorrência do que está sendo exposto, considera-se que a gestão em saúde pode ser compreendida como um campo de ação humana que visa interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de resultados previamente definidos e afetados pela lógica de produção capitalista, o que define certo tipo de coordenação e articulação. A gestão tem por objeto o trabalho humano, uma vez que fica sob responsabilidade do gestor alcançar a missão das instituições como também os interesses dos trabalhadores, com a difícil tarefa de equacionar interesses conflitantes.

Diante da necessidade desse estilo de gestão, a metodologia de Apoio Paideia, apresenta suporte técnico para se pensar à gestão em saúde, possibilita operacionalizar rede de conceitos, tanto no apoio

institucional, como matricial. O método Paideia é uma proposta de cogestão de coletivos, no qual suas diretrizes ético-políticas de compreender a gestão e o trabalho. Este método apresenta dois aspectos fundamentais. Primeiro uma perspectiva crítica referente ao mundo do trabalho regido pela ótica capitalista das instituições contemporâneas, e o segundo aspecto diz respeito ao próprio método de apoio e cogestão e suas normatizações (CAMPOS, 2003).

A função 'Paidéia' é entendida como uma dimensão da gestão, no sentido de produzir sujeitos e coletivos organizados e de reforçar o compromisso com os valores de uso nas atividades profissionais de trabalhadores da saúde. O método analisa e denuncia a influência da herança dos princípios tayloristas no cotidiano das organizações contemporâneas (CAMPOS, 2003, p. 21).

Destaca-se que o método Paideia tem por objetivo interferir no contexto institucional, visando efetivar a gestão democrática (cogestão) e ampliar a capacidade dos sujeitos para analisar, tomar decisões e agir sobre a realidade; salienta a necessidade de reativar a questão do sentido na vida organizacional; compreende que as concepções do pensamento administrativo clássico, na busca de técnicas úteis para produzir dominação e consenso, obediência e docilidade, desconsiderou ou forjou desejos e interesses, dando origem a percepções de pessoas e de relações de trabalho carregadas de consequências negativas para a vida de trabalhadores (CAMPOS, 2003). O trabalho em saúde é visto a partir de três objetivos: trabalha-se para produzir valor de uso para terceiros; trabalha-se para si mesmo, para assegurar a própria existência social; e trabalha-se para a reprodução da própria organização. Diante do contexto exposto, o método paideia procura meios para integrar essas dimensões polares da realidade: o mundo da vida e os sujeitos que intervêm sobre ele, ao mesmo tempo em que sofrem suas consequências. Para isto, sugere uma metodologia de análise com ênfase na

interpretação da ação prática dos sujeitos no mundo (CAMPOS, 2003).

Além disso, a legislação que regulamenta a Atenção Básica orienta para a superação das tradicionais formas de funcionamento dos serviços, isto é, um estilo de trabalho que apresentava processos da organização de trabalho fragmentados, no qual a atuação profissional era pautada no modelo biomédico. Surgem contrapondo com este modelo as propostas de apoio institucional (AI) e apoio matricial (AM) oriundos do apoio paideia e das orientações técnicas do SUS, que visaram aprimorar a gestão em Atenção Básica de Saúde e práticas de saúde na busca de uma gestão democrática – a cogestão (CAMPOS, 2010).

O AI está sistematizado na cogestão e visa desenvolver e organizar estratégias de supervisão e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). É uma proposta que caminha para a construção de um trabalho em saúde organizado coletivamente, deste modo, um espaço coletivo de articulação entre gestão e cuidado, com incentivo à educação permanente. Na mesma direção, o AM é uma estratégia de organização do trabalho que fortalece a atuação dos profissionais em saúde em formato de equipes multiprofissionais, assim pressupõe que as referidas equipes multiprofissionais devem apoiar às equipes de Atenção Básica. Neste sentido, o AM refere-se a um formato de organização dos trabalhadores de saúde, resultando na construção de equipes que assumem o compromisso com a produção de saúde (CAMPOS, 1999).

Evidencia-se que tanto no AI quanto no AM são primordiais para a gestão dos serviços em saúde, articuladas com o processo de trabalho, com espaços que valorizem discussões coletivas dos trabalhadores. Assim, a gestão assume papel fundamental para efetivação dessas propostas descritas acima.

Nessa mesma direção, Chanlat (1996) preconiza sobre o modo ou método de gestão, na perspectiva clássica, é o “o conjunto de práticas ad-

ministrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos que ela se tenha fixado” (CHANLAT, 1996, p. 119). Sendo assim, gestão envolve o tipo de estruturas organizacionais, o estabelecimento de condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, os sistemas de avaliação e controle dos resultados e os objetivos. Seus métodos constituem-se a partir de elementos do nível micro e macro-organizacional e recebem influência de fatores internos de organizações tais como a cultura, as tradições, as personalidades dos dirigentes etc. Eles são, também, impactados por fatores externos: políticas governamentais, papel do Estado, ciclo econômico, mundialização, movimentos sociais, sindicatos, dentre outros (CHANLAT, 1996).

Alinhado à perspectiva paideia, Chanlat (2002) apontou o método de gestão participativa, como o mais promissor, por valorizar a participação e a troca de experiências. Uma de suas principais características é o princípio de que as pessoas são responsáveis, devendo ter autonomia na realização de suas tarefas.

Neste mesmo sentido, Dejours (2004) e Chanlat (2002), relacionaram trabalho e subjetividade, salientaram que a atividade se torna referência privilegiada para estabelecer debates sobre saúde do trabalhador, com destaque para a relação entre os modos de gestão e o processo saúde-doença. Em outras palavras, o sofrimento psíquico no trabalho está intimamente relacionado à evolução da organização do trabalho e a forma de gestão.

Portanto, o trabalhador em saúde, isto é, os profissionais envolvidos na Atenção Básica de Saúde se deparam cotidianamente com um cenário mais ou menos promissor, que exige ações específicas, conforme serão expostas a seguir.

PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio dos requisitos da Atenção Básica de Saúde, configura-se no primeiro contato dos usuários com os serviços. Na Estratégia Saúde de Família, o processo de trabalho é organizado conforme as orientações da Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família são constituídas por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Neste cenário, exige-se dos profissionais envolvidos ações comunitárias que favoreçam a inclusão social no território onde vivem e trabalham. É necessário considerar as principais características das formas de organização do trabalho vigentes, a fim de compreender como estas estruturas determinam os mecanismos de defesa e as manifestações de saúde e doença presentes no contexto laboral (BRASIL, 2006).

O processo de trabalho no SUS, mais especificamente na ESF, se caracteriza pela horizontalidade gerencial, em que são desenvolvidas atividades assistenciais, educativas, burocráticas, gerência de equipe e demais serviços de natureza administrativa. A horizontalidade gerencial requer a superação dos níveis hierárquicos, havendo a preponderância do saber técnico sobre o hierárquico (BRASIL, 2006).

Diante dessa forma de organização do processo de trabalho, a ESF, que opera na esfera da Atenção Básica, se preocupa com o cuidado e proteção à saúde, direcionando-se às necessidades da população no território, garantindo universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade e responsabilização. Em consonância com o que se compreende por rede de atenção à saúde, a atenção básica compõe um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Desses conceitos, depreende-se que o trabalho em saúde é desenvolvido por meio de relação interpessoal, sendo assim, a visão de mundo, os valores e os afetos do profissional estão presentes em suas práticas cotidianas, tendo-as afetadas pelo entorno social, particularmente pelo sistema econômico capitalista. Conforme exposto anteriormente, no contexto da sociedade capitalista, os processos de trabalho possuem estreita relação com as formas de adoecimento do trabalhador. O trabalho e a saúde estão intimamente articulados, na medida em que as condições de trabalho contribuem para manter e reproduzir a situação de explorado e o comprometimento da saúde (HELOANI, RIBEIRO, 2012). Nessa perspectiva, Dejours (1992) expõe que o trabalhador, na relação com a organização de trabalho, constrói estratégias defensivas direcionando-se à realidade social do trabalho. O trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade do trabalho por meio dos mecanismos de defesa.

Por outras lentes, Campos (2003) expõe sobre as amarras capitalistas vivenciadas pelo trabalhador de saúde e reforça a necessidade de construção de abordagens compreensivas sobre as formas de atuar nas organizações de saúde; propõe uma análise dos espaços de expressão do trabalho, propostas de gestão que tenham como eixo a construção de alternativas de relacionamento com o trabalho, e destaca, ainda, as contribuições para uma compreensão do trabalhador como criador de história, ou seja, a identificação com o trabalho só é possível quando o trabalhador consegue assumir o ato de trabalhar como seu, apropriando-se dele como sujeito.

Neste sentido, Chanlat (1996), referido anteriormente, apresentou contribuições sobre modelos de gestão, salientou que não são imutáveis, mas passíveis de transformação, tornando-se fundamental valorizar a cooperação, confiança, reconhecimento, solidariedade e diálogo. Também apontou a necessidade de visualizar as adversidades

presentes no mundo do trabalho, desencadeantes de sofrimento psíquico no enfrentamento dessas situações. “A complexa tarefa de produzir saúde e as condições de trabalho adversas acarretam as trabalhadoras de saúde um estado de sofrimento e desgaste da sua própria saúde, pela instabilidade e precarização ou tensão a que estão expostos (HELOANI, RIBEIRO, 2012, p. 140).

A despeito de todas essas adversidades, é necessário pensar se o trabalho pode assumir significados de crescimento, utilidade, valorização, coerência e realização, constituindo-se numa atividade significativa para o sujeito, para a organização e para a sociedade. Nesse contexto, torna-se fundamental realizar reflexões cotidianas para que a gestão seja pensada e direcionada no desenvolvimento de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, com contínuo processo de ensino-aprendizagem.

Contraditoriamente, a organização do trabalho contemporâneo de gestão e de administração, sob a ótica do sistema capitalista, neoliberal, destaca princípios, sobretudo o recurso sistemático à avaliação quantitativa e objetiva do trabalhador sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade, as novas formas de organização do trabalho, de gestão e de direção das empresas é a individualização e o apelo à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes e entre os serviços.

Conforme seu ponto de vista, Dejours (2004) afirma que

As consequências desses princípios da organização do trabalho são, de um lado, o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza, mas, de outro, a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho. Disto resulta o agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho em crescimento em todo o mundo ocidental, o surgimento de novas patologias (DEJOURS, 2004, p. 34).

De fato, no modo de produção capitalista, o trabalho produz valores-de-uso e também tem a finalidade de produzir valor. Assim, o produto do trabalho toma a forma de mercadoria, a qual por sua vez se aliena de seu produtor. O trabalho no capitalismo confere características específicas à estrutura da atividade ao realizar a separação entre os sujeitos e suas condições objetivas de existência, expressa em alienação.

Essa alienação, do ponto de vista da Psicologia Sócio-histórica, possibilita uma compreensão da realidade distinta, que associada a Psicodinâmica do Trabalho, amplia o foco, permitindo verificar as diversas configurações dos mecanismos de defesa na esfera singular de cada espaço de trabalho. Apesar de já ter sido mencionado alguns pontos das duas teorias, se fará uma sistematização mais detalhada dessas duas lentes teóricas, primeiramente a sócio-histórica.

PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA

A psicologia é usualmente definida como ciência do comportamento humano e a psicologia social como ramo dessa ciência que lida com a interação humana. A proposta aqui é recorrer à Psicologia Sócio-histórica na busca de compreensão sobre quais as causas que desencadeiam sofrimento psíquico no processo de trabalho. A perspectiva sócio-histórica, tendo o materialismo histórico-dialético como seu principal pressuposto, expressa em seus métodos e teorias fundamentação para compreensão da categoria trabalho, permitindo obter respostas, indagações, angústias, dúvidas que envolvam a teoria como fundamental para uma leitura crítica no campo da Saúde do Trabalhador. Isso é possível, uma vez que a Psicologia Sócio-histórica rompe com a oposição entre o indivíduo e a sociedade, da mesma forma que a temática já vem sendo exposta anteriormente.

A abordagem sócio-histórica permite analisar as relações individuais, grupais e as relações entre símbolo e cognição. Neste sentido, Vygotsky (1996) destaca que os objetivos são: “caracterizar os aspectos tipicamente humanos do comportamento e elaborar hipóteses de como essas características se formam ao longo da história humana e de como se desenvolvem durante a vida do indivíduo” (VYGOTSKY, 1996, p. 25).

É notório na sociedade atual, que todo trabalhador está envolvido em uma atividade, seja ela de prazer ou sofrimento. Conforme exposto antes, Codo, Sampaio e Hitomi (1998) apontaram que o trabalho é gerador de significado, sendo uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza. Este autor define trabalho em sua dimensão mais essencial, como “uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza, geradora de significado” (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 1998, p. 25). Neste contexto, é pelo trabalho que o ser humano com sua própria ação, regula, impulsiona e controla sua relação material com a natureza. As complexas transformações políticas, econômicas e socioculturais, ao longo do tempo, ocorreram por meio dos modelos organizacionais e circunstâncias vivenciadas em nível local e particulares de cada trabalhador.

A teoria do desenvolvimento vygotskyana utiliza a concepção de que o organismo é ativo, estabelece contínua interação entre as condições sociais, que são mutáveis, e a base biológica do comportamento humano. Todas as conquistas que garantem aos indivíduos sua condição de humanização resultam das complexas relações sociais das quais ativamente participam e se inserem. Para Vygotsky (1996), a relação que se estabelece com a realidade é sempre e necessariamente mediada pela cultura, pelos valores característicos do momento social e histórico em que se vive, bem como pela história de vida e o que decorre dela. Ao remeter o trabalhador e quais as condições que permeiam o universo de trabalho, os aspectos apontados são significativos para compreender como o trabalhador apreende os acontecimentos de sua vida, seja no momento e/ou em sua história.

Assim, a história do desenvolvimento da sociedade e de cada pessoa está diretamente relacionada às transformações da atividade humana e dos motivos que a impulsionam. Nesta perspectiva destaca-se que a atividade vital humana se caracteriza pelo trabalho social mediante a divisão de suas funções, o que pode fazer surgir novas formas de comportamento. O sujeito elabora motivos complexos para a ação e se constituem essas formas de atividade psíquica específicas do sujeito (LURIA, 1987). A psique humana, portanto, não é dada e nem tampouco tem seu desenvolvimento caracterizado por etapas que pressupõem o seu ápice; considera o processo de sua constituição social, marcado tanto pelas conquistas históricas do gênero humano quanto pelas marcas singulares que socialmente produzidas.

Neste sentido, a abordagem sócio-histórica proporciona uma visão que considera os fenômenos psíquicos constituídos a partir da atividade do indivíduo em um modo de produção específico, e por outro, tem-se o trabalhador que, no desempenho de suas atividades, está submetido aos princípios tayloristas, como objetivo racionalizar o trabalho.

Outro aspecto que apresenta sua relevância e deve ser exposto é a atividade do trabalhador, por meio da venda da sua força de trabalho, para sua própria sobrevivência. Desta maneira, os modos de pensar, sentir e agir do ser humano dependem do modo de produção da vida, do momento histórico em que está inserido e se constituindo, da posição de classe que se insere nestas relações, da atividade que desempenha e da maneira particular em que se apropria das relações que estabelece no mundo. Por meio da consciência - forma essencialmente humana de percepção da realidade - estabelece-se pelo sujeito um quadro do mundo, em que ele mesmo está inserido e possibilita compreender o mundo social e individual, sendo como um reflexo psíquico da realidade (LEONTIEV, 2004).

De modo geral, o trabalho é encarado como uma atividade que gera um produto ou serviço e implica uma dependência do sujeito com

relação à natureza, no que se refere à sua vida e aos seus interesses. O trabalho torna-se uma categoria fundamental de análise, que se caracteriza como uma mistura, que inclui a atividade da pessoa consigo mesma, a atividade de relações interpessoais e a atividade em relação à produção social inter-relacionadas. Assim, o trabalho como atividade principal do indivíduo e como a maneira pela qual o ser humano produz e reproduz a sua vida é a atividade central na construção das dimensões objetivas e subjetivas humanas.

Desta forma, o processo de trabalho vai promovendo a apropriação de regras de conduta e de valores a ele relacionados, possibilitando ao trabalhador a construção da sua autoimagem, assumindo importância fundamental para a construção do psiquismo, a constituição do sujeito. O ser humano tem como necessidade fundamental a sobrevivência, portanto, na sociedade contemporânea o motivo do trabalho passa a ser o salário, do qual permite ao trabalhador sobreviver. O capital tem o impulso de valorizar e criar a mais valia, de absorver a maior quantidade possível de trabalho excedente, para viver, para satisfazer suas necessidades vitais; o trabalhador tem que vender a sua força de trabalho, tem que se alienar do e no trabalho (MARX, 1988). Observa-se que, no contexto capitalista, esse trabalhador trabalha para viver, mas só vive depois que cumpre seu trabalho. Deste modo, o trabalho não é um lugar onde o trabalhador encontra sentido, muito menos uma atividade que gere satisfação, é uma contradição, por ser obrigatório.

É exatamente neste ponto que se apresenta a principal contribuição da Psicologia Sócio-histórica, a alienação. No processo de trabalho, ela se configura para o trabalhador como se o trabalho não fosse dele próprio, mas como se pertencesse a outro. As relações de alienação presentes no trabalho se tornam presentes de forma ideológica, faz com que o trabalhador naturalize as relações de trabalho postas na sociedade capitalista, em que o trabalho assume aspectos universais e imutáveis.

Neste sentido, a Psicodinâmica do Trabalho fornece subsídios fundamentais para compreensão do sofrimento psíquico do trabalhador, pelas vias da alienação, por outras lentes teóricas, divergentes da Psicologia Sócio-histórica, em alguns pontos, mas convergentes em outros. Cabe assim destacar aspectos fundamentais dessa abordagem, que teve como principal autor o francês Christophe Dejours, que procurou, a partir da psicanálise, os aportes teóricos e interpretação da realidade do sujeito. Por isso essa abordagem apresenta recursos teóricos fundamentais que permitem a compreensão e identificação de formas de alienação impulsionadas por mecanismos inconscientes, sendo considerado um agravante no processo de sofrimento.

ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina clínica que se apoiou na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, como também uma disciplina teórica que se esforçou para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que englobou ao mesmo tempo a psicanálise e a teoria social. Desenvolvida com base na psicopatologia do trabalho, a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho apresentou uma relação entre o aparelho psíquico do trabalhador e a organização do trabalho, no qual realizou análise das estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação do trabalho, identificando as dinâmicas dos processos psíquicos utilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho (DEJOURS, 2004).

A utilização do termo Psicodinâmica do Trabalho foi resultado a partir de um rigoroso estudo referente à normalidade sobre a patologia. A psicopatologia do trabalho enfatizava o sofrimento como elemento central no processo de trabalho, sendo o sofrimento mental do trabalhador definido como insatisfação e ansiedade, gerados pela falta de significado

da atividade laboral. Já a Psicodinâmica do Trabalho foi além dessa perspectiva, uma vez que não se limitou apenas aos aspectos negativos do trabalho sobre a saúde, do sofrimento, mas do prazer no trabalho e quais as situações este trabalho acontecia (DEJOURS, 1992, 2004).

Dejours (2004) apresentou conceitos que embasaram a compreensão sobre o processo de trabalho, onde o sujeito está inserido, permitindo avaliar aspectos de prazer e sofrimento envoltos na execução e organização de trabalho, como também os recursos individuais que cada trabalhador recorre para lidar com essas condições. Destaca que para compreender a relação psíquica entre trabalhador e a situação de trabalho é preciso levar em consideração o encontro entre o imaginário e a realidade, produzidos a partir da situação laboral (DEJOURS, 1992).

Ainda nessa perspectiva, foi possível compreender que o trabalho possibilita ao indivíduo organizar sua vida, participar de forma ativa da sociedade, desenvolver sua subjetividade. Diante do trabalho, as estratégias defensivas têm como alvo principal minimizar a percepção do sofrimento no contexto de trabalho. Embora esses mecanismos não transformem o processo de trabalho, constituem-se em válvulas de escape para que o trabalhador suporte as vicissitudes e as dificuldades que lhes foram impostas. Essas transformações internas, se utilizadas de forma excessiva, poderão não ter mais o efeito desejado, levando à explosão e à situação de adoecimento. Dentre esses mecanismos, alguns são a negação, a introjeção, o isolamento, que por sua vez leva à potencialização da competitividade. É nesse ponto que as duas teorias, psicodinâmica e sócio-histórica convergem, pois Dejours (1992) prevê que essas situações de intenso uso dos mecanismos de defesa pode levar ao aumento do grau de alienação, o que impede cada vez mais a transformação do que de fato precisa mudar, o processo de trabalho adoecedor (DEJOURS, 2004).

Diante desse contexto, tem-se o trabalhador que em seu cotidiano utiliza-se de respostas manifestas por meio de mecanismos de defesa

quando percebe que o trabalho restringe o seu investimento afetivo e material. O uso dos mecanismos citados acima se constitui numa forma de luta, tanto no nível individual quanto no coletivo.

Do mesmo modo, em relação ao trabalho coletivo, essa luta se impõe, em virtude de sua importância para que as ações possam resultar e implementar a formação de uma equipe, de um coletivo unido para desenvolver as atividades juntos. Por outro lado, Dejours (2012) expõe a possibilidade da utilização de recursos mais saudáveis que para o trabalho em equipe ocorra, efetivamente. É fundamental a cooperação, visto que juntamente com o reconhecimento do trabalho, poderá resultar em poder emancipatório de resistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o trabalho coletivo apresenta um elo essencial entre a inteligência, habilidade e a criatividade inerente a cada indivíduo. Neste sentido, o trabalho coletivo, assim como trabalho individual necessita da mobilização da inteligência de cada trabalhador, requer uma inteligência criativa, habilidades que apresentem características peculiares a cada pessoa (DEJOURS, 2012). Portanto, o trabalho coletivo pode apresentar riscos, se essas especificidades da inteligência humana não se articularem em harmonia, de forma espontânea, o que pode resultar em grandes divergências e incoerências pelas diversidades das inteligências presentes no processo de trabalho coletivo. “Um trabalho coletivo só é possível se obtiver a reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva comum” (DEJOURS, 2012, p. 79).

Conseqüentemente o trabalho coletivo só é possível diante da visibilidade, confiança, deliberação, consentimento, disciplina, participação de todos os trabalhadores. Inquestionavelmente, o trabalho coletivo requer cooperar, discutir, deliberar e respeitar diferentes formas

de agir. No entanto, ao realizar o trabalho em equipe de forma arbitrária, pode ocorrer complexos problemas e gerar sentimentos de injustiças, já que trabalhar em equipe requer o viver com as outras pessoas, respostas às regras que direcionam para o real do trabalho. “As regras de trabalho são antes vetorizadas por um objetivo instrumental...são sempre regras sociais, regras que organizam a civilidade e o viver junto” (DEJOURS, 2012, p. 96).

Deste modo, uma regra de trabalho é responsável por organizar a decisão de trabalho e o viver em coletividade, um coletivo organizado pelas regras elaboradas pelos trabalhadores, através de cooperação, liberdade e deliberação. Sobre o mesmo ponto de vista, Dejours (2012) expõe a importância de dar voz aos trabalhadores, por meio de “espaços públicos” que podem ser construídos pelos próprios trabalhadores.

É necessário abrir um espaço público interno de discussão que vá além do conhecimento técnico e da divisão de trabalho, “onde o trabalhador possa discutir as regras de consenso para trabalhar em conjunto e a elaboração das relações de confiança entre trabalhadores” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 136).

Nesses espaços, a alienação pode ser desconstruída, pois neles são possíveis a realização de momentos partilhadas, por meio da cooperação, a confiança e regras comuns, no qual emerge o sentido do trabalho coletivo, ocasionado pela mobilização subjetiva, que caracteriza pelo uso da inteligência particular de cada trabalhador. A utilização destes recursos pelos trabalhadores depende do engajamento simbólico que perpassa o reconhecimento da competência do trabalhador, como também pelo processo de mobilização subjetiva que é vivenciado por cada trabalhador.

Além disso, Dejours (2012) considera que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações, que são estabelecidos compromissos entre os sujeitos para definir regras de trabalho e formas de lidar com a orga-

nização de trabalho; enfatiza que o trabalho humano ocupa um lugar central na construção da identidade do sujeito, dando ênfase à sublimação, sendo este um recurso do trabalhador para articular desejos inconscientes com a realidade.

Inegavelmente, a Psicodinâmica do Trabalho utiliza-se de três concepções fundamentais para compreender o processo de prazer/sufrimento inerentes no processo de trabalho. Primeiro – refere-se ao sujeito em busca de autorrealização, conseqüentemente na construção de sua identidade, permeada por características e aspectos cognitivos peculiares ao trabalhador. O segundo conceito refere-se ao trabalho prescrito e o trabalho real, o primeiro foi o planejado, o segundo foi executado. Essas duas faces do trabalho geram uma possível contradição, que vai refletir diretamente nas subjetividades desenvolvidas no dia a dia do trabalhador:

A nova interpretação das relações subjetivas da organização do trabalho revela a existência de contradições e de impossibilidades materiais contidos na organização prescrita do trabalho. Diante dessas dificuldades da organização do trabalho, cada qual contribui em segredo com ajustes e com estratégias, o que provoca o surgimento das contradições entre as pessoas. Não se podendo imputar essas contradições à organização do trabalho, elas degeneram em conflitos interpessoais, cada qual sendo tachado pelo outro como o responsável pelas imperfeições do trabalho e pelos riscos de segurança pessoal que cada um corre em decorrência desse trabalho malfeito (DEJOURS, 2004, p.218).

Utilizando esses conceitos de prescrito e real no âmbito do trabalho em saúde é possível depreender que na perspectiva do SUS a gestão pública dos serviços de saúde preconiza que as decisões sejam descentralizadas, conforme os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade. Contrariando essas normatizações, na prática, nem

sempre as normatizações, o trabalho prescrito ocorre da forma como foi idealizado, observando-se certas dificuldades inerentes à organização do trabalho, gerando em muitas situações um trabalho real em desconformidade com o trabalho prescrito. Atualmente, o modo como os serviços se estruturam, a forma como são gerenciados os processos de trabalho, resultam em dificuldades enfrentadas na saúde pública. Diante dessas questões, este cenário configura um nó crítico, frente às propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil. No processo de trabalho em saúde uma atividade de produção que envolve relações humanas, requer diferentes formas de intervenções, principalmente, intervenções criativas do trabalhador, sendo considerado um trabalho vivo (MERHY, 2007).

Retomando, a Psicodinâmica do Trabalho, a terceira concepção fundamental é o reconhecimento, uma retribuição esperada pelo trabalhador de forma simbólica. Dejours (2012) fala em reconhecimento em duas dimensões, sendo a primeira o reconhecimento no sentido de constatação, que seria o reconhecimento da realidade que constitui a contribuição do trabalhador a organização de trabalho. Já o segundo, é o reconhecimento no sentido de gratidão, que passa pela construção de julgamento do outro, a partir do trabalho realizado. Dessa forma, a retribuição simbólica conferida pelo julgamento pode fazer sentido ao trabalhador se tocarem as expectativas subjetivas quanto à realização do trabalho (DEJOURS, 2004).

Na esfera do trabalho em saúde, o reconhecimento pelo trabalho tem papel fundamental, por meio de uma retribuição simbólica. Pode trazer sentido para a atividade desenvolvida na produção do cuidado, mas exige uma constante negociação entre as necessidades do próprio trabalhador, do usuário e dos serviços. Requer diferentes formas de intervenções, principalmente, intervenções criativas do trabalhador, sendo considerado um trabalho vivo (MERHY, 2007).

Mediante o exposto, as abordagens teóricas fornecem subsídios que têm como foco principal os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito, portador de uma história singular, de uma inteligência com características únicas e uma situação de trabalho que apresenta normas que correspondem às exigências da organização, independentemente das necessidades e da vontade do trabalhador.

Em síntese, as abordagens teóricas que foram expostas neste texto permitem visualizar o sujeito em seu processo de trabalho, de vários ângulos, considerando sua história pessoal, aspectos culturais e econômicos da sociedade, sendo este último preponderante sobre os demais, regulando a atividade no processo de trabalho, com interesses que não correspondem às especificidades do trabalhador na atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. **Os aparelhos ideológicos do Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

ALVES, T. N. P. **Política nacional de medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. 1a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BRASIL. Constituição (1998) **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf Acesso em: em 17 jun. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 17 jun. 2020.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. DE; CASTRO, A. M. DE. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745–749, 2004.

CAMPOS, G. W. D. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e humanização em saúde: cogestão e não violência como postura existencial e política. In: HUMANIZAÇÃO, B. M. DA S. S. DE A. À S. P. N. (Ed.). **Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS v. 2.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 256.

CHANLAT, J.F. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. **“Recursos” Humanos e Subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1996. p. 118–128.

CHANLAT, J.F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública,** p. 1–9, 2002.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia.** 2a ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Indivíduo trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar.** Petrópolis: Vozes, 1998.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5a ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção,** v. 14, n. 3, p. 27–34, 2004.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação.** Brasília: Parelo 15, 2012.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1993.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas.** 27ª ed. Rio de Janeiro: Nau, 2004.

FREUD, S. Construções em análise. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1981. p. 275–289.

FREUD, S. **A História do Movimento Psicanalítico**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GARCIA-ROZA, L. A. As Afasias de 1891. In: FREUD, S.; GARCIA-ROZA, L. A. **Sobre a concepção das afasias/As afasias de 1891**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 125–171.

GOULART, I. B. **Psicologia Organizacional e do Trabalho - Teoria, Pesquisa e Temas Correlatos**. 2a ed. Casa do Psicólogo, 2002.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In: DAVIS, M. *et al.* **Coronavirus e luta de classes**. Terra sem Amos, 2020.

HELOANI, R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2003.

HELOANI, R. Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, A. M. **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 153–168.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. **Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação Production**, 2004.

HELOANI, J. R. M.; RIBEIRO, S. F. R. O Sofrimento psíquico do Trabalhador do SUS frente a morte do Usuário no processo de Trabalho Interdisciplinar. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. **Trabalho e estranhamento: Saúde e Precarização do Homem que trabalha**. São Paulo: LTr, 2012.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, n. 17–18, p. 139–156, 2002.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Centauro, 2004.

LURIA, A. R. **Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria**. Artes Médicas, 1987.

MARX, K. **As crises econômicas do capitalismo**. São Paulo: Acadêmica, 1988.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

CAPÍTULO 4

REVISÃO DE LITERATURA- SOFRIMENTO PSÍQUICO E O TRABALHADOR DE SAÚDE

Ékelis Cris Pires Sales Pina,
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

INTRODUÇÃO

Com foco na temática deste livro cabe apresentar este capítulo de revisão de literatura sobre o sofrimento psíquico no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica (AB), proveniente de estudo de revisão sistemática qualitativa de literatura. Buscou-se em produções científicas a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho. Realizou-se uma análise crítica, entendendo que esse exercício de produção do conhecimento científico é fundamental para o conhecimento acerca do sofrimento humano, relacionado ao trabalho na sociedade capitalista.

Destaca-se que a organização de saúde pública em nosso país pelo Sistema de Saúde no Brasil (SUS) regulamentou as políticas públicas de saúde, como fruto do movimento da Reforma Sanitária, um dos principais movimentos sociais ocorridos no final dos anos 70 e durante a década de 80 do século passado. Este movimento foi fundamental no desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde.

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988 (BRASIL, 1990), incorporou as propostas defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo a saúde como direito inerente à cidadania. Nesse contexto, houve uma transformação no sistema de saúde brasileiro, re-

conhecendo a saúde como direito social e definindo um novo paradigma para a ação do Estado nessa área. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual, principalmente pela lei Orgânica da Saúde, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, responsável pela operacionalização do SUS e pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que incorporou ao SUS o controle social, ou seja, a participação dos usuários dos serviços de saúde na gestão do serviço.

Enquanto ordenadora da complexa organização do SUS, a Atenção Básica (AB) pode ser entendida por

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema único de saúde, mas não se resume a isso, pois tem a tarefa de orquestrar toda a rede de atenção à saúde, sendo a estratégia Saúde da Família (SF) uma forma de reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS, o qual preconiza que os serviços sejam organizados pela assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Para a execução dos serviços na Estratégia Saúde da Família, exige-se uma organização, normatização referente à organização de trabalho (BRASIL, 2011).

Embora o capítulo anterior tenha apresentado a fundamentação teórica sobre o assunto, seguir-se-á a repetição de algumas questões centrais, a fim de facilitar a compreensão do leitor.

Entende-se por organização do trabalho a divisão das tarefas

(modo operatório), que afeta de forma direta o interesse e o tédio no trabalho e a divisão dos sujeitos (hierarquia, comando, submissão), atingindo diretamente as relações estabelecidas entre os trabalhadores no seu local de trabalho. A organização do trabalho está relacionada à divisão interna da organização e de seus trabalhadores. Neste sentido, a saúde mental é influenciada pela forma de relacionamento interpessoal dentro do espaço laboral, visto que o comportamento organizacional é alterado pela simples presença de uma pessoa alheia ao ambiente (DEJOURS, 1992). Segundo este autor, é na organização de trabalho que a identidade do trabalhador é impactada e o sofrimento psíquico pode emergir, de forma que compreende diminuição da capacidade de agir, do poder fazer, dificuldades na construção da identidade e integridade dos sujeitos, ausência de possibilidades. O conteúdo significativo da tarefa pode gerar insatisfação, que ocorre quando sua realização não apresenta um sentido para o trabalhador, porque não representa um propósito em relação ao conjunto da organização e, muito menos, para sua família e para a sociedade. Dejours (2004) afirma que existe centralidade do trabalho na vida do sujeito, postulando uma continuidade entre o funcionamento psíquico no trabalho e fora dele. “A relação subjetiva com o trabalho leva seus tentáculos para além do espaço da fábrica ou do escritório, e coloniza profundamente o espaço fora do trabalho (...). A separação clássica em dentro do trabalho e fora do trabalho não tem sentido em sociologia do trabalho, assim como em psicodinâmica do trabalho” (DEJOURS, 2004, p. 101).

Sendo assim, a relação entre prazer e sofrimento no trabalho está intimamente articulada às formas de organização do trabalho. Segundo Heloani, “há uma relação complexa e singular entre as mudanças nos sistemas organizacionais e a vida psíquica” (HELOANI, 2008, p. 8).

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho pode ser responsável pelas consequências de sofrimento psí-

quico que acometem o funcionamento psíquico do trabalhador. Exerce sobre o sujeito uma ação específica, nas relações interpessoais, que pode, em certas condições, resultar em sofrimento (DEJOURS, 2004).

Diante do exposto, em relação à constituição do sujeito e subjetividade, a globalização, apresenta um marco, ou seja, com a globalização presenciam-se transformações nas áreas políticas, econômicas, tecnológicas e sociais que resultaram em um novo cenário no mundo do trabalho, ou seja, na reestruturação do trabalho com deslocamento do foco do componente manual do trabalho para o componente intelectual (GOULART, 2002).

Nessa lógica, considera-se que a inovação no sistema organizacional caminha para novas formas e técnicas de gestão da produção e processo de trabalho. Essas novas formas de gestão vão substituindo as tradicionais, e um novo modo de gestão começa a ser visualizado, modo este baseado na excelência, na busca de qualidade total e competitividade. Neste sentido, o trabalho, diante do contexto capitalista, exigiu reestruturação produtiva e possibilitou a consolidação da política neoliberal, conforme expõe Goulart (2002). “A consolidação da política neoliberal determinou ajustes estruturais na economia e na flexibilização do trabalho. Nos países com desenvolvimento tardio, como o Brasil, a absorção da globalização e a transição para o novo capitalismo vem se dando à custa de muito sofrimento” (GOULART, 2002, p. 20).

O trabalho, inserido nessa lógica capitalista, passou a ser marcado como espaço de dominação e submissão do sujeito pelo capital. Por outro lado, é uma atividade vital do sujeito que possibilita à espécie humana romper com os limites biológicos. “O Trabalho é um processo entre o sujeito e a Natureza, um processo em que o sujeito, por sua própria ação, media, regula e controla o seu metabolismo com a Natureza” (MARX, 1988, p. 142).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho apontaram que as principais mudanças foram oriundas das profundas reorganizações na estrutura produtiva do capitalismo, em sua materialidade, bem como em seu campo mais subjetivo, político e ideológico. Neste sentido, Dejours afirmou que “o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc.” (DEJOURS, 2004, p. 28).

Cabe lembrar, conforme exposto antes, que o processo de trabalho ocorre entre as pessoas e desenvolvem-se numa relação interpessoal. Na esfera do trabalho em saúde, Merhy (2002) expõe formas de trabalho, morto e vivo, no qual estão envolvidos os atos produtivos. Assim, define o trabalho vivo como um saber tecnológico fundamental para o desempenho de sua função humana. O saber tecnológico aqui é compreendido como “certos saberes que são constituídos para organizar as ações humanas nos processos produtivos” (MERHY, 2002, p. 45). Já por trabalho morto, consideram-se as matérias-primas envolvidas, como todo processo de trabalho envolvido no ato da produção de determinada matéria-prima, ou seja, um trabalho anterior, necessário para produção, mas que não está em ato. Neste sentido, classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como leves, leves-duras e duras, o que permite visualizar o desenvolvimento do processo de captura do trabalho vivo pelo morto e vice-versa. É neste processo que ocorre o trabalho vivo em ato, que possibilita ao trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima (MERHY, 2002).

Inegavelmente, o processo de trabalho em saúde, remeteu o trabalhador para o agir com o outro, para as relações interpessoais, as quais exigiram proximidades e trocas afetivas, no campo individual ou no coletivo. Por meio dessas relações estabelecidas, o trabalho em saúde apresentou características de trabalho vivo em ato.

MÉTODO

O estudo apresentado neste capítulo trata-se de revisão de literatura, sendo este fundamental para o levantamento da produção científica disponível, possibilita-se articular os saberes de diversas fontes e construir uma resposta que vai ao encontro do que se deseja conhecer. É uma avaliação de materiais que já foram publicados, onde os autores definem e esclarecem um determinado problema, sumarizam estudos prévios e informam aos leitores o estado em que se encontra determinada área de investigação.

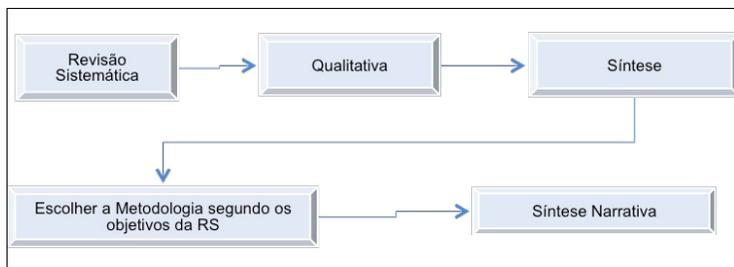
A investigação foi numa abordagem qualitativa que, segundo Minayo (1993), se constitui como um processo no qual o pesquisador tem “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente” (MINAYO, 1993, p. 23), pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta “uma carga histórica” e reflete posições frente à realidade.

O delineamento adotado foi de análise crítica do material, ou seja, revisão sistemática qualitativa, uma vez que esta modalidade se apoia em critérios rigorosos para a seleção dos artigos, incluindo estudos empíricos a fim de compreender um determinado fenômeno, a partir de estudos anteriores, ampliando a visão do leitor sobre o assunto.

Para Gomes e Caminha (2014), a revisão de literatura é sempre recomendada para o levantamento da produção científica disponível e para a (re)construção de redes de pensamentos e conceitos, que articulam saberes de diversas fontes na tentativa de trilhar caminhos na direção daquilo que se deseja conhecer.

Na Figura 1 apresenta-se o fluxograma, no qual se detalha o desenho metodológico.

Figura 1: Fluxograma do desenho metodológico adotado



Fonte: Gomes e Caminha, (2014, p. 399)

Para Botelho, Cunha e Macedo (2011), a revisão sistemática é utilizada como forma de obter informações que possam contribuir com processos de tomada de decisão nas ciências da saúde. Ela tem de ser conduzida de acordo com uma metodologia clara e possível de ser reproduzida por outros pesquisadores. Para tal, é preciso que os estudos incluídos sejam primários, contenham objetivos, materiais e métodos claramente explicitados.

FASES DA REVISÃO SISTEMÁTICA

Este estudo foi realizado por meio de sete fases, conforme recomenda-se o Centro Cochrane no Brasil que, independentemente de sua especificidade, a revisão sistemática seja realizada nessas sete etapas. Assim foi composta: (1) formulação da pergunta; (2) localização e seleção dos estudos; (3) avaliação crítica dos estudos (4) coleta dos dados; (5) análise e apresentação dos dados; (6) interpretação dos dados e (7) aprimoramento e atualização da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; GOMES; CAMINHA, 2014).

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA

O estudo foi conduzido a partir da seguinte questão norteadora: Qual a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde? Após este questionamento, foram desenhadas todas as etapas da elaboração da pesquisa de revisão sistemática qualitativa.

LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS PELOS DESCRITORES

Por meio de busca online das publicações nas bases de dados, identificaram-se os artigos de acordo com os seguintes descritores: trabalho, sofrimento, saúde da família e atenção básica (Job, Suffering, Family Health e Primary Care), em português e inglês, indexadas nas bases de dados eletrônicas. Os descritores foram escolhidos mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Destacam-se as bases de dados utilizadas: MedLine (Literatura Internacional em Ciência da Saúde); SciELO (Scientific Electronic Library Online), BVS-Psi (Biblioteca Virtual em Saúde e Psicologia). O levantamento nas bases de dados ocorreu no período de maio de 2016 a outubro de 2016.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para inclusão selecionaram-se artigos científicos, nacionais e internacionais, que continham no resumo as palavras-chaves utilizadas na busca, e a metodologia utilizada tivesse sido pesquisa de campo, no período de 2010 a junho de 2016.

Já para a exclusão, resolveu-se por artigos que não disponibilizaram texto completo, estavam repetidos entre as bases, não tinham relação

com assunto pesquisado, artigos de revisão de literatura, como também não estavam dentro do período estabelecido. Aplicados os critérios de exclusão, restaram dez artigos, sendo oito publicados na literatura nacional e dois em periódicos internacionais. Os referidos artigos foram lidos e analisados; buscou-se destacar os pontos principais apontados pela literatura, bem como elaborar uma reflexão crítica sobre os mesmos. Os artigos foram avaliados criticamente segundo a pergunta da pesquisa, sendo mantidos somente os que preencheram os critérios de inclusão.

A seguir, pode-se observar a estratégia de busca utilizada nas bases de dados e a quantidade de artigos identificados de acordo com os descritores e termos definidos, conforme é apresentado na Tabela 1.

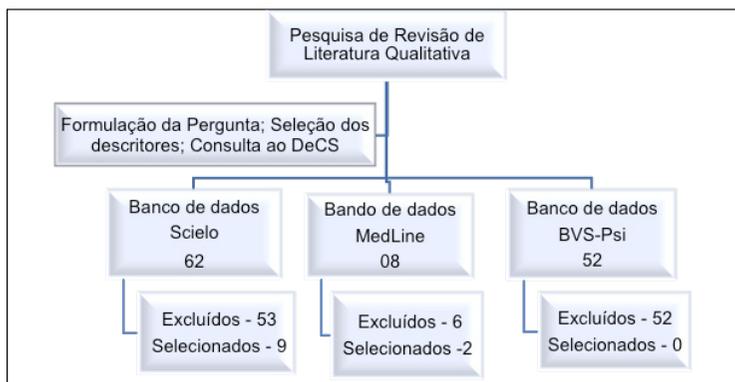
Tabela 1: Quantidade de artigos encontrados nas bases de dados

Base de dados	Estratégias de busca	Identificados	Repetidos	Fora do objetivo	Fora período	Incompletos	Revisão de literatura	Selecionados
Scielo	“sofrimento and trabalho and saúde da família”	62	5	37	7	3	2	8
MedLine	“Job” “suffering” “family Health” “Primary Care” selecionado a opção (AND)	08	2	2	1	1	0	2
BVS-Psi	“sofrimento and trabalho and Saúde da Família”	52	15	23	11	1	2	0

Fonte: Produzido pelas autoras

O fluxograma abaixo sintetizará os passos seguidos para realização desse estudo.

Figura 2: Fluxograma dos artigos selecionados após a leitura



Fonte: Produzido pelas autoras

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram sistematizados por meio da descrição dos artigos, detalhados em forma de quadro (Quadro 1):

Quadro 1: Aspectos de destaque nos artigos

Autores	Título	Periódico / Ano	Objetivos	Métodos	Conteúdo
Shimizu, H. E., & Carvalho Junior, D. A	O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família e Suas Repercussões no Processo Saúde-Doença.	Ciência & Saúde Coletiva. 2012.	Analisar a percepção dos trabalhadores da equipe básica da ESF- DF acerca do processo de trabalho.	Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA).	Evidencia um modo de gestão do processo de trabalho Taylorizado na ESF, caracterizado pela divisão de trabalho entre formuladores e executores, pela repetição das tarefas, pela fiscalização de desempenho, pela fragilidade da comunicação formal entre os diferentes níveis hierárquicos.
Rosa, A. J., Bonfanti, A. L., & de Sousa Carvalho, C	O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas Relações com o Trabalho	Saúde e Sociedade. 2012.	Analisar aspectos que, quando presentes nas condições e relações de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde, podem relacionar-se ao desencadeamento de sofrimento psíquico.	Pesquisa qualitativa.	Apresentaram reflexões sobre a excessiva responsabilidade no trabalho do ACS e a sobrecarga. Apresentaram a necessidade de apoio emocional e psicológico oferecidos pelos ACS em suas visitas. Discorrem sobre uma demanda da população que extrapola a busca da saúde física e se expande para as necessidades afetivas, como carinho, companheirismo, amizade e cuidado.
Kessler, A. I., & Krug, S. B. F.	Do Prazer ao Sofrimento no Trabalho da Enfermagem: o Discurso dos Trabalhadores.	Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012.	Identificar situações causadoras de prazer e de Sofrimento no trabalho da enfermagem de duas instituições de saúde.	Estudo comparativo, de caráter exploratório-descriptivo, com abordagem qualitativa.	As realidades dos serviços de saúde podem gerar situações de prazer e de sofrimento aos trabalhadores, especificamente, podem somar-se às influências da realidade social e cultural da área rural. Nos serviços de saúde foi possível identificar situações de prazer e sofrimento distintas, mas também comuns entre eles.
Ursine, B., Salmazo Trelha, C., & Polo Almeida Nunes, E. d. F	Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2010.	Investigar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na região sul do município de Londrina.	Instrumento abordando aspectos sociodemográficos, de saúde e de trabalho versão abreviada (WHOQOL-Bref).	Condições de trabalho precárias e promotoras de sofrimento aos ACS. Sugere ser necessário estabelecer compromissos mútuos entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade
Vilela, R. A., Silva, R. C., & Jackson Filho, J. Mal.	Poder de Agir e Sofrimento: Estudo de Caso Sobre Agentes Comunitários de Saúde.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2010.	Compreender a relação entre queixas de sofrimento e as condições de trabalho das ACS e propor medidas para modificá-las.	Adotou perspectiva metodológica diferente da usada por Jardim e Lancman (2009), que se fundou na Psiconômica do Trabalho.	A descrição dos fatores que determinam e influenciam em situação, para mais ou para menos, a capacidade de agir abre perspectivas concretas para a melhoria do trabalho e para enfrentar os fatores determinantes do adoecimento. Destacam a existência de conflitos e dificuldades enfrentadas pelas agentes para viabilizar a proposta da Saúde da Família no atual contexto do SUS.
Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F	Sofrimento Psíquico do Trabalhador da Saúde da Família na Organização do Trabalho.	Psicologia em Estudo. 2011.	Identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho na ESF.	Pesquisa Qualitativa	Evidenciaram que sofrimento apareceu como desânimo, angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, atribuição dos problemas do usuário a si mesmo, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e impotência ante a dificuldade de dar conta da demanda.
Katsurayama, M., Parente, R. C. P., & Moretti-Pires, R. O	O Trabalhador no Programa Saúde da Família no Interior do Estado do Amazonas: um Estudo Qualitativo.	Trabalho, Educação e Saúde. 2016.	Análise da relação trabalho-subjetividade na Estratégia Saúde da Família no interior do estado do Amazonas.	Estudo Qualitativo	Destacaram diferentes conteúdos significativos do trabalho, o sentido simbólico que ele introduz na atividade de trabalho, além de estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, entre elas a racionalização e a relação de confiança e cooperação encontrada na equipe.
Cardoso, C., Brito, M., Pereira, M. O., Moreira, D. A., Tibães, H., & Ramos, F.	Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no Cotidiano.	CIAIQ2015. 2015.	Compreender as vivências de Sofrimento Moral expressas no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.	Estudo Qualitativa	As vulnerabilidades sociais, como violência doméstica e condições socioeconômicas precárias e as fragilidades organizacionais do Sistema de Saúde, foram os principais geradores de Sofrimento Moral ¹ .
Babbot, S., Marwell, L. B., Brown, R., Montague, E., Williams, E., Schwartz, M. & . Linzer, M.	Registros Médicos Eletrônicos e Estresse Médico na Atenção Primária : Resultados do Estudo MEMO.	Journal of the American Medical Informatics Association. 2013.	Avaliar as relações entre o número de funções de registro médico eletrônico, as condições de trabalho na atenção primária	Estudo de Erros de Minimização, Maximização de Resultados (MEMO).	Evidenciaram dados de estresse e burnout devido prática em transição, pode ser uma prática sob pressão. Médicos que trabalham com RME alteram funcional experimentam uma variedade de resultados pessoais adversos em associação com a pressão de tempo durante as visitas ao consultório e exames físicos.
Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Garcia-Campayo, J	Mindfulness, Percepção de Estresse e Bem-estar Subjetivo : um Estudo Correlacional em Profissionais de Saúde de Cuidados Primários.	BMC complementary and alternative medicine. 2015.	Verificar as correlações entre auto-relato de atenção plena, percepção de estresse e bem-estar subjetivo em Profissionais de Saúde de cuidados primários.	EMAAS, de Consciência Atencional à Atenção (MAAS), Escala de Estresse Percebido (PSS) e Escala de Bem-estar Subjetivo (SWS). Análise de variância multivariada (MANOVA)	Afirmam que houve correlações claras entre atenção plena, percepção de estresse e bem-estar subjetivo em diferentes categorias de profissionais de atenção primária e tempo na mesma posição de trabalho.

Fonte: Produzido pelas autoras

¹ Sofrimento Moral é como uma dor ou angústia que afeta a mente, corpo ou relações interpessoais no trabalho, diante de uma situação na qual o profissional reconhece sua responsabilidade moral e faz um julgamento a respeito da conduta correta, entretanto, se vê impedido de colocá-la em prática. (CAR-DOSO, C. et al. 2015)

A discussão, a seguir, foi proveniente de uma análise cuidadosa dos artigos, dos quais foram abstraídos os sentidos, a fim de reconstruir pensamentos e conceitos, por meio da articulação entre os achados apresentados pelos autores das publicações selecionadas e as teorias apontadas na introdução deste capítulo. Todas as ideias estiveram entrelaçadas numa rede de saberes inter-relacionadas, mas para facilitar a exposição foram agrupadas em quatro categorias: fatores de sofrimento, saídas para o sofrimento, fatores de prazer, contribuições de cada autor de como lidar com o problema, e por último, lacunas. Serão apresentadas logo abaixo.

FATORES DE SOFRIMENTO

O trabalho, diante do contexto capitalista, exigiu uma reestruturação produtiva, o que veio a consolidar uma política neoliberal, diante desse sistema de produção baseado no lucro, permeado por individualidade, pressões e produtivismo. Nesse meio, o sofrimento emergiu como sendo um elemento principal que perpassou todo contexto do trabalho em saúde da família (GOULART, 2002).

Segundo Codo, Sampaio e Hitomi (1998), o trabalho, em sua dimensão mais essencial, foi considerado uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza, geradora de significado. É por meio do trabalho que o ser humano com sua própria ação, regula, impulsiona e controla sua relação material com a natureza. Neste sentido, a função psicológica do trabalho ocupou papel central no desenvolvimento da capacidade de ação dos trabalhadores e de sua personalidade. Foi no contexto de trabalho, no dia a dia da dinâmica dos serviços que o trabalhador pode experimentar situações prazerosas ou de sofrimento; e até mesmo de adoecimento mental.

Nessa ótica, o sofrimento teve destaque nos artigos analisados, sendo evidenciado por Ribeiro e Martins (2011) na formas de desânimo,

angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, atribuição dos problemas do usuário a si mesmo, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e impotência ante a dificuldade de dar conta da demanda. Na íntegra, as autoras afirmaram que

Cabe salientar que os pressupostos da Saúde da Família baseiam-se numa reorientação do modelo e em arranjos na organização do trabalho que consideram as múltiplas determinações do processo saúde-doença, o que deveria proporcionar autonomia e liberdade ao trabalhador, mas a perda do sentido no trabalho, pela fragmentação, e a falta de reconhecimento de si no trabalho, deixaram claro quanto, na lógica neoliberal e capitalista de produção, o trabalho não atende aos interesses e desejos do trabalhador, mas aos do mercado e do capital ((RIBEIRO; MARTINS, 2011, p. 248).

As condições de trabalho foram consideradas por Atanes *et al.* (2015), Cardoso *et al.* (2015), Shimizu e Carvalho Junior (2012), Ribeiro e Martins (2011), Ursine, Trelha e Nunes (2010) como sendo causadoras de sofrimento psíquico no trabalho. Esses autores afirmaram que, em muitas situações, a instituição de Estratégia Saúde da Família expunha os profissionais a precárias condições de trabalho, situações do cotidiano dos integrantes da equipe de Saúde da Família que comprometiam a qualidade do trabalho. Passavam por dificuldade em atender às demandas que se apresentavam no trabalho; questões relacionadas à infraestrutura e às exigências impostas ao trabalhador, baixa remuneração, envolvimento em trabalhos administrativos e protocolares.

Essas condições de trabalho precárias na Estratégia Saúde da Família foram elucidadas sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Nessa abordagem, o trabalho – atividade desempenhada por homens e mulheres - os trabalhadores e trabalhadoras de saúde - requer do trabalhador o uso de sua criatividade, afetividade e inteligência direcionada para a construção do novo (DEJOURS, 2004). Quando ele se sente limitado, no

uso dessa criatividade, tem menos propensão de investir sua afetividade no trabalho, tornando-se cada vez mais desgastado. No caso do trabalhador de saúde, essas limitações se expressaram pelo excesso de demanda, infraestrutura precária, exigências administrativas e protocolares.

Por outro lado, o contrário disso seria o desenvolvimento do trabalho de forma saudável, não fragmentado, considerado como uma função essencial, um processo de transformação entre o sujeito e a natureza, geradora de significado (CODD; SAMPAIO; HITOMI, 1998). Entretanto, esse lado saudável não tem ocorrido por causa das repercussões da reestruturação produtiva, apresentando algumas modificações nas condições de trabalho que tem desfavorecido o trabalhador, com a presença de um novo cenário no mundo do trabalho, no qual ocorreu um deslocamento do componente manual do trabalho para o componente intelectual (GOULART, 2002). Ainda nesta perspectiva, tem-se a organização do trabalho relacionada com a divisão interna da organização de seus trabalhadores. Nas palavras de um dos autores, isso se expressa da seguinte forma: “a perda do sentido no trabalho, pela fragmentação, e a falta de reconhecimento de si no trabalho, deixaram claro quanto, na lógica neoliberal e capitalista de produção, o trabalho não atende aos interesses e desejos do trabalhador, mas aos do mercado e do capital” (RIBEIRO; MARTINS, 2011, p. 248).

Retomando as questões relacionais, a saúde mental foi influenciada pela forma de relacionamento interpessoal dentro do espaço laboral, visto que o comportamento organizacional foi alterado pela simples presença de algo alheio ao ambiente, podendo ocasionar sofrimento psíquico. No caso da Saúde da Família, essa influência pode ter sido o excesso de demanda, cobrança da gestão, cobrança dos colegas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994)

Outro aspecto apontado por Ursine, Trelha e Nunes (2010), como fator de sofrimento, foi a precarização do serviço, um tipo de vínculo tra-

balhista (contratação no regime celetista) que o ACS é inserido em cargo ou emprego público, por meio de processo seletivo público e contratação temporária ou terceirizada. Fator este que não responde às legislações vigentes e orientações técnicas (BRASIL, 2006).

Goulart e Guimarães (2002) descreveram como a reestruturação produtiva acarretou consequências desastrosas no que se refere à terceirização, que invadiu não só as empresas privadas, mas também os serviços públicos, inclusive os da saúde. Isso se notou claramente nas considerações feitas por Ursine, Trelha e Nunes (2010), que apontaram a fragilidade do vínculo trabalhista do ACS, o que comprometia também o vínculo no trabalho, com os colegas e com o usuário. A organização do trabalho contemporânea, sob a ótica do sistema capitalista, neoliberal, tem apresentado princípios de avaliação quantitativa e objetiva do trabalhador, submetendo-o a sacrifícios de sua subjetividade em nome da rentabilidade (DEJOURS, 2004). O autor expõe que as consequências desses princípios da organização do trabalho foram o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza e a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho. Esta nova organização do trabalho resultou em agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho. Teve-se a compreensão que a organização do trabalho em saúde foi afetada por esse agravamento, sua forma concreta influenciou o estado de saúde dos trabalhadores, ou seja, resultou em situações desfavoráveis que contribuíram para desenvolver situações de sofrimento laboral.

Sobre essa organização do trabalho precarizada, Ribeiro e Martins (2011, p. 244) afirmaram: “A Infraestrutura Institucional se caracterizou muito mais pela ausência de rede de apoio do que pela presença. O desgaste por falta de rede de apoio foi apontado como social, educacional e da própria saúde”.

A precarização do trabalho também foi exposta por Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012), Kessler & Krug (2012), Ursine, Trelha e Nu-

nes (2010), que destacaram uma questão importante, a de que a maior parte dos trabalhadores em saúde era do sexo feminino, reafirmando o fato de que a profissão é formada predominantemente por mulheres. Os autores se referiram a questões de gênero, enquanto interferência no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Portanto, as expectativas ideologicamente constituídas sobre gênero, em relação à profissão, estavam presentes no cotidiano de trabalho destes profissionais. Um viés ideológico foi a inserção de mulheres em atividades que sofreram certa desvalorização, em função de sentir os efeitos negativos do capitalismo, tais como instabilidade no vínculo de emprego, condição precária de moradia, má qualidade da educação, restrita oportunidade de lazer e participação nas atividades culturais.

Essas questões foram pontuadas por Hirata (2002), enfatizando as decorrências da globalização, as desigualdades entre o emprego masculino e feminino. A liberalização do comércio e a intensificação da concorrência internacional tiveram por consequência o aumento do emprego e do trabalho remunerado das mulheres, um crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho, tanto nas áreas formais quanto nas informais da vida econômica, assim como no setor de serviços. Todavia, esse cenário com a presença da mulher refletiu principalmente em empregos precários e vulneráveis que se expressaram através de desigualdades de salários, condições de trabalho e de saúde. “As consequências dessa evolução da atividade feminina são múltiplas, mas pode-se dizer que uma das mais importantes consiste no fato de que este modelo de trabalho precário, vulnerável e flexível pode constituir um modelo que prefigura um regime por vir de assalariamento masculino e feminino” (HIRATA, 2002, p. 144).

Hirata (2002) apontou duas tendências com as recentes alterações do trabalho feminino, a bipolarização do trabalho assalariado feminino e o desenvolvimento do setor de serviços, no qual a atividade feminina continua concentrada em setores como serviços pessoais, saúde e educação.

Contraditoriamente, o engajamento foi outro fator de sofrimento destacado por Ribeiro e Martins (2011), considerado insuficiente para responder a todos os problemas de saúde das famílias, ficando o agir do ACS limitado, gerando sentimentos de incapacidade, cobrança e rigorosi-
dade na obediência das prescrições.

Essas questões – diminuição da capacidade de agir, do poder fazer, dificuldades na construção da identidade do trabalhador em saúde e sentimentos de incapacidade - pareciam ocasionar falta de significativo no trabalho, gerando insatisfação no trabalhador em Saúde da Família. Essas situações se desencadeavam quando a realização da atividade não apresentava sentido para o trabalhador (DEJOURS, 2004). Essas questões foram expressas pelas autoras, conforme afirmaram. “Os sentimentos de impotência contribuíram para aumentar o desgaste do trabalhador, o qual, por um lado, decidia arbitrariamente o que era melhor para o usuário, sem a adesão deste, e por outro, estagnava-se em uma escuta passiva, evitando situações que não queria vivenciar, como o choro do usuário” (RIBEIRO, MARTINS, 2011, p.247).

Sufrimento por vulnerabilidade, foi considerado por Rosa, Bonfanti e Carvalho, (2012), Atanes *et al.* (2015) como sendo outro fator de sofrimento. Essa vulnerabilidade se apresentava como violência doméstica e condições socioeconômicas precárias, situações-limite como pobreza, desigualdade social, violência, abandono e doença.

Este contexto evidenciou que o ACS é quem tem mais proximidade com as diversas formas de sofrimento da população – violência doméstica e condições socioeconômicas precárias, práticas, situações limite como pobreza, desigualdade social, violência, abandono e doença - uma vez que a atuação do ACS está permeada de considerável envolvimento pessoal e interpessoal, o que pode trazer conflitos e desgaste emocional.

Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) notaram considerável homogeneidade no comportamento dos ACSs, sempre em maior

número em relação aos outros profissionais, mas se colocavam apáticos, calados e inibidos. Na íntegra, os autores afirmaram que “além da intimidação que o grupo de ACSs parecia sofrer por parte de outros trabalhadores da ESF, o que revela a falta de equidade na equipe, confirmando a transposição das relações de poder do ambiente de trabalho” (KATSURAYAMA; PARENTE; MORETTI-PIRES, 2016, p. 195).

Ribeiro e Martins (2011) apresentaram que os aspectos de maior desgaste aos trabalhadores eram a falta de integração da equipe, a relação com o gestor municipal, as dificuldades de gestão também no interior da equipe. As autoras compreenderam que quase tudo que não dava certo era direcionado ao gestor. Os trabalhadores demonstraram desconhecer as implicações do sistema econômico e político que interferiam no trabalho.

Sobre essas determinações rígidas da gestão no trabalho em saúde, é possível compreendê-la por meio de Dejours (2004), que caracterizou o trabalho coletivo prescrito e trabalho coletivo real, sendo que o segundo é o que de fato ocorre. Entretanto, o prescrito que são as regras, aquelas determinações rígidas do gestor, mencionadas no artigo de Ribeiro e Martins (2011), que incidem na vida dos trabalhadores como uma cobrança, nem sempre possível de ser executada. Trabalho coletivo só é possível se obtiver a reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva comum. Neste sentido, o trabalho coletivo implica na mobilização das inteligências comuns. O trabalho coletivo prescrito segue a lógica de um organograma, detalhado e coordenado, com funções prescritas e específicas, que devem se completar. Porém, o atravessamento capitalista impede que esse coletivo se estabeleça. Aí o autor defendeu a ideia que é possível abrir brechas para o trabalho coletivo real, independente do prescrito, ser possível, caso ocorra a cooperação.

Ribeiro e Martins (2011), Shimizu e Carvalho Junior (2012), Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) destacaram aspectos em relação ao trabalho em equipe, problemas da burocratização do trabalho e

da falta de comunicação, dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, colocadas como dificuldades para o desenvolvimento das relações em equipe, que incidem negativamente no processo de trabalho em equipe, de acordo com o que é idealizado para o trabalho na ESF. Ainda evidenciaram ausência de espaço para reuniões da equipe e discussão das atividades e questões pertinentes ao funcionamento da ESF, dificuldade de reunir a equipe por completo, estabelecimento de metas de produtividade, o ritmo de trabalho, incremento da produtividade, na repetição, na divisão entre formuladores e executores.

Esses entraves nas relações de trabalho da saúde da família, traduzidas em problemas da burocratização do trabalho e falta de comunicação, foram apontadas por Dejours (2004) como sendo uma forma de cooperação reduzida, ou seja, um desenvolvimento das atribuições de forma independente e individualizada, o que resultava na diminuição das relações e comunicação com os colegas de trabalho. Ainda, nesta perspectiva, comentou sobre o aumento da sobrecarga de trabalho, uma vez que o trabalhador se volta para estabelecer formas que possam preveni-lo dos riscos de punição, caso a cooperação ocorra de forma inadequada. Essas questões podem ser observadas na íntegra, conforme os autores afirmaram: “Assim elas preferem não dar opiniões sobre questões que possam comprometé-las. “A impossibilidade de a linguagem se materializar nas relações de trabalho cristalizava os sofrimentos e naturalizava-os como inevitáveis” (RIBEIRO; MARTINS, 2011, p. 247).

Outro aspecto apontado por Babbott *et al.* (2014), Kessler e Krug (2012), Shimizu e Carvalho Junior (2012), Ribeiro e Martins (2011) como desencadeante do sofrimento no trabalho em saúde foram o produtivismo, as atividades de forma repetida, a inadequação ou insuficiência de equipamentos, as exigências capitalistas quanto ao rendimento no trabalho, a pressão por produtividade, o elevado número de funções no Registro Médico Eletrônico – RME, a prática em transição, a resolutividade no

trabalho, a relação mercantilista, as pressões físicas e psíquicas, o custo físico através de realização de atividades de forma repetida, a inadequação ou insuficiência de equipamentos; a responsabilidade como autocontrole construído artificialmente pelas pressões da correria e dos horários rígidos a serem cumpridos.

Essas situações emergiam no desempenho do trabalho, demonstravam que a organização do processo de trabalho estava relacionada diretamente com a divisão interna do processo de trabalho e com as relações de hierarquia, estabelecidas desfavoravelmente. Era notório que o trabalho que visava a produtividade caracterizava-se pela divisão de trabalho, divisão dos trabalhadores, hierarquia, comando e submissão. Eram essas exigências – repetição das tarefas, fiscalização de desempenho, fragilidade da comunicação, produtividade - que atingiam diretamente as relações estabelecidas pelos trabalhadores em saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Nas palavras de um dos autores, isso foi expresso da seguinte forma: “a prioridade por produtividade no trabalho apresentou-se como gerador de sobrecarga na jornada diária, oriundo da intensa demanda por atendimentos e número insuficiente de profissionais, resultando em insatisfação profissional e em desgaste físico e psicológico” (KESSLER; KRUG, 2012, p. 54).

O mesmo raciocínio da temática também foi expresso por Babbott *et al.* (2014).

Isso sugere que os médicos que trabalham com RME altamente funcional podem ser particularmente desafiados quando o tempo alocado não é igual ao tempo percebido como necessário para fornecer cuidados de qualidade. Uma implicação desse achado é que os sistemas de EMR podem não coincidir com os processos e fluxo de trabalho 20, testando assim a resiliência dos clínicos à medida que eles tentam funcionar rapidamente enquanto o paciente está presente (BABBOTT *et al.*, 2014, p. 105).

Conforme exposto no capítulo anterior, Heloani (2003) explicou que seguindo o modelo de produção taylorista/fordista/toyotista, a pressão no ambiente teria o intuito de aumentar a produtividade. Diante desse cenário de organizações do trabalho, os serviços de saúde também utilizavam da ordem produtivista, imposta pela globalização. Essas questões ficaram evidentes nas afirmações de um dos autores: “Essas questões estão ligadas a um processo de trabalho mecanizado e parcelado, acarretando um desconhecimento do resultado do trabalho e esvaziando o seu sentido” (RIBEIRO; MARTINS, 2011, p. 245). Retomando Dejours (1992), é na organização de trabalho, esvaziada de sentido que a identidade do trabalhador em Saúde da Família pode sofrer abalos e ocorrer o surgimento do sofrimento psíquico.

Assim, a relação entre prazer e sofrimento no trabalho se mostrava intimamente ligadas às formas de organização do trabalho, e o estabelecimento de uma relação complexa e singular entre as mudanças nos sistemas organizacionais e a vida psíquica. Heloani (2008) refletiu que as doenças nos trabalhadores em organizações que apresentam estas características - produtividade, individualidade, competitividade - aumentaram consideravelmente.

Essas questões foram observadas na íntegra, conforme expôs um dos autores: “esse conjunto de resultados indica a possibilidade de que o processo de trabalho na ESF/DF dê-se nos marcos do modelo difundido por Taylor” (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2411).

Conforme já foi exposto anteriormente, o trabalhador em saúde está imerso em organizações de trabalho voltada para necessidades de mercado. Dessa forma, as cobranças por produtividade, resolutividade e sobrecarga aos trabalhadores é um aspecto inerente a este modo de produção, sendo que o sofrimento psíquico no trabalho está intimamente relacionado à evolução deletéria da organização do trabalho.

Kessler e Krug (2012) destacaram que um fator contributivo para insatisfação no trabalho dos dois serviços de saúde é a falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho, quanto por gestores das instituições. O trabalhador em Saúde da Família demonstrava insatisfação em relação ao seu trabalho pela falta de reconhecimento e valorização das atividades que desempenhavam. Dejours (2004) comentou sobre reconhecimento em duas vertentes, ou seja, o reconhecimento no sentido da constatação e o reconhecimento no sentido de gratidão. Aqui também é importante o aspecto simbólico, aquilo que o trabalhador em saúde constrói de valorização diante do reconhecimento de suas atividades sentindo-se útil e recompensado. Dessa forma, a somatização seria substituída por estratégias saudáveis (Dejours, 2004). É isso que se espera que o trabalhador de saúde consiga fazer. Mas o que os artigos revelaram foi a ausência do reconhecimento.

Sobre outros aspectos que resultavam em sofrimento, Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) compreenderam que o sofrimento psíquico teve origem nas relações de poder inerentes às condições de trabalho. O estudo apresentou situações que pareciam caracterizar certa sobrecarga de trabalho dos ACS em vários âmbitos, que os autores apontaram em dois processos, um relacionado com a perda das especificidades da profissão, o que leva ao desvirtuamento de suas atribuições, e o outro associado à insalubridade das condições e relações de trabalho, ambas concorrendo para a produção de sofrimento psíquico nestes profissionais.

Relações de poder fazem parte da vida comunitária, entretanto as de exploração são as mais perniciosas, levando a um sofrimento psíquico daquelas pessoas que estão subjugadas. No artigo acima, o ACS foi apresentado como a parte subjugada da relação, o que impedia que ele pudesse requerer direitos associados à insalubridade e outros aspectos do trabalho. Essas questões se constituíram em desencadeantes de sofrimento psíqui-

co. No artigo de Ribeiro e Martins (2011, p. 248), as autoras afirmaram que as ACS reiteravam o tempo todo que “a corda arrebenta sempre do lado mais fraco”. Acrescentando, Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) afirmaram também que os ACS foram descritos como quem não fizesse parte da equipe, como se trabalhassem sozinhos, excluídos, nunca eram escutados. As autoras expressaram que

As reuniões ou eram simplesmente para chamar a atenção ou se dispersavam em atividades comemorativas, ou seja, o exercício do poder era verticalizado e não se distribuía. Parece não haver nas atividades coletivas da equipe um caráter técnico de avaliação e correção de rotas. Assim, a responsabilização dos ACS pelos incidentes ocorridos nas unidades parece se relacionar com o modo de gestão de pessoal pouco eficiente (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Diante desse cenário, foi notória a predominância das relações de poder, inerentes às condições de trabalho e resultante de mecanismos de gestão e trabalho em equipe, caracterizado por relações hierárquicas verticalizadas e autoritárias, contrariando a proposta de apoio Paideia (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Outro fator considerado foi que a atividade cotidiana do trabalhador era seguida pelo comando do sistema econômico capitalista. No contexto da sociedade capitalista, os processos de trabalho possuem estreita relação com as formas de adoecimento do trabalhador. O trabalho e a saúde estavam intimamente articulados, na medida em que as condições de trabalho contribuíam para manter e reproduzir a situação de explorado e o comprometimento da saúde (RIBEIRO; HELOANI, 2011).

Ribeiro e Martins (2011) destacaram o reconhecimento parcial das normatizações do ESF, pelos trabalhadores, de forma desarticulada do sistema social e econômico neoliberal em geral. A desvalorização do agente comunitário de saúde foi identificado como sendo uma situação

desconfortável. Suas queixas de impotência e de não reconhecimento profissional estavam relacionadas, em parte, à precarização da profissão desde o processo de escolha profissional até a formação, insuficiente e deslocada da prática. Além disso, as autoras ressaltaram que a profissão de ACS é predominantemente exercida por mulheres, o que as precariza mais ainda, considerando o viés ideológico que desmerece o trabalho da mulher. “Dito de outra maneira, as trabalhadoras podem ser vistas como cobaias para o dismantelamento das normas de emprego predominantes até então” (HIRATA, 2002, p. 144).

Outros aspectos apontados por Vilela, Silva e Jackson Filho (2010), Shimizu e Carvalho Junior (2012), Ribeiro e Martins (2011), Cardoso *et al.* (2015) evidenciaram como fatores de risco para o sofrimento psíquico a afetividade exacerbada, o cuidar do outro e o estabelecimento de vínculo desmedido no trabalho em saúde, custo cognitivo, temas delicados – morte e fragilidades diversas -, sensação de impotência. Outro ponto de destaque foram as questões que remetem ao vínculo específico na atividade de ACS, em razão da aproximação com a população.

Sobres essas questões Dejours (2004) e Chanlat (2002) relacionam trabalho e subjetividade, salientam que a atividade é uma referência para estabelecer debates e compreender a saúde ou o adoecimento do trabalhador, a relação entre os modos de gestão e o processo saúde-doença. O trabalho em saúde exige habilidades que envolvam a capacidade de lidar com perdas, burocracia, frustração, questões complexas, se deparam com situações de distintas naturezas, sendo necessário o uso constante da memória e da criatividade. Um dos autores relataram essas questões: “Neste cenário, exige-se dos profissionais envolvidos na Atenção Básica ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham” (CARDOSO *et al.*, 2015, p. 92).

Diante desse cenário, o trabalho em saúde tem sido desenvolvido por meio de relação interpessoal, no qual a visão de mundo, os valores,

os afetos estão presentes em suas práticas cotidianas, sendo isso um fator de saúde ou sofrimento, dependendo de como a organização do trabalho é mediado por uma forma de gestão mais ou menos rígida (RIBEIRO; HELOANI, 2011).

Esses aspectos foram destacados por um dos autores “o trabalhar na saúde é voltado para o outro; assistir e cuidar visam a diminuir o sofrimento do outro” (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010, p. 299). Essas questões também foram expressas por Shimizu e Carvalho Junior (2012): “Reitera-se que esse contexto de trabalho, possivelmente, é marcado pela incerteza, pela ambiguidade, o que exige dos profissionais soluções não usuais, não prescritas ou mesmo desconhecidas” (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2412).

Atualmente, esse contexto de trabalho em saúde e sua insuficiência de recursos necessários para a realização do trabalho provocaram nos trabalhadores em Saúde da Família desgastes - físicos, cognitivos, afetivos. Esses desgastes estão relacionados aos esforços realizados para o cuidar dos usuários diante de situações que não possuem controle. Esse cenário foi expresso por um dos autores, conforme relataram: “O que é pressuposto da Estratégia Saúde da Família (ESF) é motivo de sofrimento, principalmente para as agentes comunitárias de saúde (ACSs) que moram no bairro. A privacidade no cuidado da própria saúde fica prejudicada, porque o atendimento no lugar que trabalha causa constrangimento” (RIBEIRO; MARTINS, 2011, p. 245).

Outro aspecto citado por Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) Ribeiro e Martins (2011), Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) foi que as condições que causam sofrimento nos profissionais de saúde é afetado pelas condições objetivas pelas quais escolheu a profissão de ACS, como também pelas suas expectativas em relação à profissão, não saberem como proceder nas residências das pessoas que não usam o serviço de saúde, desiludidos com o próprio trabalho, processo que parece ter tido início nas

primeiras experiências na profissão, não se identificavam com o trabalho que realizavam, pelo caráter provisório dado ao exercício da profissão; ro-dízio constante no quadro de trabalhadoras, necessidade de sustentação financeira, falta de perspectiva de emprego diante da falta de especialização.

Na íntegra, os autores relatam que “na maioria dos casos, os agentes estavam se dedicando a outras atividades que poderiam lhes proporcionar, posteriormente, outro emprego, como cursos técnicos e universitários, do que a uma compreensão do papel do ACS e/ ou identificação com a profissão” (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012, p. 147).

Outro fator de sofrimento que surgiu, mas sem ênfase, citado apenas por Atanes *et al.* (2015), foi a ausência ou falta de profissional. Esses autores afirmaram que muitas unidades de Atenção Básica orientadas para a comunidade sofriam com a ausência de médicos da família, aumentando a carga de trabalho sob a responsabilidade das enfermeiras.

SAÍDAS PARA O SOFRIMENTO

Apareceu com notoriedade a necessidade de oferecer atenção aos trabalhadores, a fim de que pudessem proporcionar o cuidado em saúde adequado à população, às famílias e às comunidades onde o trabalho é desempenhado. O melhor caminho suposto foi compreender a saúde do trabalhador sob o prisma dos benefícios da Educação Permanente em Saúde (EPS), por ser uma alternativa que possibilitasse refletir e discutir, ouvir a si mesmo e os demais profissionais, como um processo de escuta a fim de ajudar a promover saúde no ambiente de trabalho. O desafio é que, nesse processo, todos da equipe estivessem dispostos para a discussão e participação na EPS.

Nesse sentido, Ribeiro e Martins (2011) expressaram essas questões: “Os questionamentos realizados na observação participante junto

aos trabalhadores produziram reflexões advindas da presente pesquisa sobre o sofrimento e o processo de trabalho em equipe. Seguindo a metodologia participativa, culminou num processo de educação permanente em saúde” (RIBEIRO, MARTINS, 2011, p. 246).

Nas equipes de saúde sempre tinham aqueles que optavam pelo individualismo, por estarem influenciados pela lógica capitalista, por um modo de gestão pernicioso, que se caracterizava pela cobrança, por demandas excessivas, cumprimento de metas e não com a qualidade do serviço. Ao contrário disso, a EPS se orienta por uma gestão participativa e solidária, a fim de reverter-se num ambiente acolhedor e de cuidado para o trabalhador, propiciando ao mesmo tempo esclarecimento de dúvidas sobre o processo de trabalho no dia a dia, enquanto a atenção à saúde no serviço está em curso. Para isso era necessário reservar tempo para pequenas reflexões entre os trabalhadores, livres de cobranças por parte da gestão por usarem o tempo para essas conversas, supostamente deixando de atender os usuários (CAMPOS, 2003; MERHY, 2007).

Kessler e Krug (2012), Shimizu e Carvalho Junior (2012), Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) destacaram que diante das dificuldades relatadas pelos profissionais (falta de estrutura, medicamentos, recursos humanos), o profissional se via impossibilitado de reorganizar a organização do trabalho. Esses autores apresentaram ainda que em razão das limitações das condições de trabalho, os trabalhadores em saúde tendiam a lançar mão de estratégias defensivas e de mecanismos de defesa que lhes possibilitassem lidar com a inadequação dos meios, dos problemas com a gestão e de comunicação no processo de trabalho. Destacou-se que o trabalhador, em seu cotidiano, utilizava mecanismos de defesa, dando respostas diversas ao que lhe causava angústia em seu trabalho – limitações das condições de trabalho, problemas com a gestão, dificuldade de comunicação. Esses mecanismos de defesa emergiam, quando o trabalhador em saúde percebia que o trabalho restringia o seu investimento

afetivo e material, recorrendo a esse recurso como uma forma de luta, encontrada tanto no nível individual quanto no coletivo (DEJOURS, 2004).

Essas questões estavam presentes conforme o discurso de um dos autores: Com a finalidade de enfrentar esse sofrimento, o trabalhador da ESF busca estratégias inconscientes com a finalidade de tentar neutralizar os aspectos negativos do trabalho e eufemizar o sofrimento, ou seja, estratégias que possam aliviar a dor, a frustração, o sentimento de impotência diante da demanda que o procura (KATSURAYAMA; PARENTE; MORETTI-PIRES, 2016, p. 191).

Essas questões foram pontuadas por Dejours (2004), esclarecendo que os mecanismos de defesas não transformavam o processo de trabalho, porém poderiam funcionar como mediador entre as dificuldades que a organização de trabalho impunha e o desejo do trabalhador. Sendo assim, ao recorrer às estratégias defensivas, o trabalhador em saúde buscava uma alternativa para minimizar a percepção do sofrimento no ambiente de trabalho (DEJOURS, 2004). Este raciocínio também foi expresso a seguir:

Pressupõe-se que é considerado saudável desconectar-se da atividade profissional no ambiente familiar, a fim de, possibilitar a reflexão sobre o vivido em busca de estratégias saudáveis de enfrentamento. Estas estratégias, assim como o amparo espiritual e religioso evidenciado pelos trabalhadores da USF indicam a busca pelo bem-estar emocional (KESSLER; KRUG, 2012, p. 53).

As estratégias defensivas foram recursos utilizados com o intuito de mediação do sofrimento, diante do real do trabalho (DEJOURS, 2004). Segue na íntegra a afirmação de um dos autores:

tal situação, além de gerar desgastes, pode aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população em relação aos serviços prestados. Além disso,

pode ser uma fonte de desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam com zelo no cuidado das famílias. Atuação do profissional exclusivamente conforme as regras, estratégias utilizadas ao perceberem que as prescrições, se seguidas com rigor, reduzem seu desgaste (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2412).

Ainda foi evidenciado por Ribeiro e Martins (2011), Ursine, Trella e Nunes (2010) que, para enfrentar situações de sofrimento, o trabalhador em saúde recorria a crenças religiosas, rezas, choro, psicoterapia, brincadeira no ambiente de trabalho. A religiosidade aparecia como um recurso para auxiliar na identificação de estilos positivos nas relações de trabalho, como também para construir uma percepção de si mesmo com o intuito de enfrentar situações de sofrimento e de desafios vivenciados. Essas questões foram apresentadas por um dos autores. “Quando brincam em situações de desgaste eles escamoteiam o sofrimento, mas não procuram compreendê-lo. Seria favorável que vivenciassem momentos de descontração e de risadas, desde que não fossem para tamponar o sofrimento. É um processo inconsciente, e por isso mesmo mais perigoso e propício à alienação” (RIBEIRO; MARTINS, 2011, p. 246).

Enfim, os mecanismos defensivos podiam servir como uma forma temporária de lidar com o sofrimento psíquico, mas como Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) apontaram, não transformava o processo de trabalho. Numa compreensão ampliada dessas questões, foi possível pensar que os mecanismos de defesa deveriam se transformar em resistência. Conforme apontou Foucault (1987), o sujeito, trabalhador de saúde, poderia experimentar várias posições na vida, por meio do exercício da liberdade. Na direção do que foi exposto no capítulo teórico, anterior a este, poderia ilustrar-se, numa atitude de cuidar de si para resistir aos limites impostos, desnecessários, reflexivamente. Obviamente nem sempre isso seria possível, diante das contradições e das situações alheias a ele,

como as de governabilidade. Mas poderia abrir brechas, junto com seus pares, sempre que as decisões pudessem ser tomadas de forma consciente ou ativas. Talvez em momentos que possibilitassem a reflexão, quem sabe em espaços de educação permanente em saúde, no dia a dia do trabalho, levando em conta que o trabalho em saúde acontece em ato, essencialmente um trabalho vivo (MERHY, 2007).

FATORES DE PRAZER

Ao examinar aspectos em relação à organização de trabalho pode-se considerar que o local de trabalho não era lugar só do sofrimento ou só do prazer, mas de ambos, dependendo da dinâmica interna das situações, das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho.

Cardoso *et al.* (2015) evidenciaram que nas relações de intersubjetividade o vínculo estabelecido delineava novo contorno às relações interpessoais. Os autores afirmaram: “Nesta perspectiva, os encontros assistenciais são permeados pelas subjetividades dos indivíduos, por suas vulnerabilidades e formas de enfrentamento” (CARDOSO *et al.*, 2015, p. 92).

Foi possível compreender as diferentes relações sociais que foram estabelecidas no processo de trabalho, na qual puderam resultar em aspectos positivos, ou seja, relatados como fatores de prazer, que foram consideradas por Shimizu e Carvalho Junior (2012), Babbott *et al.* (2014) como sendo a solidariedade, confiança mútua, cooperação, liberdade para se expressarem em relação ao trabalho, ausência de cobrança e diminuição da pressão por produtividade. Esses autores afirmaram serem estes os aspectos fundamentais para que os problemas encontrados na realidade da execução do trabalho, nas atividades concretas, fossem objeto de ação coletiva, contribuindo ativamente para a reelaboração do trabalho, para a produção de prazer.

Babbott *et al.* (2014) constataram que o estresse no trabalho diminuiu modestamente para os médicos que utilizavam o RME com sistemas tecnológicos sofisticados, na perspectiva produtivista, porém deixando a desejar a construção de vínculo com o usuário do serviço de saúde. Destacaram ainda a tendência de que os médicos estivessem mais satisfeitos, se em sua prática tivesse mais controle do trabalho, maior ênfase na qualidade, maior ênfase na prática de informação/comunicação, mais confiança na organização, maior coesão no local de trabalho e maior alinhamento de valores com a liderança. Na íntegra “embora estes médicos podem estar cada vez mais acostumados com o RME, eles estão tentando equilibrar um aumento nas tarefas sem aumentos no tempo disponível” (BABBOTT *et al.*, 2014, p. 105).

Ainda referente ao prazer no trabalho, a identificação com a tarefa foi considerada por Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016), Shimizu e Carvalho Junior (2012), como importante fator. As significações concretas em sua maioria diziam respeito à sustentação financeira. Já as significações abstratas relacionavam-se a sonhos e projetos de realizações possíveis, além do desejo de ajudar a população adscrita, satisfação, motivação, orgulho, identificação com a proposta, credibilidade na sua eficácia e em seu poder de transformação, sentimento de utilidade para a melhoria da saúde da população de seu município de origem, como os grandes.

Kessler e Krug (2012), Ursine, Trela e Nunes (2010), Shimizu e Carvalho Junior (2012) evidenciaram que reconhecimento estava mediada por aspectos prazerosos do trabalho na ESF, tais como a ausência de discriminação, a qualificação do trabalho realizado, a presença de liberdade de diálogo entre os colegas e as chefias, sensação de orgulho (valorização social e subjetiva) pelo trabalho realizado. Conforme está exposto a seguir,

O reconhecimento profissional proveniente dos pacientes, exposto em manifestações verbais e de grati-

dão pelo serviço prestado. Na instituição hospitalar, a satisfação no trabalho referiu-se também a possibilidade de amenizar o sofrimento do paciente e da melhoria do seu quadro de saúde. O bom relacionamento da equipe de trabalho também foi destacado como gerador de prazer na atividade laboral (KESSELER; KRUG, 2012, p. 52).

Ainda sobre o aspecto reconhecimento, outros autores expressaram que “esses aspectos [o reconhecimento] são fundamentais para que os problemas encontrados na realidade da execução do trabalho, nas atividades concretas, sejam objeto de ação coletiva, contribuindo ativamente para a reelaboração e renormatização que corroborem para a produção de prazer no trabalho” (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2413).

O destaque para o reconhecimento como fator de prazer vem ao encontro com as considerações teóricas esboçadas no referencial teórico psicodinâmico, o qual pressupõe que processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade, consistindo em elementos fundamentais para a saúde mental, muito influenciada pela forma de relacionamento interpessoal dentro do espaço laboral (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Esse reconhecimento pode ser comparado a uma pessoa que pinta um quadro e consegue se reconhecer nele, por meio das cores que escolheu usar ou das linhas que traçou para formar uma ou outra figura. É o que a obra realizada proporciona, podendo ser vista por todos, reconhecidamente bela. O trabalhador de saúde precisa ver seu trabalho e a si mesmo como uma obra e não como uma mercadoria (CAMPOS, 2003).

Kessler e Krug (2012) destacaram que a resolutividade das demandas sociais na USF foi considerada, ao mesmo tempo, como fator de sofrimento e de prazer no trabalho. A resolutividade foi sentida pelo acompanhamento da família em suas necessidades de saúde e na de demandas sociais da comunidade. Na íntegra, os autores relataram que “esse aspecto

atribui-se ao reconhecimento da comunidade rural pelo trabalho da equipe de saúde, mas também dificultado, muitas vezes, por questões burocráticas que limitam a ação dos profissionais de saúde na resolutividade dos problemas” (KESSLER; KRUG, 2012, p. 53).

Ribeiro e Martins (2011), Vilela, Silva e Jackson Filho (2010) destacaram o engajamento associado ao próprio papel dos ACS de criação de vínculo com a comunidade, de estabelecer relação de confiança com as famílias que permitem o acesso ao seu mundo privado, a suas casas e que se justifica pelo compromisso de promoção à saúde; apresentaram que a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família foi considerada como um raro momento de prazer no trabalho. Um dos autores expressou: “Este engajamento e sua implicação pessoal podem ser entendidos como a única saída possível quando o compromisso estabelecido entre as agentes e as famílias está em risco” (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010, p. 300).

Os autores ressaltaram que existia serviços da Estratégia Saúde da Família, cuja ação da coordenação em nível local ajuda a estabelecer uma zona de desenvolvimento potencial e uma nova dinâmica de trabalho, potencializando o trabalho como operador de saúde. Isso podia ser fortalecido quando o modelo de gestão atuava de forma democrática, posicionando-se de forma que permitissem a produção de subjetividade, que poderia ser o viés para passíveis de transformação.

CONTRIBUIÇÕES DE CADA AUTOR DE COMO LIDAR COM O PROBLEMA

Nesta categoria apresentar-se-á resumidamente o que cada autor sugeriu para superar os diversos problemas já apresentados.

Babbott *et al.* (2014) destacaram que um RME – Registro Médico Eletrônico – totalmente funcional seria necessário para diminuir os

potenciais efeitos negativos da transformação da prática, a fim de desenvolver estratégias de transição para instalação de escritórios (espaços de reflexão), que pudessem tentar evitar, o estresse aumentado com as mudanças de práticas de serviços. Orientaram ser necessário entender quais características do RME contribuem para o estresse e o burnout. O que poderia ajudar a prever consequências não intencionais para os médicos e oferecer oportunidades para otimizar os recursos que complementassem e aprimorassem a vida profissional do médico. Sugeriram que esses médicos estavam lidando com o processo de transformação da prática. Os médicos poderiam usar computadores para ver os resultados, mas depois agir “no papel”, sem que isso levasse a problemas com a coordenação e preocupações sobre o rastreamento de pedidos e resumos.

As contribuições de Babbott *et al.* (2014) apontaram que a tecnologia referente a prontuários eletrônicos e escritórios de planejamento das ações de saúde poderiam ajudar se o a transição fosse processual, pois reconheciam que qualquer mudança geraria desgaste, que seria atenuada se estratégias de preparação para tais mudanças fossem desenvolvidas gradativamente. Conforme já foi mencionado, talvez a EPS fosse uma opção razoável para possibilitar essa transição, num aprendizado coletivo e solidário entre os trabalhadores de saúde (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). A forma como foi feito acabou por sobrecarregar os médicos da Atenção Básica pelo excesso de formulários a serem preenchidos no mesmo tempo de consulta. Para que isso fosse saudável o tempo de consulta deveria ter aumentado e a cobrança por produtividade diminuída.

Cardoso *et al.* (2015) sugeriram ações para a reversão da vivência silenciosa do sofrimento moral, termo já explicitado anteriormente, neste caso sinônimo de sofrimento mental, conforme os autores expuseram. “Seria desvelar os problemas e desafios éticos a que estão expostos os profissionais da APS. Integrar a equipe de Saúde da Família significa responsabilizar-se pela população de uma área adscrita, e acompanhá-la ao longo

do tempo, em seu percurso de vida, o que implica desafios para a prática profissional ética” (CARDOSO *et al.*, 2015, p. 93).

Apontaram que as questões rotineiras do serviço de saúde levavam os profissionais a vivenciarem uma prática desafiadora ao lidarem diariamente com situações que contradiziam seus preceitos éticos, comprometendo a qualidade do trabalho. Consideraram como necessária a reflexão ampliada sobre a temática por parte dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, com intuito de propiciar a minimização de vivências de sofrimento e uma prática profissional em consonância com seus valores éticos. Deixaram como sugestão que outros estudos fossem realizados numa perspectiva interdisciplinar. Destacaram que a maior contribuição era o incentivo do trabalho em equipe voltado para as peculiaridades que população adscrita apresentasse. Cabe lembrar que os estudos de Campos, Cunha e Figueiredo (2013) remeteram ao Projeto Terapêutico Singular como ação de saúde na qual a equipe traçaria as diretrizes para o usuário, seja individualmente ou familiar, conforme as necessidades dele e da população assistida. Além de ser benéfico para o usuário, os autores Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) ressaltaram que isso também traria sentido para o trabalho e reverteria o sofrimento moral em ações saudáveis para os trabalhadores de saúde.

Ribeiro e Martins (2011) evidenciaram a necessidade de espaços abertos para livre discussão dos trabalhadores e que para isso seria necessário confiança entre eles, pois representaria um espaço no qual propostas pudessem ser formuladas, de forma livre e pública. Opiniões, por vezes contraditórias, poderiam ser expressas com o objetivo de proceder a arbitragens e de tomar decisões que interessassem ao futuro do serviço e que fossem sobre o futuro concreto de todos os membros que o constituía. Destacaram que foram identificados diferentes conteúdos significativos do trabalho, ou seja, o sentido simbólico que ele introduz na atividade de trabalho, além de estratégias defensivas para a mediação do sofrimento,

entre elas a racionalização e a relação de confiança e cooperação encontrada na equipe. Ainda compreenderam que diante das adversidades habituais do trabalho no setor público relacionados aos mais diversos aspectos dos trabalhadores, exigia-se deste que tomasse uma atitude que fosse ao encontro com as significações concretas e abstratas construídas pelo trabalhador acerca de sua atividade de trabalho.

Analisando essas contribuições de Ribeiro e Martins (2011), foi possível relacioná-las como a importância dos espaços públicos de discussão possibilitariam que o trabalhador refletisse conjuntamente sobre seu desgaste e formule estratégias de resistência. “É necessário abrir um espaço público interno de discussão que vá além do conhecimento técnico e da divisão de trabalho, onde o trabalhador possa discutir as regras de consenso para trabalhar em conjunto e a elaboração das relações de confiança entre trabalhadores” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 136).

Inegavelmente, esses espaços poderiam propiciar discussão e, conseqüentemente, dão voz ao trabalhador, de forma a possibilitar que as atividades saíssem do campo individual e passassem para o campo da coletividade.

Além disso, foi possível visualizar que os autores Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) se referiam ao que Campos (2003) propõe como saudável no SUS, que é a possibilidade de pontos da rede de saúde trocarem experiências de forma compartilhada de saberes, entre médicos, enfermeiros, odontólogos ou ACSs. Nesta perspectiva, o desgaste poderia ser minimizado por esses momentos, que aos poucos poderiam se intensificar, tornando os ambientes menos adoecedores. Seria uma forma de Educação Permanente em Saúde, que permitisse reflexão sobre todos os aspectos das relações de trabalho e suas práticas.

Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) destacaram que no interior das equipes existia espaço para renormatização do processo pelos

trabalhadores, por meio da confrontação das normas pré-existentes e a realidade objetiva e subjetiva. Como também Shimizu e Carvalho (2012) apresentaram o mesmo ponto de vista, conforme segue na íntegra:

No sentido de se pensar em adoção de modelos de gestão mais democráticos, que facilitem aos trabalhadores o uso de si, passando pelo uso de si pelos outros, tendo como perspectiva a construção do que se denomina de ECRP, com capacidade para criar, sobretudo provocar mudanças que convoquem não apenas os trabalhadores, mas também os gestores para o processo de renormatização dos processos de trabalho (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2413).

Sobre essa contribuição de Shimizu e Carvalho (2012), Dejours (2004), postulou-se sobre os efeitos perniciosos da gestão mal desenvolvida, colocada por ele como cavalo de Troia na cidadela do trabalho, resultando em sofrimento e desgaste. Ao contrário disso, uma gestão democrática na qual os trabalhadores pudessem se manifestar possibilitaria prazer ao invés de sofrimento. Campos, Cunha e Figueiredo (2013) reiteraram essa questão quando apontaram a gestão participativa, como a mais promissora, por valorizar a participação e a troca de experiências. Uma de suas principais características, o princípio de que as pessoas são responsáveis e co-criadoras de seu trabalho, poderia desenvolver autonomia na realização de suas tarefas, aumentando o reconhecimento e valorização.

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) apontaram como contribuição a efetiva profissionalização e valorização do trabalhador de saúde, sendo essas questões vistas de forma a minimizar o sofrimento do trabalhador em saúde. Conforme já apontado na categoria sobre o sofrimento, o ACS não tinha espaço para a discussão das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho. O não saber, o não poder, o não conseguir, entre outras contradições, não apareciam, por falta de espaço de manifestação. Numa análise, é possível compreender que neste âmbito, o trabalho do ACS era tomado como linear, unilateral, sem afetações humanas, tal como numa linha de

montagem no modelo fordista, que ainda se mantinha, em processos repetitivos, com regras e normas rígidas, levando a um desgaste e talvez a um adoecimento (RIBEIRO; HELOANI, 2012). Nestes termos, indagar por cuidado a quem cuida do cuidador seria um bom questionamento.

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) apresentaram perspectivas que indicaram ser razoável considerar que o trabalho do ACS, na forma que encontraram, possuía uma dimensão insalubre, geradora de sofrimento, o que parecia constituir um paradoxo, afinal, o ACS era um cuidador que também requeria cuidados. Assim, considerou-se que havia importantes ligações entre condições e relações de trabalho e o sofrimento psíquico descrito por estes profissionais.

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) sugeriram contribuições no sentido de apontarem a necessidade de apoio emocional e psicológico aos ACS pelo conteúdo pesado que vivenciam nas suas visitas; discorreram sobre uma demanda da população que extrapolava a busca da saúde física e se expandia para as necessidades afetivas, como carinho, companheirismo, amizade e cuidado que apresentaram reflexões sobre a excessiva responsabilização no trabalho do ACS e a sobrecarga, bem como do sofrimento em ACS e da qualidade da formação dos ACS.

Kessler e Krug (2012) destacaram a necessidade de grupos de apoio à saúde do trabalhador no ambiente de trabalho; destacaram a necessidade de grupos de autoajuda para valorizar e enfrentar o desgaste no trabalho. Cabe nesse capítulo uma ressalva sobre essa modalidade de grupo, o de autoajuda, pois remete a uma abordagem que acaba por individualizar a reflexão, de forma menos coletiva, mesmo ocorrendo em grupo (CAMPOS, 2003). Outra sugestão foi o investimento em educação e formação para os trabalhadores de saúde. Neste sentido, os autores expõem que

O estudo pôde contribuir para estímulo à discussão das questões de saúde no trabalho da enfermagem, [...]. Ressalta-se, portanto, a importância de um olhar

humanizado e atencioso para a saúde do trabalhador da saúde por parte das instituições de trabalho, assim como, medidas centradas em mudanças na organização do trabalho (KESSLER; KRUG, 2012, p. 55).

Ao mesmo tempo que os autores tinham uma visão individualizante para resolver o desgaste, propondo grupos de autoajuda e acompanhamento psicológico, apresentaram também propostas de mudanças no processo de trabalho, o que certamente traria benefícios coletivos e duradouros.

Ursine, Trelha e Nunes (2010) sugeriram ser necessário estabelecer compromissos mútuos entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade, pois o papel dos ACS era importante para a consolidação do modelo de saúde centrado no cuidado dos indivíduos, das famílias e da comunidade. Essas sugestões foram em virtude do destaque que deram sobre a falta de experiência do ACS: “Destaca-se que a falta de experiência dos ACS deste estudo no setor saúde é mais um aspecto que os diferencia dos demais integrantes da equipe de Saúde da Família e, inclusive, pode dificultar o desempenho de suas atribuições” (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010, p. 335). Outro destaque foi a maior vulnerabilidade em relação aos demais membros da equipe, pela sua proximidade e ao vínculo constante com a comunidade. Também sofriam pela pouca participação nos espaços de decisões políticas.

Outra sugestão de Ursine, Trelha e Nunes (2010) foi a prática de atividade física, recomendando que os ACS separassem alguns momentos da semana para atividades laborais no trabalho, considerada benéfica à saúde a fim de prevenir ou controlar as doenças crônico-degenerativas e melhorar a qualidade de vida. Cabe aqui outra ressalva, pois é inegável o quanto a atividade física é importante, entretanto se faz necessário estabelecer uma crítica sobre exercícios físicos serem utilizados de forma equivocada, supostamente como solução para questões de processo e trabalho, o que não se resolve dessa forma (HELOANI, 2008).

Por último, as autoras sugeriram que ocorressem melhorias na locomoção dos ACS, no desenvolvimento de suas atividades, pois desta forma poderiam aumentar a satisfação e, conseqüentemente, promover qualidade de vida. Na íntegra, as autoras afirmaram que “uma boa locomoção é fundamental para cumprir suas atribuições, especialmente caminhar, meio mais econômico para realizar as visitas domiciliares, sendo que alguns locais são distantes e o acesso pode ser dificultado por barreiras geográficas” (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010, p. 337).

Parece que essa sugestão estava relacionada ao sofrimento psíquico, de forma indireta, pois a locomoção é um instrumento de trabalho fundamental para cumprimento e atendimento da demanda, gerando angústia. Se este instrumento de trabalho, a locomoção não estivesse condizente com as necessidades, acarretaria prejuízos. Nesse sentido, a proposta requer cuidados.

Ursine, Trelha e Nunes (2010) também destacaram como positivo o conhecimento da rede de apoio da comunidade, por parte das ACS, apontando que isso estaria relacionado com as atribuições dos ACS, pois eles deveriam conhecer e orientar sobre os recursos sociais existentes na comunidade para que sejam utilizados corretamente.

Vilela, Silva e Jackson Filho (2010) contribuíram afirmando ser necessário valorizar o fim e não os meios do trabalho do ACS. Que a gestão se apropriasse melhor da realidade da população, dos indicadores de saúde ao invés de contar as visitas, se tinham ou não atingido os 100%. Os modos de produção capitalista vêm atravessando os serviços públicos de saúde, destacando-se a busca de individualidade e concorrência que conduz à concentração, acumulação e competitividade entre os trabalhadores. Deste modo, o processo de trabalho vai comprometendo a construção da autoimagem e do psiquismo. Este processo perpassa a lógica de mercado capitalista, pelo impulso de criar a mais valia, requerendo de o trabalhador vender a sua força de trabalho e, conseqüentemente, alienar-se do e

no trabalho. A alienação do processo de trabalho apareceu para o trabalhador como se o trabalho não fosse dele próprio, mas como se pertencesse a outro (Marx, 1988). Nessa situação o trabalhador de saúde sentia-se como “nada”, como se não existisse, destituído de sentido no trabalho.

O estudo mostrou, ainda, o aporte das instâncias de gestão na intensificação da perda do sentido do trabalhar dos agentes e para o agravamento dos conflitos ao fixar a meta de 100% dos domicílios como exigência para as visitas domiciliares (VDs). Valorizou-se um “meio”, a despeito dos efeitos da contribuição do trabalho junto à comunidade, que poderiam ser avaliados pelos indicadores de saúde daquela população, o que demonstrava o desconhecimento dos gestores a respeito da realidade do trabalho das agentes.

Vilela, Silva e Jackson Filho (2010) finalizaram o estudo com a compreensão da existência de conflitos e dificuldades enfrentadas pelas agentes para viabilizar a proposta da Saúde da Família no atual contexto do SUS. Consideraram que os ACS desenvolviam forte vínculo com as famílias de sua microárea de abrangência, com limitações não somente para aumentar seu poder de agir, mas também para se desligar dos problemas e minimizar os efeitos da carga de trabalho.

Ainda, Vilela, Silva e Jackson Filho (2010) sugeriram outros aspectos de destaque – a ergonomia da atividade profissional – entendendo que todo trabalho contém certa determinação social, isto é, vários fatores que influenciam a realização das tarefas pelos trabalhadores, definidos exteriormente a eles. Assim, na íntegra, os autores afirmam que

Dessa forma, a atividade de trabalho realizada é necessariamente diferente do prescrito pelas instâncias de gestão. Toda ação no trabalho tem “sentido”, isto é, ela é sempre uma resposta a finalidades que podem envolver lógicas diversas (produção, qualidade, segurança, custo etc.), por vezes contraditórias entre si, determinadas por fatores externos (equipamentos,

organização, ambiente), pelas exigências da hierarquia e pelos próprios trabalhadores (individual ou coletivamente) que condicionam sua atividade (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

Ribeiro e Martins (2011) destacaram que a relação de poder emergiu no lugar de uma educação em saúde, ficando notório que o trabalhador/profissional se colocava no lugar de saber e o usuário/paciente no lugar de não saber, sem nenhuma informação do seu próprio problema; denotaram que a proposta de construção coletiva era compreendida pelos trabalhadores como algo que necessitava de uma interface com o gestor e com a comunidade, entretanto a relação com o gestor era permeada por vigilância constante e forças desiguais, com ênfase em determinações rígidas.

Cabe refletir que se esses trabalhadores pudessem fomentar espaços de discussão entre eles, quem sabe pudessem, aos poucos requerer uma gestão participativa (CHANLAT, 2002), com oportunidades de darem opiniões e serem protagonistas da história de trabalho na saúde da família.

Atanes *et al.* (2015) evidenciaram que houve correlações claras entre atenção plena, percepção de estresse e bem-estar subjetivo em diferentes categorias de profissionais de atenção primária, ocorrendo vulnerabilidades específicas que deveriam ser abordadas pelo desenvolvimento de conscientização do pessoal e prevenção de estresse. O trabalho transmitia uma imagem de como essas relações profissionais são vulneráveis e suas especificidades podiam afetar os profissionais de atenção básica de forma diferente.

LACUNAS

Lacunas é uma categoria que se refere àquilo que falta, que os autores mencionaram como fragilidade ao lidar com sofrimento psíquico no trabalho.

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) apresentaram ao final do estudo um limite importante, a falta de avaliação do trabalho dos ACS e do sofrimento neles presente; deixaram como sugestão que estudos seguintes pudessem explorar este aspecto e obter novos dados que permitiriam maior entendimento da questão.

Atanes *et al.* (2015) sugeriram para pesquisa futura o uso de questionários adicionais e métodos alternativos para apoiar o levantamento de dados e, conseqüentemente, as descobertas; apontaram que poderiam investigar a aceitabilidade de intervenções baseadas na atenção plena em diferentes categorias de profissionais de saúde na atenção básica.

Babbott *et al.* (2014) sugeriram que outros estudos pudessem revelar maneiras de remediar o estresse e o burnout do médico. Potenciais variáveis facilitadoras, como o envolvimento dos médicos e o financiamento da prática, também mereceriam estudo adicional.

Shimizu e Carvalho Junior (2012) destacaram como limitações o não aprofundamento da compreensão da dimensão subjetiva e intersubjetiva envolvidas na avaliação da relação entre processo de trabalho e processo saúde-doença, como também a dificuldade da utilização de um instrumento validado previamente em outros tipos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu do princípio de que a organização do trabalho contemporâneo, sob a ótica do sistema capitalista, tem visado primordialmente a rentabilidade, em detrimento do interesse pela saúde do trabalhador. Neste contexto, o trabalhador tem sido levado a ignorar sua subjetividade, direcionando suas habilidades e criatividade para quantidade e não para qualidade dos serviços ofertados.

Evidenciou-se nos artigos conteúdos relacionados ao viés capitalista, por meio de uma análise crítica das produções científicas sobre a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na atenção básica de saúde, apresentada em cinco categorias.

A primeira categoria foi denominada fatores de sofrimento, por meio da qual, apresentou-se inúmeras situações desfavoráveis no processo de trabalho - angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, desvalorização profissional, condições de trabalho, cobrança por produtividade, atividade de forma repetida, vínculo trabalhista precarizado, vulnerabilidade social e reconhecimento – que desencadeavam o sofrimento psíquico do trabalhador em saúde.

Diante desses fatores de sofrimento, o trabalhador em saúde, utilizava-se de mecanismos que pudessem auxiliá-lo a minimizar o sofrimento psíquico, evidenciado neste estudo pela categoria saídas para o sofrimento. Nesta categoria, observou-se a utilização de mecanismos individuais pelo trabalhador – estratégias defensivas e religiosidade – com efetividade temporária, por individualizar os aspectos negativos e tratá-los isoladamente das questões inerentes ao processo de trabalho. Já a educação permanente em saúde foi destaque por ser considerada uma saída de sofrimento que se organizava coletivamente e visava interferir no processo de trabalho, resultante de reflexões e diálogo dos trabalhadores em saúde.

Por outro lado, a categoria fatores de prazer apresentou algumas iniciativas favoráveis – solidariedade, confiança mútua, cooperação; liberdade para se expressarem em relação ao trabalho; identificação com a tarefa; reconhecimento, sistemas eletrônicos, controle do trabalho, resolutividade, vínculo com a comunidade, relações subjetivas – embora em menor proporção. Salientou-se que alguns fatores ora poderiam ser considerados como de prazer e ora como de sofrimento. Essa percepção dependeria primordialmente de como ocorria e se organizava o processo de trabalho.

Acrescentou-se que a categoria contribuições de cada autor ao tema resgatou diversas questões – funcionalidade do registro médico eletrônico, espaços abertos para livre discussão dos trabalhadores, efetiva profissionalização e valorização do trabalhador de saúde, grupos de apoio à saúde do trabalhador, compromissos mútuos entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade, gestão apropriada a realidade da população, dos indicadores de saúde ao invés de contagem das visitas, existência de conflitos e dificuldades enfrentadas pelas agentes para viabilizar a proposta da Saúde da Família no atual contexto do SUS, que se configuraram como sugestões de como superar os diversos aspectos negativos que resultavam em sofrimento psíquico.

Por último, a categoria lacunas evidenciou fragilidades, isto é, falta de avaliação dos gestores referente ao trabalho dos ACS e do sofrimento neles presente, falta de questionários adicionais e métodos alternativos para apoiar o levantamento de dados, necessidade de futuros estudos para revelar maneiras de remediar o estresse e o burnout, o não aprofundamento da compreensão da dimensão subjetiva e intersubjetiva envolvidas na avaliação da relação entre processo de trabalho e processo saúde-doença.

Em suma, todo processo de trabalho tendia a apresentar aspectos desencadeantes de sofrimento do trabalhador em saúde. Cabe reconhecer que no momento que esta pesquisa de revisão foi realizada, a análise dos artigos foi marcada por um cenário político e econômico peculiar, especialmente relacionado a propostas de mudanças da legislação do SUS.

Neste contexto, o Brasil vivenciava a reformulação e posterior aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que trazia propostas desfavoráveis, com prejuízos ao modelo de Estratégia Saúde da Família. Essas alterações previam a integração da Atenção Primária com a Vigilância Sanitária e anulava as principais prioridades do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS. Portanto, eram propostas que se apresentavam na contramão da centralidade na

organização do SUS, isto é, alterariam a forma de financiamento e permitiriam o repasse para outros modelos na atenção básica, fora do formato de composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde.

Sendo assim, foi imprescindível que essa reflexão ocorresse, pois apresentou um cenário que flexibilizava a organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica vulnerabilizando-o de forma que seus princípios fossem distorcidos, opostos aos da Atenção Primária em Saúde adotados no SUS, no qual a Estratégia Saúde da Família se constituía a principal ferramenta de atenção à saúde desde 2006.

Diante do exposto, considerou-se que a reformulação impôs uma barbárie no trabalho do ACS, visto que aumentou as atribuições, o ACS, requerendo que fizesse mais do que fazia antes, ao assumir o trabalho do agente de endemias, precarizando ainda mais o trabalho. Esses agravos dificultaram a abertura de espaço de discussão e grupos de reflexão frente aos ataques às políticas públicas na AB, além disso, marcou a intensificação da desconstrução de uma política pública reconhecida mundialmente pelo seu êxito.

Destacou-se, com base nos resultados, que o trabalho em saúde deveria ser fortalecido para desenvolver ações entre equipes multiprofissionais; a gestão deveria ocorrer de forma democrática e participativa. Porém, na prática, observaram-se dificuldades de implementar espaços que permitissem a construção coletiva, muitas vezes ocasionadas por uma gestão em saúde que visava a produtividade, vínculos trabalhistas precários, rotatividade de profissionais, como também, os espaços de reflexão muitas vezes, considerados como “perda de tempo”.

Para finalizar, é importante retomar que o trabalho é gerador de significado, sendo uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 1998). Nesse sentido, o sujeito

pode, com seus pares, se engajar no resgate do sentido do trabalho, a despeito das complexas e perniciosas reformas políticas e econômicas, que vem solapando os direitos dos trabalhadores de todas as áreas, mas especialmente os da saúde pública, visto que tiveram perdas de financiamento irreparáveis que repercutirão desfavoravelmente nos próximos 20 anos.

REFERÊNCIAS

ATANES, A. C. M. *et al.* Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: A correlational study in primary care health professionals. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 15, n. 303, p. 1–7, 2015.

BABBOTT, S. *et al.* Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. **Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA**, v. 21, n. e1, p. e100-6, fev. 2014.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. DE A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011.

BRASIL. Constituição (1998) **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: em 17 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesse em: 17 jun. 2020.

CAMPOS, G. W. D. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. DE S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARDOSO, C. *et al.* A vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: realidade expressa em cenas do cotidiano. **Investigação Qualitativa**

em Saúde//**Investigación Cualitativa en Salud**, v. 1, p. 547–552, 2015.

CHANLAT, J.-F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, p. 1–9, 2002.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Indivíduo trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1998.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27–34, 2004.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Parelo 15, 2012.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as ciências do movimento humano. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 395–411, 2014.

GOULART, I. B. **Psicologia Organizacional e do Trabalho - Teoria, Pesquisa e Temas Correlatos**. 2ª ed. Casa do Psicólogo, 2002.

GOULART, I. B.; GUIMARÃES, R. F. Cenários contemporâneos do mundo do trabalho. In: GOULART, I. B. (Org.). **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. Casa do Psicólogo, 2002.

HELOANI, R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2003.

HELOANI, R. Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, A.

M.. **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 153–168.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, n. 17–18, p. 139–156, 2002.

KATSURAYAMA, M.; PARENTE, R. C. P.; MORETTI-PIRES, R. O. O trabalhador no programa saúde da família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 183–198, 2016.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 49–55, 2012.

MARX, K. **As crises econômicas do capitalismo**. São Paulo: Acadêmica, 1988.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

RIBEIRO, S. F. R.; HELOANI, J. R. M. Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. **Rede de Estudos do Trabalho**, n. 9, p. 1–19, 2011.

RIBEIRO, S. F. R.; HELOANI, J. R. M. O Sofrimento psíquico do Trabalhador do SUS frente a morte do Usuário no processo de Trabalho Interdisciplinar. In: ALVES, G.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P. (Org.). **Trabalho e estranhamento: Saúde e Precarização do Homem que trabalha**. São Paulo: LTr, 2012.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 2, p. 241–250, 2011.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. DE S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 141–152, 2012.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. DE. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405–2414, 2012.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. DE F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327–339, 2010.

VILELA, R. A. DE G.; SILVA, R. C. DA; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 289–302, 2010.

CAPÍTULO 5

GRUPO DE APOIO. UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA O TRABALHADOR DE SAÚDE

Sandy Vanz, Jéssica Aparecida Candêa,
Paula Ohana Nepomuceno Fantinato, Sonia Tsai
Huang, Jaqueline Batista de Oliveira Costa

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo relatar uma experiência de estágio de formação do Curso de Psicologia, que procurou entender a psicodinâmica das relações entre trabalho, subjetividade e saúde numa unidade de Saúde da Família, oferecendo um acolhimento para as demandas de sofrimento e desgaste das Agentes Comunitárias de Saúde. Espera-se que as experiências aqui apresentadas possam incentivar e servir de direcionamento para projetos de intervenções e processos de formação permanente com todos os trabalhadores de saúde, inclusive aqueles que se encontrarem vulnerabilizados em decorrência da pandemia COVID-19.

Utilizou-se como referência teórica aportes da Psicologia do Trabalho, Psicodinâmica do Trabalho bem como da Saúde Coletiva. Com essas perspectivas, a preocupação foi de analisar a relação do indivíduo com a organização, tentando compreender como o equilíbrio mental desse indivíduo é ameaçado, frente as possíveis consequências para a sua saúde mental (AGUIAR, 2005).

A Psicologia do Trabalho é uma das faces de uma grande área, a Psicologia Organizacional e do Trabalho. A primeira face, denominada Psicologia Industrial, está ligada aos interesses das grandes empresas, ser-

vindo de instrumento para seleção e recrutamento de pessoas visando a lucratividade; a segunda, denominada Psicologia Organizacional, surgiu no pós guerra e propunha desenvolver recursos humanos e repensar as estruturas das organizações, o foco permanecia na lucratividade; a terceira, Psicologia do Trabalho, apresentou um olhar para o bem estar do trabalhador e para as relações estabelecidas no trabalho humano. Esse momento histórico foi importante, pois ampliou o olhar para esse trabalhador e problematizou muitas questões, desde as relações injustas construídas no ambiente de trabalho até as formas de gestão, as vezes exercidas de forma perniciosa (SAMPAIO, 1998; CAMPOS, 2011).

De acordo com Chanlat (1995, p.119) por modo ou método de gestão entende-se “conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos que ela se tenha fixado”. O método de gestão engloba as condições de trabalho, a sua organização, as estruturas organizacionais, as relações hierárquicas, seus objetivos, valores e a filosofia que os inspiram. Conforme Chanlat (1995) existe quatro grandes métodos de gestão: o método de gestão tayloriano e neotayloriano; método de gestão tecnoburocrático; método de gestão baseado na excelência, e o método de gestão participativo.

Nesse mesmo sentido, na Teoria da Psicodinâmica do Trabalho, a hipótese é que a relação homem e trabalho é de sofrimento ou doença, embora o trabalho possa também ser fonte de prazer e saúde. Introduziu-se a dimensão psicológica no estudo das relações do ser humano com a organização do trabalho (DEJOURS, 1992).

Com essas visões e o passar dos anos, as áreas de atuação do psicólogo se tornaram amplas, alcançando importantes setores, possibilitando utilizar as lentes da Psicologia do Trabalho para compreender as relações de trabalho nas organizações. Desta maneira, o papel do psicólogo dentro das organizações foi se desenvolvendo. Uma das possibilidades de atuação é a de facilitador da interação entre os vários grupos que compõem a insti-

tuição, considerando a saúde e a subjetividade dos indivíduos, a dinâmica da empresa e a sua inserção no contexto mais amplo da organização. As atividades exercidas dentro desse papel, fundamentadas em técnicas e instrumentos da Psicologia, firmam-se na díade homem & trabalho (CODO, SAMPAIO, 1995).

Foi com essas concepções que o estágio propôs uma inserção numa Unidade de Saúde da Família, com o intuito de prevenção e promoção da saúde frente as dificuldades relacionadas a dinâmica de trabalho.

Nesse contexto da Saúde da Família, é importante retomar que em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal, foram definidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Esses princípios visavam reduzir a lacuna existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a oferta efetiva de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (ABRANTES, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil por Atenção Básica (AB), foi reconhecida como uma estratégia capaz de estruturar redes integradas de atenção à saúde, auxiliando na construção de sistemas de saúde efetivos. Se configurou em um sistema de saúde estruturado, possuindo princípios e bases organizativas, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias a ele vinculadas (ABRANTES, 2017)

Segundo Abrantes (2017) a Atenção Básica constitui-se em ações coletivas ou individualizadas, direcionadas para promoção e prevenção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Devem ser desenvolvidas por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas, participativas e do trabalho em equipe que devem ser dirigidas à população de um território bem delimitado. Frente aos desafios do território brasileiro, adotou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e o Programa de

Saúde da Família-PSF como formas privilegiadas de construção de um novo modelo de atenção à saúde (ABRANTES, 2017).

A estratégia Saúde da Família foi o modelo principal da Atenção Básica, proposto com a perspectiva de atuação em um processo de usuário centrado e trabalho em equipe. A equipe mínima foi composta pelos seguintes profissionais: auxiliar de enfermagem, médico generalista, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, dentista, e um auxiliar de consultório dentário. Os profissionais das equipes de saúde foram designados como responsáveis por sua população previamente definida, com ênfase na atuação do Agente Comunitário de Saúde, devendo residir na região onde atuam (BRASIL, 1997).

As atividades, desenvolvidas de forma dinâmica, requeriam das equipes de Saúde da Família preparo para: conhecer a realidade das famílias pelas quais eram responsáveis; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco; prestar assistência integral; desenvolver processos educativos para a saúde, entre outros fatores (BRASIL, 1997).

Referente a atuação das equipes ainda foram inclusas as atividades de: visita domiciliar, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias; internação domiciliar, não substitui a internação hospitalar tradicional, deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente, e a participação em grupos comunitários. A equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo para discutir temas identificados como prioritários pelas comunidades (BRASIL, 1997). A estratégia, como estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Buscou maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nas populações assistidas. O trabalho de equipes da Saúde da Família tem sido o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular dos usuários (BRASIL, 1997).

APROXIMAÇÕES INICIAIS COM A UNIDADE DE SAÚDE

Antes de intervir, houve uma aproximação com a equipe e com a unidade, por meio da observação participante, com o intuito de levantar as demandas do serviço, bem como dos trabalhadores. Segundo May (2001), a observação participante pode ser definida como um processo por meio do qual o investigador estabelece um relacionamento multilateral com prazo relativamente longo com uma associação humana no ambiente natural com o propósito de desenvolver uma compreensão científica acerca daquele grupo.

A compreensão da unidade de saúde como um grupo e subgrupos, construídos espontaneamente ou propostos por uma ou outra demanda foi elucidada por Zimerman (1997). Uma das demandas identificadas era exatamente a necessidade de acolhimento do desgaste do trabalhador frente a natureza do trabalho em saúde. Dessa forma, as estagiárias se prepararam para propor um grupo de apoio, no qual assumiriam a função de coordenação, desenvolvendo atributos essenciais para que conseguissem, de maneira satisfatória, realizar seu trabalho. Esses atributos foram: Gostar e acreditar em grupo; Coerência; Senso de ética; Sigilo; Respeito; Paciência; Função de Pensar; Discriminação; Comunicação; Traços caracterológicos; Empatia; Síntese e Integração. Para um detalhamento dessas características recomenda-se a leitura do próprio autor referenciado.

Reconheceu-se que os aspectos inerentes ao coordenador de grupo eram requeridos tanto das estagiárias quanto das lideranças da unidade, relevantes para qualquer pessoa que exerça essa função independente do grupo que coordena, seja na função parental de coordenar a dinâmica do grupo familiar, numa empresa ou entre outros campos, como numa unidade de saúde (ZIMERMAN, 1997). Esse reconhecimento contribuiu tanto para o desenvolvimento da intervenção quanto da compreensão da dinâmica organizacional da unidade.

Todas as atividades de estágio foram acompanhadas por supervisão e leituras bibliográficas para a aquisição do conhecimento teórico. Os encontros de supervisão na Clínica de Psicologia da universidade possibilitaram compartilhamento de experiências e elucidação das situações com as quais as estagiárias estavam lidando.

No momento em que os grupos de apoio iniciaram, foi possível identificar e vivenciar o manejo de situações inerentes a convivência dos indivíduos na instituição. Nesse momento, empregaram-se jogos para incentivar a comunicação e a ação dos membros com o intuito de esclarecer, facilitar e elaborar o processo grupal.

Além dos pressupostos de Zimermam (1997) utilizaram-se como base os grupos operativos, a fim de direcionar o olhar para além das questões aparentes ou manifestas, implicando-se na

análise dos aspectos referentes à transferência no grupo, que se expressa através de um porta-voz que expressa algo em relação (vínculo positivo ou negativo) com o coordenador, e que num primeiro momento é dispersa, cindida em pedaços, caótica, frágil, instável e que, à medida que progride a tarefa do grupo, vai mostrando mais coesão (RIVIERE, 2009, p.79).

Para que o leitor compreenda as intervenções realizadas é necessário descrever a localização e funcionamento do serviço. A unidade de Saúde da Família estava localizada num bairro de uma cidade de médio porte, possuía duas equipes, a equipe 14 e a equipe 28. Essas unidades foram criadas não apenas para serem as portas de entrada dos pacientes ao SUS (Sistema Único de Saúde), mas também para ordenar toda a trajetória do usuário na rede de saúde, desde seu primeiro atendimento até ser encaminhado a outros serviços especializados, como para realização de exames ou encaminhamento direto a um profissional especialista. Cabe enfatizar que mesmo durante os atendimentos especializados o usuário

deve continuar com o acompanhamento na unidade de Saúde da Família, enquanto uma referência longitudinal (BRASIL, 2010).

A primeira visita a unidade, realizada pelas estagiárias, foi acompanhada pela supervisora, a professora responsável pelo estágio. Foi um encontro com o enfermeiro da unidade, no qual se discorreu sobre o estágio e firmaram-se os dias e atividades previstas na unidade. Seguiram-se de 15 encontros na unidade para observação da rotina que envolveu Hiperdia; consulta odontológica; visita domiciliar da enfermagem, atividades das agentes comunitárias de saúde dentro da unidade e visitas domiciliares; recepção, reunião de equipe; consulta médica; trânsito dos trabalhadores no pátio da unidade. O intuito era de conseguir observar cada grupo que compunha a equipe na unidade.

As visitas semanais na unidade acompanhadas de supervisões constituíram-se como essenciais para ampliar o olhar sobre os fatos, elucidando discussões teóricas pertinentes, realizadas nas supervisões. Espera-se que contribuam para que os leitores as utilizem em suas próprias ações, enquanto acadêmicos ou profissionais da área da saúde. Dessa forma, apresentar-se-á a seguir essas discussões que culminou na realização do grupo de apoio aos trabalhadores.

Desde o primeiro contato na Unidade de Saúde da Família a queixa apresentada relacionava-se a um conflito interpessoal entre os funcionários, revelando algo sobre a sobrecarga de conflitos externos e internos, trazendo à tona uma questão manifesta, cabendo uma minuciosa investigação para ir além dessa dimensão, na busca dos significados e conteúdos implícitos, desconhecidos. A abordagem psicanalítica, especificamente a psicodinâmica do trabalho direcionou essa investigação preliminar, bem como as intervenções realizadas posteriormente. Para conhecer este campo de trabalho, a Estratégia Saúde da Família no SUS, buscou-se entender o protagonismo do trabalhador, considerando que “ser um trabalhador da saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho cons-

tituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas” (ONOCKO, 2005, p.577).

Embora toda a equipe tenha sido considerada, o olhar para a categoria dos Agentes Comunitários de Saúde teve certo destaque, por algumas especificidades na rotina de trabalho. Ribeiro e Heloani (2011) discutem as dificuldades dessa categoria, advindas do fato de que, em sua maioria, trabalho e casa pertencem a um mesmo bairro ou região. Os autores falam de uma contradição que, “se refere à dedicação e envolvimento no trabalho representado por um forte vínculo estabelecido pela população, contraposto a um sofrimento pela privacidade e liberdade comprometidas” (RIBEIRO, HELOANI, 2011, p.184). A legislação atual, que rege o exercício da profissão do Agente Comunitário de Saúde tem em seu artigo 6º, inciso I, como requisito, “residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público” e posteriormente acrescenta que, “compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde”. (BRASIL, 2006, p.19).

Numa visita domiciliar, uma agente comunitária de saúde relatou que considerava como ponto positivo pertencer à região em que atende. Em sua visão, isso a permite realizar seu trabalho, que tanto ama, da melhor maneira, se adequando aos horários em que os usuários estão em casa e fazendo o possível para não deixar nem sequer um deles sem receber visita. Acrescenta que se sente mais segura deixando sua moto dentro de sua casa, realiza suas visitas a pé, para que possa ter um contato mais próximo com comunidade e sem os desconfortos de estacionamento.

Por outro lado, um discurso muito presente foi a falta de reconhecimento do trabalho de agente comunitária de saúde, e o adoecimento que as relações de trabalho promovem. De forma geral, todas relataram gostar muito do que faziam, mas sofriam pela falta de reconhecimento do

trabalho delas, tanto financeiramente quanto por parte da população e dos gestores. Esse sofrimento pela falta de reconhecimento parece afetar a identidade social delas, para além do trabalho. Seligmann-Silva (1994) afirma que tal identidade está centrada na identidade profissional, proporcionando ou não o reconhecimento social. Dejours (2011) defende que a retribuição simbólica proporcionada pelo reconhecimento advém do sentido que este confere às vivências no trabalho, o que tem o poder de transformar o sofrimento em prazer. Sendo assim, “pode-se afirmar a necessidade de alertar as organizações para a importância do reconhecimento, sendo este um papel fundamental dos profissionais que se preocupam com o estudo das relações entre trabalho e saúde” (CREMONESE; MOTTA; TRAESEL, 2013, p.287).

É nesta direção que as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (1992), têm seu foco, expondo as “estratégias defensivas utilizadas como procedimento regulatório do sofrimento vivenciado no trabalho” (CAVALCANTE et al., 2009, p.3). Ou seja, era no mesmo local onde a Agente Comunitária de Saúde teria, em tese, a oportunidade de exercer livremente sua subjetividade que enfrentava os desafios e sofrimentos advindos da rotina de trabalho. Aqui, encontrava-se em ambas as partes, teoria e prática, uma concordância em que trabalho e singularidade, quando habitam em um mesmo lugar, dificultam a formação de identidade e subjetividade psíquica do indivíduo. Assim ocorria com as Agentes Comunitárias de saúde, viviam rotineiramente, na vida pessoal, em contato com situações de trabalho.

É pautado sob legislação (BRASIL, 2006) que o Agente Comunitário de Saúde tem como uma de suas atividades da área de atuação, fortalecer os elos entre o setor de saúde e a promoção de qualidade de vida dos usuários. Entretanto os Agentes Comunitários de Saúde relataram que o cotidiano, voltado a orientar, acompanhar e cuidar da população, em sua maioria vizinhos, torna os vínculos emocionais

dos agentes para com os usuários e vice-versa exacerbados. Ferraz e Aerts (2005) propõem que a empatia com a comunidade, e vice-versa é importante para a integração do trabalhador durante o estabelecimento de vínculo, o que era efetivamente implantado. Tais situações de empatia foram constatadas pelas estagiárias em diálogos durante visitas domiciliares, na recepção e nas conversas na sala dos Agentes Comunitário de Saúde. Em diversos momentos suas falas revelavam sentimentos de cuidado para com os usuários, até em algumas vezes, os Agentes Comunitário de Saúde mostraram saberem além das questões mais comuns, como por exemplo, os relacionamentos amorosos dos seus usuários ou segredos familiares. E é neste caso em que a contradição dita por Ribeiro e Heloani (2011), é reafirmada, pois, ainda que o exercício da função de Agente Comunitário de Saúde seja otimizado, a construção da subjetividade psíquica saudável fica em déficit.

Outro relato de um Agente Comunitário de Saúde trouxe o descontentamento a respeito da falta de instrução ou formação, o que os prejudicava na operação com novas tecnologias e sistemas. Quando havia cursos de atualização, eram totalmente teóricos e não davam a oportunidade de aprenderem na prática. Por outro lado, na equipe todos buscavam se ajudar, ensinando uns aos outros. “Para os profissionais, o trabalho em equipe tem importância singular” (BRAND et al., 2010, p. 44). Expressaram que o importante ali era a amizade e a cooperação, muitas vezes recíproca, é o que fazia o serviço fluir.

Esse aprendizado comunitário vem ao encontro com o que preconiza a Educação Permanente, “muitas coisas podem acontecer ali, na roda de conversa no café, no corredor, em qualquer ‘espaço’ inventado como tal pelo coletivo que ao se encontrar, em si inventa um arranjo” (MERHY, 2015, p.8). Tal evidência se fez notória na oficina ministrada nessa mesma unidade do estágio, por meio de um Projeto de Extensão referente a apresentação da cartilha de Educação Permanente e Rede de Trabalho no SUS. Todos os integrantes da unidade participaram dando suas contribui-

ções, alguns mais do que outros. Como Merhy (2015) pontuou as pessoas são implicadas no que está sendo dito e podem passar a observar e atuar de outra forma no que diz respeito a determinados casos. Segundo Brand et al. (2010), Educação Permanente em Saúde é um processo que tende a orientar o sujeito a uma análise crítica envolto da realidade que está inserida, visando compreender as informações recebidas, buscando propostas que modifiquem a realidade se tornando condutores da própria vida.

Com relação aos conflitos, Campos (2005) apontou que esses sintomas, presentes nas instituições, são frutificados por meio da realidade do trabalho, pelo convívio com a dor e a dificuldade de simbolização. Estes sintomas se fazem através da realidade vivida no ambiente de trabalho por meio do contato com a dor do outro. A autora ainda pontuou a identificação existente entre os trabalhadores e usuários, pelo meio da qual a equipe acaba por se sentir como a população atendida, muitas vezes vulnerável e desabastecida, surgindo assim possíveis sentimentos de impotência que muitas vezes adoecem os profissionais da área da saúde.

Tais fatores, observados na prática do estágio, trazem a luz a ideia de que o vínculo é algo importante, mas pode também vir a ser motivo causador de sofrimento psíquico, pelas vias da impotência, para além da unidade local, atingindo a falta de recursos da rede de saúde. “Essa impotência vivenciada pelas agentes de saúde é do próprio sistema, diante de problemas que demandam o envolvimento de outros setores, a prática da intersetorialidade, a integração das ações, no sentido da promoção e prevenção” (ÁVILA, 2001, p. 354).

Essa impotência apareceu quando os Agentes Comunitários de Saúde relatam um alto nível de preocupação para com seus assistidos, geradora de anseios, que os acompanham em casa e também no descanso, colocando-os numa posição frustrante de querer ajudar e, ao mesmo tempo serem impossibilitados, pelo fato de dependerem de uma rede de serviços aquém do que deveria ser. É aí que o sofrimento gerado advém

do impedimento do sistema, que causa o sentimento de não ser capaz de ajudar. A questão que a autora reflete é “o que pode a agente de saúde fazer, além de se angustiar com a situação, cuja solução foge à sua competência?” (ÁVILA, 2011, p. 355).

A questão acima aponta a necessidade da atuação do psicólogo nas unidades de Estratégia Saúde da Família. “O psicólogo desencadeia uma importante função na Saúde da Família onde vai atuar na prevenção do bem-estar psíquico, que conseqüentemente colabora para os outros níveis que implicam em um estado pleno de saúde, como o físico, a interatividade social, por exemplo” (PENA, 2013, p.4).

A partir da escuta qualificada e acolhedora, a psicologia pode oferecer apoio e orientação, fortalecendo os vínculos e a confiança entre a equipe. Apesar de Merhy (2015) entender que isso pode ocorrer espontaneamente, nem sempre é a realidade dos serviços, permeados pela lógica competitiva do sistema de produção capitalista vigente (RIBEIRO, HELOANI, 2011). Nesse propósito de apoio aos trabalhadores, é importante lembrar que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), é constituído por diversas categorias de profissionais, sendo a presença do psicólogo uma possibilidade, mas não uma garantia. A legislação prevê que

deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF ... composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2010, p. 7).

Dessa forma, cabe salientar o quanto a psicologia deve valorizar e mostrar suas contribuições para a Saúde da Família, a fim de que a sua inserção nesses ambientes seja cada vez mais intensificada, reconhecida como urgente e necessária para a equipe de trabalho.

Outro ponto discutido foi referente a falta de recursos, que segundo os profissionais englobavam desde os materiais mais simples, como papel higiênico, até os mais complexos de uso odontológico e o quanto isso se tornava desgastante para eles, sendo que a solução encontrada era a de juntarem dinheiro entre eles para comprar elementos indispensáveis de higiene pessoal. Brand; Antunes; Santana (2010) também apontaram que há grandes dificuldades dos trabalhadores do SUS em relação ao incentivo público e que isso pode até gerar a inadequação de forma não segura das ações dos trabalhadores.

No decorrer das observações participantes e das supervisões, algumas dificuldades foram encontradas no que diz respeito ao papel das estagiárias de psicologia no ambiente. Aspectos contratransferenciais foram analisados, por vezes comum na inserção da atuação da psicologia em instituições. A partir de comportamentos das estagiárias, levados para discussão junto à supervisora do estágio, foi possível identificar um possível conluio com a coordenação de uma das equipes da unidade, dificultando a identificação de demandas institucionais. Segundo Zimerman (1999, p.445) “a partir de uma equivalente contra-resistência do grupoterapeuta, forme-se um – inconsciente – conluio resistencial entre ele e os demais componentes do grupo, dirigido contra o desenvolvimento de certos aspectos da tarefa na qual estão trabalhando”.

Assim, talvez, mesmo que inconscientemente, a atividade na unidade foi alvo de direcionamentos pessoais, com forte influência da administração do local, prejudicando momentaneamente os encaminhamentos.

Após analisar essas dificuldades foi possível lidar e aprender com

elas, transformando-as assim em oportunidade de crescimento e melhoria tanto da vivência do estágio quanto no que poderia ser oferecido como intervenção na unidade, relatada logo a seguir.

GRUPO DE APOIO

Com base nas demandas trazidas e nas discussões acerca das queixas e das necessidades, como campo de estágio, a proposta de intervenção criada foi a de construir um grupo de apoio com as Agentes Comunitárias de Saúde das duas equipes que trabalhavam na unidade. A escolha de realizar um grupo que contemplasse a equipe 14 e a equipe 28 teve intenção de construir um possível vínculo entre as Agentes Comunitárias de Saúde visto que, identificou-se essa categoria com uma vulnerabilidade específica, por carregar para a vida pessoal as questões de trabalho, de forma mais intensa que os demais. Tomou-se como estratégia a utilização de jogos grupais (YOZO,1996), que foram previamente escolhidos, de forma que fomentassem as discussões e reflexões durante os encontros.

O grupo de apoio ocorreu por meio de seis encontros com duração de aproximadamente 50 minutos cada um. A coordenação foi compartilhada entre as três estagiárias de psicologia, de forma planejada e baseada nos pressupostos grupais explicitados anteriormente (ZIMMERMAN, 1997).

No primeiro encontro foi dado o início as atividades com as Agentes Comunitárias de Saúde. Na sala escolhida para o encontro estavam presentes duas agentes comunitárias da equipe 14 e quatro agentes da equipe 28. Iniciou-se o encontro com apresentações pessoais e, na sequência, a exposição dos objetivos dos encontros. A coordenadora do grupo informou que seria realizado um jogo e que, nesse jogo, cada uma deveria falar seu nome e o que gostava de fazer fora do ambiente de trabalho, e cada uma deveria lembrar o que as demais já haviam falado.

Após o término do jogo, os comentários foram que acharam bem divertido falar do que cada uma gostava; que conversavam muito, que foi interessante o jogo e que normalmente elas mais escutam os outros do que falam de si, e que isso foi muito legal, que foi bom saber o que as agentes da outra equipe gostavam.

Após esse momento inicial, foi proposto outro jogo para discutir sobre o sigilo. Foi solicitado que elas pensassem em um segredo que só elas sabiam, para mentalizar esse segredo. Algumas falavam que a vida delas “era um livro aberto”, que não tinham segredos, outras falavam que estava difícil pensar em um segredo, e uma das participantes começou a chorar.

Na discussão, pediu-se para que elas imaginassem que uma tivesse ficado sabendo do segredo da outra, de como seria a reação delas. Falaram que sempre lidavam com os segredos dos outros... Nesse momento, a participante que tinha chorado contou sobre algo que aconteceu em sua vida, que a marcou muito, que não tinha contado nem para as irmãs, mas se sentiu à vontade para contar ali. As outras acolheram a colega, falaram que se ela se sentiu a vontade de contar, que aquilo não sairia dali. Outra contou sobre uma situação que passou na qual envolvia a família dela e uma usuária do posto que era atendida por ela, e que por isso não podia contar para a família o que estava acontecendo. O restante da discussão envolveu histórias sobre o trabalho com os usuários, possibilitando salientar que o sigilo era um elemento muito importante nos encontros, possibilitando que se expressassem sem receio.

As questões expostas neste encontro revelaram o quanto as Agentes Comunitárias de Saúde precisavam expressar conteúdos dolorosos, ligados direta ou indiretamente ao trabalho. Nas palavras de Ribeiro e Heloani (2011) esses espaços podem se constituir num acolhimento, trazendo à tona questões escondidas ou mascaradas por mecanismos defensivos, frente a uma das especificidades do trabalho – guardar segredos. No

grupo puderam expor, sem medo de represália, os segredos dos outros, misturados aos delas, possibilitando o desenvolvimento da subjetividade de maneira saudável.

O segundo encontro de intervenção contou com um total de 8 Agentes Comunitários de Saúde, sendo 4 de cada equipe.

Enquanto aguardava-se a chegada das participantes, começaram a conversar sobre o pagamento que havia saído. Uma disse a outra que ganhariam muito bem neste mês, pois alguma verba que estava atrasada há algum tempo tinha sido liberada, ao que a colega respondeu com um tom desanimado, que o dinheiro iria todo em suas contas e então algumas começaram a dizer que ela não podia reclamar assim, que neste mês iria receber o dobro do que normalmente recebe. Assim que todas chegaram, apresentou-se um jogo no qual as cadeiras ficavam em círculo, com uma cadeira faltando, requerendo que uma das pessoas ficasse no centro. Esta mencionaria que “queria” alguém com alguma característica na roupa ou algo assim, que a maioria tivesse, como por exemplo, estar com o cabelo preso. Todas que tivessem a característica solicitada deveriam trocar de lugar umas com as outras e nesse tempo, quem estivesse no centro da roda, deveria tentar se sentar em uma cadeira, fazendo assim que outra participante ficasse sem cadeira e todo o processo se repetia. O jogo durou cerca de 20 minutos. Divertiram-se muito, deram risada, falaram alto e até se diziam cansadas.

Na discussão sobre o jogo, disseram que foi legal e divertido, mas que se cansaram bastante. Quando questionadas sobre qual seria a relação do jogo com o trabalho delas, disseram que era exatamente daquele jeito, corrido, que em um segundo as coisas mudavam, tinham que agir muito rápido. As participantes da equipe 14 relataram que elas se entendiam muito facilmente, sabendo decidir as coisas apenas com olhares, devido a boa relação entre o grupo. Acrescentaram que geralmente suas opiniões eram as mesmas, especialmente quando a

enfermeira lhes pedia para tomar alguma decisão. Já as participantes da equipe 28 disseram que, por mais que se relacionassem bem, as opiniões eram diferentes em alguns momentos, mas que resolviam por intermédio de votações. Nesse ponto da conversa, iniciaram um tipo de bate e volta entre as duas equipes, uma explicando a outra como era a dinâmica de sua unidade. Então, uma Agente Comunitária de Saúde disse que ela não gosta é de reclamações, que ama sua profissão, mas odeia chegar na unidade e só ouvir reclamações. Acrescentou que sempre é a primeira a buscar seu pagamento e que odeia quando as pessoas fazem como sua colega, que havia reclamado do salário embora, naquele mês, tivesse recebido o dobro do normal. Com a mediação das estagiárias, esse momento propiciou um reconhecimento mútuo e respeitoso sobre as semelhanças e diferenças entre as equipes. Conforme Campos (2005) é necessário que os aspectos idiossincráticos e subjetivos do processo do trabalho fossem expostos, para que não se constituíssem na base de conflitos insuperáveis, mas em relações diferenciadas e transitivas.

A seguir as discussões consistiram em torno do que lhes adoecia. Citaram motivos como conflitos de interesses com os usuários, que eram seus vizinhos e as vezes até pessoas próximas; relataram a dificuldade de conseguir os procedimentos e encaminhamentos do SUS; a exposição ao sol e o cansaço físico; o não reconhecimento da população e também dos colegas de trabalho e ressentiram-se de alguns usuários que, às vezes, não eram tão gentis. De acordo com Menegolla et al.(2003), as maiores dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde 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 (MENEGOLLA *et al.* 2003, p. 81).

Ainda sobre o adoecimento, comentaram sobre uma colega que se afastou, mas que não foi por motivos relacionados ao trabalho, que se sentem ofendidas quando falam que foi este o motivo do afastamento, que a colega afastada usa essa “desculpa”, mas que desde quando entraram, há 16 anos, a colega já era alcoolista, bem como o pai e irmão. Diante dessas colocações, foi lhes perguntado o que elas compreendiam por adoecimento no trabalho e o que poderia causar danos à saúde mental, dentro do trabalho. As respostas foram no sentido de que viver as situações desfavoráveis ou não no trabalho só causaria danos as pessoas “fracas”, não havendo relação entre problemas do trabalho com a vida pessoal.

Embora não tenha sido possível esgotar esse assunto nesse encontro, nas reflexões posteriores, realizadas na supervisão, foi possível notar que o grupo não entendia, naquele momento, o que era adoecimento no trabalho e qual a relação que a vivência no dia a dia do trabalhador tem com sua saúde. Borsoi (2007) discute tal estratégia que os indivíduos comumente fazem durante o momento de adoecimento no trabalho e diz que [...] nem sempre o indivíduo identifica seu sofrimento como sendo de ordem psíquica. E mesmo que o perceba assim, muitas vezes não lhe confere a dimensão necessária para buscar ajuda. Por fim, quando o faz, raramente associa seu sofrimento a situações de trabalho, mesmo porque, geralmente, os problemas ditos pessoais ganham o direito de se expressar somente depois da jornada de trabalho (BORSOI, 2007).

Ainda nessa ocasião, falaram sobre as situações do dia a dia e também como elas reagem aos maus dias, dizendo que geralmente preferem não ir à rua nestes momentos. Uma Agente Comunitária de Saúde ficou por um bom tempo desabafando sobre si e acerca de seu trabalho, contando o que lhe faz mal e o que a faz bem. Como o tempo já estava acabando

e algumas disseram que já precisavam ir trabalhar o encontro foi encerrado, com o agradecimento pela participação.

Realizou-se o terceiro encontro com a presença de oito Agentes Comunitárias de Saúde sendo quatro de cada equipe. Retomou-se o que foi abordado no encontro anterior e na sequência apresentou-se o jogo que iria ser realizado nesse dia. Pediu-se para que elas ainda sentadas, pensassem sobre um sonho enquanto Agentes Comunitárias de Saúde, que esquecessem que existem duas equipes e que focassem na categoria de trabalho. Depois de alguns minutos, cada uma recebeu um balão, com o pedido que imaginassem que o sonho delas estava sendo inserido dentro daquele balão. Depois que encheram os balões, jogaram para o alto, de forma que não os deixassem cair, mas se isso acontecesse era para deixarem os balões no chão e ajudar as colegas a manterem os delas no ar. As instruções foram sendo dadas pelas estagiárias de psicologia, sempre lembrando que os balões simbolizavam os sonhos. No decorrer da atividade uma das participantes ficou em um canto separada cuidando do seu próprio balão e conversando com o mesmo, por mais que repetíssemos a instrução de que deveriam ficar juntas e se ajudarem mutuamente, ela continuou no seu próprio canto, apenas no final quando as próprias colegas a chamaram e disseram para ela não ser “egoísta” e ir para a roda foi que ela interagiu com as outras.

Após o jogo iniciou-se uma reflexão acerca da atividade proposta. Foi perguntado o que acharam da atividade, sobre manter os sonhos (balões) no ar, se era melhor cuidar só do próprio sonho ou dividir com as demais pessoas. As respostas foram que era melhor dividir com as colegas, mesmo que uma delas não tivesse feito isso. A participante que não dividiu o balão se manifestou, por meio da mediação das estagiárias de psicologia, foi convidada a dizer o pensava sobre aquilo que a outra colega havia colocado, ao que respondeu que “achava bom” ter um sonho só seu, era para facilitar a vida dela, comprar uma bicicleta motorizada por-

que tinha problemas na coluna e sentia muitas dores por ir trabalhar de bicicleta. Outras participantes colocaram que é difícil mesmo ter sonhos comunitários, quando se tem que passar por pessoas acima delas, que não deixam esses sonhos se concretizarem. Enfim, disseram que o maior sonho seria o reconhecimento das pessoas, tanto dos usuários quanto dos próprios funcionários da unidade. Uma das agentes direcionou o discurso para falar do coordenador da equipe. Foi pontuado que o ponto não era discutir as equipes em separado ou pessoas de forma exclusiva e particular. Passaram a relatar a falta de reconhecimento e a desvalorização, que mesmo não sendo pré-requisito o ensino superior, muitas fizeram faculdades, mas não são valorizadas. Disseram que muitas vezes chegam na casa do usuário e ouvem queixas sobre a equipe, de uma forma ou de outra os convencem a voltar a unidade e valorizam o serviço, mas não são reconhecidas por isso. Relataram que quando acontecem eventos externos elas eram elogiadas, diziam que elas eram “os olhos do SUS”, mas que na prática não era bem assim, logo voltavam a ser desvalorizadas.

Nesse momento, foi perguntado o que elas poderiam fazer para fortalecer o vínculo entre elas, se isso as ajudaria. Disseram que era difícil, pois todas as atividades eram separadas, mesmo porque o posto não tem estrutura para que as atividades sejam realizadas em conjunto. Um exemplo era o hiperdia, realizado separadamente pelas duas equipes. Entretanto, quando foi pedido que pensassem em outras formas de vínculo entre elas, disseram que vai muito além disso, que sabem sempre que precisassem da ajuda das colegas elas sempre ajudariam, e se as colegas precisassem elas sempre estariam à disposição. Também comentaram sobre a copa que muitas vezes é utilizada para tomar um café e acabam conversando.

A atividade finalizou-se logo depois esses comentários, porém, enfatizou-se a importância do estabelecimento e fortalecimento do vínculo e com agradecimento pela presença de todas.

Como na maior parte dos encontros, a falta de valorização destacou-se como tônica no discurso. Conforme Codo e Sampaio (1995) os sujeitos são constituídos também pelo outro, tanto por meio das relações que se mantém com esse outro como pelo olhar direcionado. Nesse sentido essa relação com o outro é essencial para a formação da subjetividade. É exatamente isso que as Agentes Comunitárias de Saúde carecem, desse olhar constituinte do outro sobre si, para além de alguns poucos momentos, como nos eventos da unidade. Notou-se que apesar de criticarem a colega por ter ficado com o balão (sonho) só para si, reconheceram as dificuldades em conquistarem sonhos de forma coletiva. Parece que, inicialmente, foi mais fácil apontar um suposto egoísmo num colega do que reconhecer as dificuldades estruturais ou institucionais. Conforme explicita a Psicodinâmica do Trabalho, é difícil fazer ajustes contra as agressões no ambiente de trabalho quando os espaços públicos de reflexão estão bloqueados, restando apenas mecanismos de defesa como a projeção, colocando no outro aquilo que é ruim, por exemplo, o egoísmo (DEJOURS, 1992).

No quarto encontro de intervenção contou-se com a presença das oito participantes presentes no encontro anterior. A principal proposta foi o jogo do novelo de lã, mas antes se discutiu sobre o PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), cujas maiores modificações estavam relacionadas a classe de Agentes Comunitárias de Saúde. Ao serem questionadas acerca do entendimento frente as mudanças, disseram que ouvem muito falar, mas que não sabiam muito sobre o assunto. Com o intuito de fortalecer-las enquanto classe de trabalhadores, foi pedido que segurassem a ponta do novelo de lã, dissessem algo a respeito da importância do trabalho delas e passassem para as colegas a fim de que todas realizassem o mesmo exercício, contudo não foi o que aconteceu. A primeira participante realizou um discurso sobre não se preocupar com o futuro, apresentando certa desilusão. Depois dessa primeira fala, ressaltou-se que manifestassem suas opiniões acerca da importância de suas atividades, algo que apenas uma das participantes conseguiu realizar efetivamente,

descrevendo o quanto é importante o apoio que oferecem aos usuários. Como o grupo estava um tanto quanto incomodado com o assunto, o que causou desconforto, pediu-se para realizarem o caminho oposto, a fim de enrolar novamente o novelo, enquanto cada uma verbalizasse uma palavra positiva com relação a seu trabalho, o que teve efeitos positivos, todas disseram palavras motivadoras. Mas, ao final do exercício, voltaram a se retrair e a falar sobre os temores caso a nova PNAB fosse aprovada.

Ao escrever esse capítulo, é necessário reconhecer que os temores das Agentes Comunitárias de Saúde eram justificados, pois a nova PNAB foi aprovada, (Postaria 2.436 de 21 de setembro de 2017) trazendo consequências nocivas para a Atenção Básica, restringindo o escopo de ações, colocando em risco a principal tarefa – a de ordenadora da rede de saúde no SUS. Embora não tenha sido possível impedir a aprovação da nova PNAB, o encontro procurou fortalecer as Agentes Comunitárias de Saúde enquanto categoria. Foi pedido que pensassem no que poderiam fazer para se solidificarem enquanto classe de trabalhadoras, para defenderem sua profissão. Disseram que não era algo possível, que tudo isso estava acima delas, e na sequência afirmaram com muita ênfase o quanto eram unidas enquanto grupo, pois nenhuma delas precisava “passar a perna” na outra, uma vez que todas realizavam as mesmas atribuições, não sendo necessário prejudicarem-se mutuamente.

Devido a tantas frases do tipo “não precisamos passar a perna na colega”, pareceu que estavam temendo que ocorresse ou já estivesse ocorrendo o contrário - uma possível competição entre elas - já que uma suposta aprovação da nova PNAB reduziria a quantidade de agentes de 6 para apenas uma, tornando inviável a permanência de todas no trabalho. Pode ser que de forma latente, estivessem dizendo algo sobre si e sobre seus temores. Novamente, percebe-se que a Psicodinâmica do Trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994) elucida o fato, propondo que os mecanismos de defesa como o de negar algo como a competitividade possa dar lugar a estratégias de resistência.

Com todas essas dificuldades em pauta, uma das participantes manifestou incômodo com o conteúdo do encontro, mostrando-se angustiada, o que havia acontecido de forma menos intensa depois do último encontro também. Essa queixa foi acolhida e discutiu-se novamente a proposta dos encontros, demonstrando que alguns assuntos, apesar de desconfortáveis, precisam ser trabalhados. Enfatizou-se que apesar das dificuldades, exerçassem a importância delas enquanto categoria profissional.

No quinto encontro, propôs-se um vídeo “Comida para todos e todas” que retrata a cooperação a fim de fortalecer as estratégias coletivas de valorização da categoria. Depois do vídeo, pediu-se para que falassem o que as cenas mobilizaram em cada uma. As palavras foram: cooperação, união, precisamos ajudar os outros, equipe. Relataram como é a cooperação entre elas, falaram que no dia anterior tinham trabalhado todas juntas no Novembro Azul, que a Unidade ficou aberta até as 21 h para atender os homens que não tinham tempo durante os outros períodos do dia. Relataram que estavam muito contentes, pois haviam atendido cerca de 110 homens, que as equipes trabalharam juntas, em cooperação.

Falaram que enfrentam dificuldades com os outros profissionais quando precisam agilizar alguma coisa, mas entre elas não. Discutiram que sempre se ajudam, e que a cooperação entre elas é muito boa. Em seguida um das Agentes Comunitárias de Saúde contou que a equipe dela estava passando por um momento muito complicado, pois uma das colegas estava tendo comportamentos agressivos. Relataram que não conseguem conversar com essa colega, nem o coordenador consegue. Uma das agentes comentou que nunca havia chorado no trabalho, mas que por causa dessa colega, não aguentou e ao ir até o coordenador não conseguiu conversar, apenas chorava. Uma agente da outra equipe lembrou do vídeo e apontou que um tentou atrapalhar o restante, mas os outros se fortaleceram. Nesse momento, houve um acolhimento por parte das estagiárias de psicologia ao grupo, mobilizado pelo relato.

Foi possível compreender que “nos momentos em que a cooperação e a responsabilidade não acontecem entre os profissionais da equipe, o trabalho coletivo fica comprometido, pois há sobrecarga de trabalho de alguns profissionais em virtude do não comprometimento de outros” (PERES, 2011, p.909).

A cooperação entre os membros da equipe parecia estar afetada na situação relatada, desarticulando os membros da equipe, em relação aos seus saberes e seus fazeres para a realização da tarefa a que o grupo se propunha.

O assunto sobre o adoecimento no trabalho foi retomado, mas foi logo refutado, com afirmações contrárias, negando que as situações relatadas pudessem interferir na saúde delas. Mas ao expandir o assunto, reconheceram a situação enquanto adoecedora, mesmo que não estivesse diretamente ligado a função que exerciam. Essa visão ampliada do adoecimento no trabalho causou surpresas e foi possível conversar sobre possíveis formas de enfrentamento.

Notaram-se neste encontro os efeitos das discussões do segundo encontro, no qual havia negado qualquer relação entre o adoecimento de uma das colegas e as atividades laborais. Nesse encontro se sentiram confiantes em mostrar o quanto a dificuldade com a colega afeta a saúde mental de toda uma equipe e como o assunto adoecimento, devido ao ambiente no trabalho, ainda causava estranhamento a elas e que, tocar no assunto novamente, de forma a convidá-las a refletir sobre isso, pode contribuir para que o assunto não fosse tão incômodo e pudesse fazer sentido ao grupo.

Finalizou-se com agradecimentos por terem compartilhado no grupo a dificuldade pelas quais estavam passando, valorizando o acolhimento, por parte das outras agentes comunitárias, a pessoa que ficou mais mobilizada. Foi avisado que a próxima semana seria o último encontro. Falaram que o tempo tinha passado muito rápido.

O sexto e último encontro ocorreu conforme havia sido combinado, com uma em confraternização ao término das atividades do grupo. Como de costume, elas foram chegando aos poucos e algumas trouxeram algo para o lanche. O jogo foi iniciado. Havia 2 caixas: a que dizia “eu levo” e a que dizia “eu deixo” e cada participante recebeu 2 papéis que diziam a mesma coisa, e nestes papéis deveriam escrever o que cada uma estava levando do grupo (sentimentos, experiências, aprendizados, etc.) e o que cada uma estava deixando para o grupo. Após isso, os papéis, sem nomes, foram colocados cada um em sua caixa e foram embaralhados. Cada uma retirou um de cada tipo de papel e a única solicitação era que tomassem o cuidado para não pegar seu próprio papel. Todas leram em voz alta o que estava escrito. Os papéis constando “eu levo” tiveram como resultado: “saúde”, “esperança”, “mais uma experiência boa”, “compreensão e entendimento”, “conhecimento de cada pessoa do grupo, como saber compreender cada um de nós”, “união, sinceridade”, “sabedoria, conhecimento, aprendizado, boas amizades”. Por outro lado, os papéis constando “eu deixo” relataram: “sucesso para todos”, “perseverança”, “amizade sempre”, “força”, “otimismo”, “amizade, alegria”, “amizade, compreensão, união com todos”, “interação e companheirismo, união e cooperação”.

Após a leitura das palavras, o grupo foi convidado a dizer o que pensava sobre o que cada uma escreveu. A maioria concordava com o que estavam levando e deixando; relataram que gostaram muito de ter participado do grupo e que sentiriam saudade. Sobre a opinião delas a respeito das mudanças que o grupo teve, desde o primeiro encontro, disseram que antes cada equipe mal se via e, com o grupo, todas as terças elas passavam um tempo juntas e isso era muito favorável. Disseram ter a certeza de que o que dependesse delas, o fariam. O que não acontecia é porque dependia de outras instâncias e profissionais, mas que elas, em sua categoria da profissão, estavam muito empenhadas.

As estagiárias de psicologia disseram o que estavam levando e o que estavam deixando do grupo, o que possibilitou uma espécie de devo-

lutiva ao grupo, sobre como foi vivenciar a oportunidade e agradeceram a todas as participantes. Contaram sobre a importância do grupo para formação acadêmica. Sobre o desenvolvimento do grupo, foi pontuado que elas agora se enxergavam como profissionais de uma mesma categoria e não mais como duas equipes diferentes e que isso era muito bom. Foi feito um reconhecimento da admiração pela profissão e pelo cargo que exercem. As Agentes Comunitárias de Saúde agradeceram pela escuta durante os encontros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo elucidar práticas realizadas durante os encontros no Estágio de Psicologia numa unidade de saúde, bem como oferecer um grupo de apoio para os trabalhadores de saúde.

Espera-se que outras iniciativas possam acontecer, que essas contribuições ajudem profissionais na tarefa de oferecer apoio aos serviços de saúde, principalmente em tempo da pandemia da Covid-19, o que tem desgastado de forma mais intensa os trabalhadores de saúde. Apesar do grupo ter sido na modalidade presencial e com uma categoria específica, as agentes comunitárias de saúde, poderá de forma ajustada, dar algumas pistas para outros grupos com outros profissionais e na modalidade a distância, visto que essa tem sido a saída frente a necessidade de afastamento, mesmo dentro dos serviços de saúde. A expectativa é que ações dessa natureza possam possibilitar alívio e cuidado em tempos de dificuldades tão intensas.

Os imprevistos encontrados foram conduzidos com muita reflexão e respaldo teórico, durante as supervisões e até mesmo em outros momentos alternativos, buscou-se sanar as dúvidas e conduzir os trabalhos da melhor maneira possível para que os devidos encaminhamentos fossem tomados, aumentando a confiança para a realização das tarefas.

O contato com o referencial teórico e com a prática em campo possibilitou um conhecimento que foi possibilitando um fazer e refazer da prática, pois situações inesperadas exigiram uma postura ativa pautada nos preceitos éticos da psicologia e com o aperfeiçoamento teórico constante.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, J. **Programa Saúde da Família**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>. Acesso em: 29 Nov. 2017.

AGUIAR, M. A. F. **Psicologia Aplicada a Administração**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Saraiva, 2005.

AVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, Jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2017.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicol. Soc. Porto Alegre**, v. 19, n. spe, p. 103-111, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2017.

BRAND, C. I; ANTUNES, R. M; FONTANA, R.T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 15, n. 1,p. 40-47, Jan/Mar.2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143/11285>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamento o §5º do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 14 de fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, K. C. de L. et al . Psicologia organizacional e do trabalho - retrato da produção científica na última década. **Psicol. Ciência e Profissão**, Brasília , v. 31, n. 4, p. 702-717, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2017.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2017.

CAVALCANTE, L.; OLIVEIRA, H.; CAVALCANTE, S. **Análise das contribuições de Dejours para o entendimento da relação prazer/sofrimento no trabalho do profissional de saúde mental: Estudo de caso em um Centro de Atenção Psicossocial, em Fortaleza (CE).** São Paulo: Anpad, 2009.

CHANLAT, J.F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: VASCONCELOS, E.D.J. (Org) **Recursos humanos e subjetividade.** Pretópolis/RJ: Vozes, 1995.

CODO, W; SAMPAIO, J. **Sofrimento Psíquico nas Organizações.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5 ed. São Paulo: Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Addendum. In LANCMAN L. & L. I. Sznelwar (Orgs.), **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CREMONESE, G. R.; MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 279-293, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 dez. 2017.

FERRAZ, L.; AERTS, D. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 10 set. 2017.

MAY, T. **Pesquisa Social**: Questões, Métodos e Processos. Artmed. Porto Alegre. 2001.

MENEGOLLA V.L. et al. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.81-93, Jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1255/o-agente-comunitario-de-saude-no-desenvolvimento-de-seu-trabalho>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais se ver nisso. **Saúde em redes**. Porto Alegre, v.1, n.1,p. 07-14, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>. Acesso em: em 04 dez. 2017.

PENA, L. Papel de atuação do psicólogo na equipe de saúde da família (ESF). Viçosa: **Psicologia. Net**, 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0344.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffé et al . O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, Aug. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Maio 2020.

RIBEIRO, S.; HELOANI, J. Sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. **Revista Estudos do Trabalho**, v. 5, n. 9, p. 177-197, 2011.

SAMPAIO, J.R. Psicologia do trabalho em três faces. In: GOULART, I.B.; SAMPAIO, J.R. (Orgs.). **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos**: estudos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo. P. 19-40. 1998.

RIVIERE, P. **O Processo Grupal**. São Paulo, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

YOZO, R.Y.K. **100 Jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In: ZIMERMAN, David e OSÓRIO, Luiz Carlos et al. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Psicanalíticos**: Teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SOBRE AS AUTORAS

SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO

Psicóloga, Doutora em Educação pela Unicamp, Mestre Saúde Pública pela UNESP, Pós- Doutora pela Unicamp. Professora Adjunta de Graduação na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, (Dourados/MS). Coordena o grupo de pesquisa Saúde Mental, Trabalho e Gestão/CNPq. Desenvolve estudos nas áreas de Psicologia do Trabalho, especialmente no campo da saúde pública.

ROSANA LEAL DO PRADO

Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, onde também realizou os cursos de mestrado e Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, este último com período Sanduíche na University of Washington/Seattle. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e gestão de serviços de saúde. Atua como docente da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) e é professora visitante da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB).

ÉKELIS CRIS PIRES SALES PINA

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Especialista em Avaliação Psicológica pela Associação Educacional do Vale do Itajaí – Mirim – UNIASSEVI. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados/MS. Psicóloga concursada da Prefeitura Municipal de Assistência, no Centro de Atendimento

a Mulher vítima de Violência Doméstica. Experiência em Psicologia Social e Clínica, principalmente em Psicoterapia, Atendimento Psicossocial, Violência e Famílias.

SANDY VANZ

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) com experiência no Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID) e no Programa de Educação Tutorial (PET). Atualmente atua como psicóloga residente no Hospital Universitário - HU de Dourados, na ênfase de saúde cardiovascular.

JÉSSICA CANDEA

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. Atua como bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID). Participou do estágio Psicologia Trabalho e Gestão, em uma unidade de equipe de saúde da família da cidade de Dourados, com direcionamento para o adoecimento do trabalhador e também realiza estágio em Plantão Psicológico buscando oferecer um acolhimento inicial para as pessoas que procuram o atendimento ofertado pela clínica escola.

SONIA TSAI

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados. Cursa Residência Multiprofissional em Saúde – HU/ UFGD.

PAULA OHANA NEPOMUCENO

Graduada em Psicologia, pela Universidade Federal da Grande Dourados. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Fundamentos e Medidas da Psicologia.

JAQUELINE BATISTA DE OLIVEIRA COSTA

Doutora em Psicologia da Educação pela PUC/SP. Mestre em Educação, pela UNESP-Presidente Prudente/SP. Formada em Pedagogia pela UNESP-Presidente Prudente/SP e graduada em Psicologia UNIGRAN-Dourados/MS. Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, (Dourados/MS). Atualmente no Pós-doutorado no programa de Psicologia Cognitiva da Universidade de Coimbra/PT. Desenvolve pesquisa na área da Psicologia e Educação.

Este livro foi editorado com as fontes Crimson Text e Oswald.
Publicado on-line em: <https://repositorio.ufms.br>

ISBN 978-65-86943-45-0



9 786586 943450


editora
UFMS