

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em "Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia"

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

MARILISE KATSURAYAMA

MANAUS, 2010.

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em ‘Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia’.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS, 2010.

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Aprovado em 25 de Fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Presidente.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosângela Dutra de Moraes, Membro.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Membro.  
Universidade de São Paulo

K18t Katsurayama, Marilise.

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da saúde do trabalhador no interior do Estado do Amazonas. / Marilise Katsurayama. – Manaus: UFAM/Fiocruz, 2010.

153p.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – 2010.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Morreti-Pires.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela dedicação e preocupação em minha formação e construção de valores que fizeram a diferença em minha educação e profissionalização, tendo sempre como engrenagem principal o amor. As palavras e ensinamentos foram essenciais para meu engrandecimento como ser humano, a humildade e determinação foram meus maiores aprendizados.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado em todas as etapas, que possam ver nessa produção um incentivo para buscar seu aperfeiçoamento.

Aos trabalhadores da atenção básica que com muitos esforços diante de todas as dificuldades inventam e reinventam formas de levar a saúde a quem necessita, que essa dissertação possa indicar novos horizontes a favor desses profissionais da saúde.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo suporte emocional, financeiro e técnico que me permitiram todas as fases de educação concluídas com sucesso até hoje, bem como o amor incondicional que me proporcionaram enquanto filha, compartilhando toda a preocupação e angústia das etapas conclusivas de todas essas fases, e ainda a compreensão com relação à minha ausência e falta de atenção em muitos momentos.

A minha irmã querida, que mesmo longe continua presente em forma de cuidado e amor. Ao Leandro por ter feito parte de tantas etapas e ter acreditado e torcido em todas elas.

Aos amigos, pessoas especiais que me apoiaram e torceram por mim, tornando os momentos da minha vida mais prazerosos e os obstáculos menores de serem ultrapassados, sem vocês, o ser humano que sou não estaria tão completo, obrigada por me lembrarem disso todos os dias! Daniele, Cassandra, Ritinha, Juliana, Flávia e Renilda vocês são minha segunda família, obrigada pelos afagos. Renato, Francis, Marta, Alyce, obrigada pela compreensão e carinho.

Ao Professor Rodrigo Moretti pela paciência e dedicação em suas orientações, sempre permeada de muita amizade, carinho e cooperação, que tornaram essa caminhada muito mais tranquila do que eu pensava ser. A sintonia entre nós foi essencial para a conclusão de mais esta fase.

Ao Professor Marcelo Cordeiro pelo suporte em momentos importantes de decisão, que não me levaram, em momento algum, a arrependimentos; suas palavras exatas, experientes e práticas foram o cerne na escolha de alguns caminhos, além de representar o exemplo de profissional que almejo ser.

A Professora Rosângela Dutra por ter feito parte dessa caminhada, colaborando não só com o desenvolvimento dessa dissertação, mas

fornecendo um apoio fundamental em minha vida profissional, sua serenidade e sensatez foram confortantes em momentos difíceis.

Aos Professores Neila Falconi e Cristiano Paiva pela confiança depositada em meus trabalhos e amizade cultivada nesses últimos anos, o aprendizado e oportunidades permitidos fizeram diferença em minha formação profissional.

A Fiocruz, seu corpo técnico, docente e discente: aos professores Luíza Garnelo, Paulo Basta, David Lopes, Ana Cyra, Rosana Parente e Jacirema Gonçalves que, de alguma forma, estão presentes nessa dissertação, fruto de todo o conhecimento acumulado durante as aulas; aos técnicos: Ellen, Laura e Rose pela atenção e cuidado comigo em todos os processos necessários para a conclusão dessa dissertação. Aos discentes: Hadelândia e Thiago, pela amizade cultivada em momentos de trabalho e lazer; Amandia, Raquel, Lívea e Mailza, pela preocupação, cuidado, cooperação e palavras amigas em todo esse percurso, vocês tornaram as aulas mais divertidas e prazerosas de frequentar.

Aos trabalhadores da saúde, que foram os atores principais dessa pesquisa, sem a colaboração deles a realização desse trabalho não teria sido possível.



## Resumo

O trabalho constitui-se como um elemento da existência que possibilita ao homem revelar características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica seu papel nos processos psíquicos. Portanto, é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo. Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de realizarem o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme preconizado nos documentos oficiais. Uma dessas dificuldades é a falta de investimentos nas condições estruturais e materiais de trabalho, o que implica em incoerência entre a prática e o discurso oficial sobre o funcionamento do SUS. A realidade atual é representada por abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde. Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável a psicopatologia do trabalho, sendo de suma importância tal análise destes trabalhadores. O presente trabalho objetivou avaliar a saúde dos trabalhadores da ESF no interior do Estado do Amazonas, mais especificamente, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, realizando uma análise com base na teoria dejouriana. O percurso metodológico se pautou em Triangulação de dados, através da utilização de técnicas qualitativas (Grupo Focal, Entrevistas Individuais e Observação Participante) e técnicas quantitativas (inquérito com o uso de *Job Stress Scale*), cujos sujeitos são os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, de forma a estabelecer características, desafios e limites. Através dos resultados obtidos nessa pesquisa foram produzidos 4 (quatro) artigos: 1) um ensaio teórico que propõe uma análise do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil; 2) um artigo que propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na ESF, suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho; 3) um artigo empírico qualitativo que explora a subjetividade e o trabalho na ESF diante dos dados coletados com base na teoria de Christophe Dejours; e 4) um artigo empírico que faz uso da triangulação de dados para a análise da relação homem-trabalho na ESF, embasado pela teoria de Christophe Dejours.

**Descritores:** Saúde e Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Psicodinâmica do Trabalho.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>08</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
Tipo de Pesquisa	26
Local de Pesquisa	26
Participantes	28
Procedimento de Pesquisa	29
Tratamento e Análise de Dados	36
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>39</b>
Artigo 1	40
Artigo 2	56
Artigo 3	75
Artigo 4	98
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>134</b>
<b>Apêndices</b>	<b>142</b>
<b>Anexos</b>	<b>155</b>

## **Apresentação**

Esta pesquisa é um dos desmembramentos do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Edital MCT/CNPq 14/2008). Constitui o subprojeto da etapa qualitativa (primeira etapa do projeto) que irá focar a saúde mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando para isso uma avaliação da saúde do trabalhador da ESF no Amazonas, sustentada pelo marco teórico de Christophe Dejours.

Esta dissertação de mestrado está assim dividida: uma breve introdução sobre os aspectos teóricos da problemática na Estratégia de Saúde da Família; a descrição do percurso metodológico adotado; resultados apresentados no formato ‘artigos’. São apresentados quatro artigos: um ensaio teórico dejouriano sobre a ESF; a proposta do modelo teórico utilizado para a avaliação; e dois artigos empíricos, um utilizando os métodos qualitativos de análise, outro utilizando a triangulação de métodos.

## **1. INTRODUÇÃO**

## **A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de trabalho**

Há alguns anos o Ministério da Saúde tem apontado diversos paradoxos existentes no Brasil e que limitam a progressão da implementação do Sistema Único de Saúde em conformidade plena com seus princípios.

Como alternativa para problemas com a Atenção Primária, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorganização da atenção à saúde respeitando os princípios do SUS, alcançando desde pequenos municípios aos grandes centros urbanos de todo o país. Em 1997, o Ministério da Saúde propõe a mudança para Estratégia Saúde da Família (ESF), dando uma nova interpretação, considerando-o não mais um programa, mas sim uma estratégia de atenção voltada à modificação do modelo assistencial vigente, compreendendo a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2002; Brasil, 1997).

Este modelo de atenção primária orienta para a existência de novas práticas de assistência (Brasil, 2000), com ações estruturadas em equipe, em um processo de trabalho a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas em que residam de 2.500 a 4.500 pessoas, com unidade espacial de atuação de um agente comunitário de saúde para cada 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do sistema de informação de atenção básica (SIAB). No âmbito do PSF preconizam-se ações específicas para saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de *diabetes melittus*; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal.

São atividades previstas para a equipe: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o

planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde no serviço são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisada como um processo linear, apesar da tradição e estrutura dos sistemas de saúde não se pautarem nesta perspectiva (Campos, 2003).

Deve ser percebido como um processo em que interagem diversos aspectos concomitantemente, convergindo na dicotomia entre a disponibilidade de um conjunto de ações e serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos. Qualquer ação no sistema de saúde deve paralelamente considerar a historicidade, na medida em que existem aspectos íntimos de como o processo

de trabalho se dá em cada Unidade de Saúde, com diferentes conformações e espaços (Campos, 2003).

Neste sentido, o debate caminhou para firmar como padrão a ser assegurado o tratamento horizontalizado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais e humanas dos pacientes, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos possuem significado frente às demandas não pautadas nas questões que podiam ser respondidas pelo modelo biomédico (Brasil, 2004).

Pela importância desses princípios na instituição da Saúde da Família, o PSF pode ser entendido como uma estratégia não apenas para reordenar a atenção primária em termos administrativos, mas principalmente como estratégia de humanização da atenção, haja vista aos objetivos oficiais do Programa encaminhando para a humanização das práticas de saúde, trabalho em equipe multiprofissional de saúde, limite de atuação a uma população adscrita e controle social (Brasil, 2004).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado em função de sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo. Além disso, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da

equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo, 2007).

Em particular, o trabalho em equipe não é idealizado neste modelo de atenção como a simples sobreposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2004; Kilsztain, 2001).

### **Trabalho e o marco teórico de Christophe Dejours**

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que



justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar, ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores. Neste 'modo de trabalho' há separação do trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural, que é o aparelho mental, se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se dão tanto na saúde física quanto mental. Os trabalhadores encontram-se diante de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995). Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours<sup>1</sup> apresenta dois momentos:

- 1) Década de 70: na disciplina psicopatologia do trabalho, que abordou a interface homem/liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do

---

<sup>1</sup> Doravante grafada como 'Dejouriana'

trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo);

2) Década de 90: denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al,1994).

Por 'organização do trabalho' entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se, então, do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador, na dependência dos interesses econômicos, ideológicos e políticos de atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

Entende-se por 'condições de trabalho' o ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho. Influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto a organização do trabalho atua no nível de funcionamento psíquico (Dejours *apud* Betiol, 1994).

Partindo destes conceitos, Guareschi & Grisci (1993) classificam dois tipos de sofrimento diferentes: o sofrimento físico e o sofrimento psíquico. O sofrimento físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador, a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Na abordagem teórica que fundamenta o presente trabalho, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho, o que é modulado por sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos, que não se confluem: o trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências

contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico, que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours *apud* Betiol (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa do trabalho autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da *sublimação*, conceituada pela Psicanálise como a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade.

Diante da *prescrição da tarefa*, cabe ao trabalhador fazer uso de suas *estratégias defensivas* a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento, buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um

processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser *individuais ou coletivas*. As do primeiro tipo encontram-se interiorizadas e, quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento, contribuem para o surgimento do segundo tipo, que depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores (Mendes, 1995).

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos (Mendes, 1995):

1) *ressonância simbólica*: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória;

2) *espaço público de discussão coletiva*: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução.

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours

(1997) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho. É a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade (*op.cit*).

O conceito de 'mobilização subjetiva' refere-se ao processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. Depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

### **Saúde da Família no interior da Amazônia**

Na realidade amazônica, a questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas constitui-se uma barreira a democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas.

Para Mendonza-Sassi e Béria (2003) a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde é um importante fator para a limitação no contexto de acesso. A literatura também aponta que barreiras físicas, tais como áreas montanhosas ou de topografia difícil são fatores limitantes para o acesso (Grant, 2000; Perry, 2000). Transpondo estes pressupostos ao universo das comunidades ribeirinhas, distâncias físicas que são vencidas com facilidade em áreas que possuem estradas, não apresentam a mesma facilidade no caso da população estudada, uma vez que dependem exclusivamente do rio.

Porém, não apenas o acesso, mas diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar na Amazônia em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. Para Raciaro (2004) os serviços de saúde prestados a essas comunidades são em sua maioria qualitativamente precários, havendo falta de saneamento e outras questões básicas, que tornam o cidadão incapaz de decidir sobre sua própria vida frente à falta de resolutividade dos serviços.

Para Santos e Victora (2004) “A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados (...) cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados”.

A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi, 2003).

Conforme Pinheiro e colaboradores (2002) a utilização de serviços de saúde por uma população é uma questão complexa, envolvendo o perfil de necessidades em saúde, mas também está condicionado a fatores internos e externos ao setor da saúde, dentre estes a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos, a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos.

Na atenção primária, a transformação que se propõe no SUS, impele à ação que atinja a população mas superando as concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais, principalmente no que se refere ao acesso das populações ribeirinhas aos serviços de atenção à saúde.

Teixeira (1996) discorre sobre a falta de estudos que revelem as condições de vida da população do interior da Amazônia, afirmando que mesmo em estudos como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, talvez a mais importante pesquisa de impacto para o conhecimento da realidade da população brasileira, “reside em cobrirem para a Região Norte, apenas as áreas urbanas, impedindo maior aprofundamento da análise para a população total em anos recentes”.

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância



para sua real implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/depreção do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

Não foram encontrados estudos que se refiram à saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia.

## **2. OBJETIVOS**

## **Objetivo Geral**

Avaliar a Saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.

## **Objetivos Específicos**

1. Elaborar um modelo de estudo avaliativo capaz de avaliar o sofrimento/prazer dos trabalhador na ESF no interior do Estado do Amazonas, por uma perspectiva dejouriana;
2. Construir e testar um Modelo Lógico para orientar a avaliação da ESF, na perspectiva referida;
3. Avaliar o trabalho em Saúde da Família sob os três aspectos: demanda psicológica, controle de trabalho e apoio social;
4. Avaliar o tipo de trabalho e o nível de desgaste do trabalhador de Saúde da Família no contexto amazônico.

### **3. METODOLOGIA**

### **Tipo de Pesquisa**

A operacionalização da presente pesquisa se pautou na avaliação por triangulação de métodos (Denzin, 1973; Samaja, 1992; Minayo, 2001), abordagem pretende entrecruzar múltiplos pontos de vista sobre determinado contexto complexo.

Se utilizou de métodos que levantem informações de cunho qualitativo e dados quantitativos, em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades.

A perspectiva qualitativa se pauta na busca do entendimento e da compreensão de como determinado contexto se dá através da vivência e experiência pessoal dos próprios sujeitos envolvidos (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003), de forma que permite levantar características e dinâmicas de determinado fenômeno, no entanto sem a prerrogativa da generalização, a qual é pertinente para os trabalhos de cunho quantitativo, em que a abordagem estatística com amostra representativa do todo é preconizada, orientada para a verificação e confirmação de hipóteses, enfatizando a confiabilidade e a reaplicabilidade dos dados (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

### **Local da Pesquisa**

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si, assim como características e peculiaridades relacionadas ao trabalho em Saúde da Família.

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 km<sup>2</sup>.



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

A população de Coari é de 66.991 habitantes distribuídos numa área de 57.230 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009 o que a coloca na posição de quinta maior cidade do Amazonas, atrás apenas da capital Manaus e de Parintins, Itacoatiara e Manacapuru. A densidade demográfica corresponde 2,20 habitantes por km<sup>2</sup>. A distância até a capital é de 363 km. O IDH é de 0,627 (médio), o PIB R\$ 980.166 mil. O PIB per capita R\$ 11.626,00 (IBGE, 2004). O município se destaca por produzir petróleo e gás natural, que ocorre em uma região denominada de Urucu. Outro fato importante é que está sendo construído um gasoduto que ligará sua província produtora ao mercado consumidor localizado em Manaus.

Manacapuru tem uma população 86.472 habitantes distribuídos numa área de 7.329,23 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A distância até a capital é de 78 km. A densidade demográfica corresponde a

11,49 hab./km<sup>2</sup>. O IDH é de 0,663 (*médio*), PIB R\$ 282.213 mil e PIB per capita R\$ 3.372,00 (IBGE, 2004).

Parintins dista 315 quilômetros de Manaus, e conta com 107.250 habitantes distribuídos em uma área de 5.952 km<sup>2</sup>, se configura como a segundo maior cidade do estado e um dos pontos turísticos mais importantes da Amazônia. Trata-se de um dos principais Patrimônios Culturais e Festivais da América Latina devido ao Festival Folclórico de Parintins. A densidade demográfica corresponde a 22,9 hab./km<sup>2</sup>, com IDH de 0,696, PIB R\$ 312.226 mil, PIB per capita R\$ 2.861,00 (IBGE, 2004).

São Gabriel da Cachoeira dista 852 km da capital, possui uma área de 109.185 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 41.885 habitantes segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A densidade demográfica corresponde a 0,31 hab./km<sup>2</sup>, IDH 0,673, PIB R\$ 111.093 mil, PIB per capita R\$ 3.261,00 (IBGE, 2004). Situa-se no extremo noroeste do Estado do Amazonas, na bacia do Alto Rio Negro. Limita-se ao norte com a Colômbia e a Venezuela, ao sul e ao leste com o município de Santa Isabel do Rio Negro, ao sul com o Japurá e com a Colômbia. Boa parte do seu território é abrangido pelo Parque Nacional do Pico da Neblina. O município é considerado um ponto estratégico pelo país, e por essa razão a cidade é classificada como área de Segurança Nacional, pela Lei Federal número 5.449. Foi a primeira cidade brasileira a escolher prefeito e vice-prefeito indígenas. No município, nove de cada dez habitantes são comprovadamente indígenas. É o município com maior número de indígenas no país..

## **Participantes**

O projeto de pesquisa previa a inserção de pelo menos três equipes de Saúde da Família de cada um dos municípios. No entanto, foram estudadas quatro equipes em Coari, cinco equipes em Manacapuru e Parintins e quatro equipes em São Gabriel da Cachoeira. Na etapa qualitativa participaram 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos de enfermagem e 23 ACS.

Na etapa quantitativa procedeu-se o censo de 382 profissionais das 37 equipes da ESF entre os quatro municípios, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais.

Todos os profissionais das equipes foram convidados a integrar o corpo de sujeitos da presente pesquisa.

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Apêndice 8), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 7) aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

### **Procedimentos de Pesquisa**

Em termos qualitativos, o presente utilizou técnicas de Grupo Focal, Entrevista Individual Semi-Estruturada e Observação Participante (Beck, 2002; Almeida, 2004; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994).



Em termos quantitativos, foi aplicado instrumento contendo características sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho e ao estresse, assim como o uso de tabaco e álcool.

A entrevista individual é a técnica em que o investigador, perante ao informante, formula questões relativas ao seu problema, que são padronizadas através de um roteiro de questões elaborado a partir das proposições que estudo enseja, de forma a ter uma linha mestra sobre a qual coletar as informações dos diversos informantes, mas também coletando informações não previstas inicialmente, de caráter complementar, explicativo ou inesperado. Conceitualmente é produto dinâmico da interação entre o mundo que os entrevistados trazem em si - o indivíduo não representa a totalidade das características do grupo a que pertence, mas traz consigo traços comuns aos demais integrantes de seu grupo - e o mundo do pesquisador-entrevistador, momento no qual se confronta a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos pertinentes a proposição da pesquisa (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

O uso das entrevistas individuais utilizando roteiro de questões semi-estruturadas revela seu valor ao não se determinar as respostas para cada uma das questões pelo pesquisador, havendo a possibilidade de se coletar o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa e não as opções oriundas da visão do próprio pesquisador, como no uso de questionário. Através das entrevistas individuais garante-se a perspectiva individual sobre determinada problemática.

As entrevistas individuais foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros,

técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde, Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos (Apêndice 1).

Foi também realizada entrevista individual com os gestores em cada município seguindo roteiro de entrevista semi-estruturado específico para esses participantes (Apêndice 2). Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais.

A técnica denominada de grupo focal se trata de entrevistas realizadas coletivamente, em grupo, cujo registro produz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na verbalização de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas sim se trata de um produto coletivo, de sentido mais amplo, sendo útil em situações complexas, envolvendo diversos atores e perspectivas (Berg, 2004; Morgan, 1997; Beck, 2002; Almeida, 2004). Sua relevância está na interação entre o grupo, por se constituir como uma entrevista dinâmica, em que as perspectivas individuais se convergem e divergem de posicionamento sobre as questões propostas, o que permite levantar não apenas as diferentes perspectivas de determinada temática, mas também a interação destas perspectivas. A técnica apresenta importância e singularidade na medida em que esta dinâmica, entre os diversos olhares do mesmo tema, poderia ser menos acessíveis sem a comunicação e interação na forma de grupo.

Para a operacionalização desta técnica, a literatura sugere a utilização de um roteiro de questões pertinentes à temática trabalhada no âmbito da pesquisa. Estas questões devem servir como ativadores das discussões, contendo os diversos questionamentos a cerca da temática investigada.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de tratado, será confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal coincide com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho;

enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF.

O grupo focal seguiu um roteiro previsto (Apêndice 3) e foi realizado em cada UBS com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e 3 ACS. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Com relação a terceira técnica qualitativa empregada, a Observação Participante, trata-se de um tipo de método que tem como finalidade levantar como os processos investigados se dão dinamicamente, na ação propriamente dita, imergindo no empírico avaliando ações, relações e evasivos da atividade cotidiana. Pelo fato de que o investigador se insere no contexto e, pela simples presença e mesmo pelas questões que levanta por ali estar, considera-se este tipo de técnica como promotora de certa intervenção nas condições em que os contextos se dão, de forma que o investigador participa mais ou menos dos processos durante o levantamento de informações (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

Esta técnica também coincide com a perspectiva dejouriana, que define como observação clínica, o material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que

Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987).

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio (Apêndice 4), tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em Saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

Paralelamente utilizou-se um formulário para a identificação das Condições Estruturais de trabalho das unidades em que ocorre Saúde da Família (Apêndice 5). Estes recursos também foram utilizados para o registro da área adscrita, assim como do deslocamento que os usuários fazem para chegar até a unidade, de forma a possibilitar aos pesquisadores entender mais profundamente como se dá o acesso destes usuários ao serviço de saúde.

Também foi investigada a dinâmica interna nas unidades, tanto quanto acompanharão visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e quaisquer outras que forem realizadas por outros profissionais durante o período de observação.

Diversas são as técnicas quantitativas para coleta de dados em Saúde Coletiva. Em particular para a presente pesquisa, optou-se pelo uso de um questionário sócio demográfico e uma Escala nomeada *Job Stress Scale* originalmente elaborado por Karasek (1990) com 27 e, em seguida, 49 perguntas, foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões: cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social. A versão resumida da escala validada por Alves (2004) para o português foi o instrumento utilizado para a etapa quantitativa desta pesquisa (Apêndice 6).

Dentre as perguntas que avaliam demanda, quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

O bloco referente ao apoio social contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em

escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

### **Tratamento e Análise dos Dados**

Para as informações qualitativas, o tratamento e análise do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação participante deu-se através da análise hermenêutica-dialética proposta por Minayo (1996). Segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O método utilizado compreende dois níveis de interpretação:

- 1) Nível das Determinações Fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise;

2) Nível de Encontro com os Fatos Empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica.

Utilizou-se os passos seguintes:

1) Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados recolhidos;

2) Classificação dos dados: segundo Minayo (1996), aqui é preciso se compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos;

3) Análise final: é o momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados.

No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de tomá-lo como um revelações da dimensão individual sobre a temática investigada.

Para os dados quantitativos, utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de



cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança à 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos: primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

## 4. RESULTADOS

**Artigo 1** – encaminhado à Revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

### **Folha de Rosto**

**Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

**Work and Psychic Suffering in the Family Health Strategy: a Dejouriana's perspective<sup>1</sup>**

**Trabajo y Sufrimiento Psicológico en la Estrategia de Salud de la Familia: una perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

### **Autor principal**

**Marilise Katsurayama**– [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br) , [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

### **Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rosângela Dutra de Moraes** – [rosangeladutra@ufam.edu.br](mailto:rosangeladutra@ufam.edu.br)

Faculdade de Psicologia

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

---

<sup>1</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houve conflitos de interesse.

Departamento de Saúde Pública  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC  
Campus Universitário – Trindade  
Florianópolis (SC)  
CEP – 88040-970  
Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

**RESUMO**

O presente trabalho propõe uma análise teórica do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na Estratégia Saúde da Família - ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT**

This paper proposes a theoretical construct of worker "psychic suffering" in the Family Health Strategy (FHS) from some of the concepts of Christophe Dejours, seeking a combination of theory and practice aspects of the reorientation of primary care model in Brazil.

Keywords: Family Health; Mental Health; Health Worker.

## **RESUMEN**

Este artículo propone una construcción teórica de lo "sufrimiento psicológico" del trabajador en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) a partir de algunos de los conceptos de Christophe Dejours, que buscan una combinación de teoría y aspectos de la práctica del modelo de reorientación de la atención primaria en el Brasil.

Palabras clave: Salud de la Familia, Salud Mental, Salud del Trabajador.

## **O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O REAL E O PRESCRITO**

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamenta na política da assistência integral, do Sistema Único de Saúde –SUS, sendo constituída por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, com as quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. A ESF está atrelada à perspectiva de ação em equipe interdisciplinar, contando com os seguintes atores sociais: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Dependendo do município, das necessidades e das possibilidades locais conta ainda com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, de saúde mental e de reabilitação (Martines, 2007).

As atividades previstas para a equipe da ESF incluem: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária;

estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Particularmente, o SUS tem como base teórico-conceitual princípios como *universalidade* do acesso aos serviços, *equidade* e *integralidade* como metas a serem atingidas no processo de trabalho junto aos usuários. A adaptação do sistema às diversas realidades do país está prevista nas diretrizes como a *descentralização*, *regionalização* e *controle-social*.

Pode-se considerar, portanto, as atividades previstas para a equipe da ESF pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000) como a *prescrição do trabalho* na atenção básica e os princípios (universalidade, equidade e integralidade) como pontos norteadores desta prescrição. Segundo Abrahão e Torres (2004), a organização do trabalho prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, constituindo a “viga central” da produção.

A percepção de que existe uma distância irreduzível entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* surgiu da interface entre a psicodinâmica e a ergonomia da atividade (Dejours, 1995). Os estudos iniciais da psicodinâmica tiveram como campo empírico o processo de trabalho em indústrias, escutando as experiências subjetivas de trabalhadores semi-qualificados submetidos a uma organização de trabalho taylorista, para os quais há uma rígida prescrição das tarefas (Dejours, 1987). Observa-se uma difusão dos princípios tayloristas (controle) para outros coletivos e para outros espaços de trabalho, como é o caso dos profissionais de saúde da ESF. Assim, guardadas as devidas proporções, no presente estudo será aplicado o conceito de prescrição de trabalho aos profissionais da ESF.

Para Dejours (1997), a *prescrição* (em ergonomia: tarefa ou modos operatórios prescritos) não permite a alteração dos procedimentos determinados pela organização do trabalho; no entanto a imposição do *real* faz com que a mesma jamais possa ser integralmente respeitada, sendo sua transgressão uma maneira de dar sentido ao trabalho.

O *real* é definido como “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (Dejours, 1997, p.40). É sobre o *real*, que é imprevisível, que a técnica prescrita fracassa; assim, o *real do trabalho* está ligado consubstancialmente ao fracasso, aquilo que no mundo nos escapa e se torna um enigma a decifrar, representando um convite a prosseguir no trabalho de descoberta. O *real* não decorre do conhecimento, está além dele e é apreendido inicialmente sob a forma de experiência, no sentido de experiência vivida (Dejours, 1997).

O confronto com o real, que inicialmente se dá pela experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, também cria o espaço para mobilização subjetiva, para a manifestação da criatividade, que conduz à solução do problema e ao usufruto do prazer no trabalho (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Daí a importância de se abordar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com o *real do trabalho*, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al., 1994).

No entanto, é importante ressaltar a diferença teórica entre a “realidade da atividade” (atividade real ou trabalho real) e “real do trabalho” que diz respeito aos limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho.

Diante da realidade brasileira, os profissionais de saúde da ESF encontram uma série de dificuldades, uma delas é a sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda por atendimento, como comenta Oliveira e Albuquerque (2006):

Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de alguns PSF aponta para números de atendimentos superiores com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas (Oliveira e Albuquerque, 2006, p.238).

Os profissionais da ESF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única opção de atendimento daquela população. É nesta realidade social que o profissional se vê diante do *real do trabalho*.



Inúmeras pesquisas (Rocha e Trad, 2005; Silva e Trad, 2005; Nascimento & Nascimento, 2005) abordam a questão da sobrecarga de trabalho nestes profissionais, referindo como causas principais: a grande quantidade de famílias sob responsabilidade da equipe e a carência de serviços de atenção básica em alguns municípios. Estas condições levam à equipe a assumir uma duplicidade de papéis, apresentando alto nível de estresse e cansaço, o que representa um obstáculo a proposta do MS em substituir o modelo curativo por outro com características preventivas e promocionais.

As patologias da sobrecarga se encontram em expansão na atualidade, e se caracterizam quando o sujeito é levado a assumir uma carga de trabalho superior à sua capacidade, conduzindo ao adoecimento (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Identificar a sobrecarga e intervir na organização de trabalho que a condiciona é uma relevante faceta de promoção de saúde no trabalho.

Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de seguir a proposta do MS. Destacam-se a falta de investimentos. A precariedade nas condições estruturais e materiais de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS, surgindo o “nó crítico” principal: de um lado os ideais expressos nos princípios do SUS e do outro a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Segundo Dejours (1987), as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões relacionadas à organização do trabalho (abordada mais adiante) influenciam na saúde psíquica do sujeito. Quando as

condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido a população, o sofrimento mental resultantes da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no nível do conteúdo significativo da tarefa, pode ocorrer a manifestação de doenças, psíquicas e / ou somáticas.

Em sua pesquisa, Oliveira e Albuquerque (2006) ouviu os profissionais das Unidades da Saúde da Família (USF) verificando que as principais limitações da ESF eram as condições de trabalho precárias, tanto materiais quanto estruturais, que não condiziam nem com as necessidades da população ou os ideais do SUS, o que comprometia a qualidade da assistência refletindo na desmotivação destes profissionais.

Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável ao adoecimento no trabalho. Numa tentativa de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar que é possível alcançar um trabalho justo e digno, a fim de buscar prazer na atividade realizada, o trabalhador faz uso de alguns mecanismos (abordados mais adiante).

## **A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FONTE DE ADOECIMENTO**

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; 2007; Abrahão e Torres, 2004). Dejours e Abdoucheli (1994) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

A partir daí fica então evidente que é na organização do trabalho que estão os fatores responsáveis pelas conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo e Rocha, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo e Rocha, 2007).

Analisando particularmente o trabalho em equipe, este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2005; Kilsztajn, 2001).

Examinando o trabalho em equipe multiprofissional à luz do conceito de organização do trabalho proposta por Dejours (1987), presume-se que o sucesso desse trabalho se relaciona, dentre outros aspectos, do sistema hierárquico, das modalidades de comando e controle, das relações de poder, das questões de responsabilidade. Para que seja alcançado o projeto idealizado pelo MS é necessário que haja a construção de um projeto comum e para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

Todavia, para que isso ocorra, deve-se haver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois na carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar, o trabalho em equipe deixa de contemplar a equipe-integração passando a constituir uma equipe-aglomerado (Peduzzi, 2001).

Silva e Trad (2005) atenta para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral, que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagirem.

Segundo Dejours (2007), o sistema hierárquico e a divisão de tarefas pode se tornar fonte importante de sofrimento no trabalho, pois pode dificultar os processos de reconhecimento, de cooperação, que favorecem as vivências de prazer, identificadas a partir de manifestações de realização, satisfação ou

gratificação das pulsões, remetendo ao conceito de pulsões da psicanálise (Kupfer, 2000).

Nos resultados alcançados por Oliveira e Albuquerque (2006) sobre a percepção dos profissionais da ESF do processo de trabalho, a questão do sistema hierárquico é mencionado. As demandas internas da ESF se mostraram agravadas diante das freqüentes solicitações da coordenação municipal da cidade em questão. No entanto, as responsáveis técnicas pelo grupo são, na maioria das vezes, representadas por enfermeiras, sendo estas responsáveis por responder pela direção da USF, já que a coordenação municipal transfere para elas toda a responsabilidade relativa à ESF, principalmente no que se refere à divisão de tarefas com os demais membros da equipes e às atribuições administrativas e burocráticas. O profissional enfermeiro, nestes casos, é o principal alvo da sobrecarga de trabalho, além de atuar em dissonância com os princípios do SUS no que diz respeito ao trabalho em equipe.

Segundo Mendes (1995):

A coordenação de atividades singulares é implementada por meio da cooperação. Esta não é prescrita nem decretada; depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança (Mendes, 1995, p.37).

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados frente às insuficiências e às contradições da organização prescrita (Mendes, 1995).

No entanto, para uma tentativa de alcançar o preconizado pelo MS para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional seria necessário o que

Dejours (2007) chama de espaço público de discussão. Aonde o trabalhador tem espaço para discutir sobre a organização do trabalho, bem como da cooperação, porém, exige articulação, coordenação e evolução das regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita (Mendes, 1995).

### **QUANDO O PROFISSIONAL VENCE O SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Diante deste cenário, cabe aos profissionais de saúde da ESF fazer uso da inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995 *apud* Mendes, 1995) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade. A inteligência operária (Dejours, 1990) ou astuciosa tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível do trabalhador, e, sobretudo, é uma inteligência em constante ruptura com as normas, regras, sendo fundamentalmente transgressiva.

Dessa forma, os profissionais devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda de forma a alcançar a resolutividade do serviço, a fim de reparar as falhas nas condições e organização de trabalho, mantendo a produtividade estabelecida. Assim, os profissionais se protegem do sofrimento psíquico proveniente do trabalho precário, através do uso da criatividade para a resolução dos problemas.

Assim sendo, há a possibilidade de uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador da ESF, processo que se caracteriza pelo uso da inteligência astuciosa e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. No entanto, a

utilização deste recurso pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia (Dejours, 2007; Mendes, 1995).

Este processo, vivenciado de forma particular por cada trabalhador, não é prescrito, porém é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que evita o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

O ideal seria uma relação de trabalho baseado na confiança e solidariedade entre os pares, para que possam juntos, em uma ação de cooperação, produzir idéias e serviços, minimizando falhas e erros na tentativas de alcançar resultados cada vez melhores do que quando trabalhado sozinho (Mendes, 2007). No entanto, para isso é necessário reconhecimento e valorização da marca pessoal e do esforço a fim de fortalecer a identidade psicológica e social produzindo ações com maior poder de transformação.

Um dos obstáculos enfrentados pelos trabalhadores da ESF é a precarização do trabalho e ameaça permanente de desemprego, provocada pelos inúmeros contratos temporários existentes. Nesse clima de competição, o sujeito inicia uma busca exaustiva pelo reconhecimento (não salutar), "mostrar serviço", passando do sofrimento criativo para o sofrimento patogênico, que, ao invés de buscar sentido para si e para vida no trabalho, se vê na necessidade de se defender da ameaça iminente (Hallack, 2005).

Contudo, o uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento mental do trabalhador, embora evitem o adoecimento, não mostram eficácia no sentido da promoção de saúde e de prazer no trabalho, se não houver uma intervenção na organização de trabalho que conduz ao sofrimento. É

fundamental um olhar cuidadoso dos gestores (Secretários de Saúde) e dos níveis estratégicos da organização (Coordenadores do Programa Saúde da Família) sobre os atores que sustentam e desenvolvem a ESF, superando os desafios e obstáculos, que são ampliados diante das peculiaridades da realidade amazônica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo teve o intuito de demarcar alguns conceitos da teoria dejouriana articulando ao trabalho dos profissionais na ESF, visto que a compreensão da configuração da saúde mental dos profissionais de saúde dentro da ESF é necessária para a construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes.

Para que seja oferecido aos usuários um serviço satisfatório na Atenção Básica, caminhando desde o tratamento horizontal, acolhimento e vínculo até a resolutividade, integralidade e humanização do atendimento, a saúde mental do trabalhador se revela de suma importância, dado que a qualidade do serviço oferecido se configura como reflexo direto dessa organização de trabalho e das possibilidades de falar acerca do trabalho, ser escutado, exercitar a mobilização subjetiva e buscar a transformação das condições patogênicas. Neste sentido, a análise do sofrimento psíquico desses trabalhadores é de suma importância, uma vez que pode auxiliar na identificação de entraves desta política pública e indicar caminhos para a superação dos mesmos.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos em psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. **O fator humano.** Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

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.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho.** p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.

HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.

KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.

KUPFER, M. C. **Freud e a Educação.** 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde *versus* as

ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.

OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.

SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.

**Artigo 2:** Encaminhado à revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

**Avaliação da ‘Saúde do Trabalhador de Saúde’ por um modelo teórico  
Dejouriano<sup>3</sup>**

**Evaluation of ‘Health’s health worker’ through a Dejouriano theoretic  
model<sup>1</sup>**

**Evaluación da ‘Salud Del Trabajador de Salud’ por un modelo teórico  
Dejouriano<sup>1</sup>**

**Autor principal**

**Marilise Katsurayama** - [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com) / [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

**Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis (SC) CEP – 88040-970

Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

---

<sup>3</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houveram conflitos de interesse.

**Resumo**

O presente artigo propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família (ESF), suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

**Abstract**

This article proposes the construction of a theoretical model for evaluative research into the health of workers at the Family Health Strategy (FHS), supported by Christophe Dejours theory, addressing the dynamics of mental processes involved in the subject's confrontation with the reality of work.

Keywords: Health Worker; Family Health Strategy; Theoretic Model; Christophe Dejours.

**Resumen**

En este artículo se propone la construcción de un modelo teórico para las investigaciones sobre la salud de los trabajadores en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), apoyado por la teoría de Christophe Dejours, que aborda la dinámica de los procesos mentales implicados en la confrontación del sujeto con la realidad de trabajo.

Palabras-clave: Salud Del Trabajador; Estrategia de Salud de la Familia; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

## INTRODUÇÃO

Com intenção de reorganizar a Atenção primária brasileira, o Ministério da Saúde implementou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Gradativamente, o PSF tornou-se uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica. Além disso, o programa parte de nova perspectiva de prática assistencial e a adoção de novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (Brasil, 1994; Brasil, 2001).

A Unidade Saúde da Família (USF) representa o palco de atuação da equipe multiprofissional do PSF, composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal. Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (Araújo e Rocha, 2007).

Cada profissional da equipe possui atribuições específicas. No entanto, cabe a todos fomentar e desenvolver, conjuntamente, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos municípios, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho nas equipes de Saúde fundamenta-se nas relações interpessoais. Acrescida à esta característica, a organização institucionalizada do trabalho também promove relações de desejos, interesses e, por decorrência, conflitos. Particularmente nas equipes de Saúde, há um terceiro elemento que trata das competências, poderes e pressões próprias da gestão em saúde (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores ao separar o trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural que é o aparelho mental se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se deram tanto na saúde física quanto mental dos trabalhadores diante das prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995).

Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours apresenta dois momentos: 1) A década de 70 quando a disciplina psicopatologia do trabalho abordou a interface homem – liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo); 2) A década de 90, denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours, 1994).

Dentro desse cenário de reformulação da organização do trabalho, tornou-se indispensável à análise das variáveis que influenciam o processo prazer-sofrimento destes atores importantes nas práticas de saúde reorganizadoras da atenção primária. Para isso se propôs a construção de um modelo teórico destinado a uma pesquisa avaliativa da saúde do trabalhador na ESF.

## **PROPOSIÇÃO DE MODELO PARA PESQUISA AVALIATIVA**

Modelo lógico ou modelo teórico, segundo Bunge (1974) é uma representação conceitual esquemática do objeto-modelo. Este, por sua vez, consiste numa representação esquemática de uma idealização (primeiro passo para a conquista conceitual da realidade), representando traços essenciais de um objeto completo que reproduz características comuns a classes de fatos ou coisas, deixando de lado a individualidade e adotando a representatividade de toda uma classe de fatos ou coisas (Bunge, 1974).

Segundo Almeida-Filho (2000), os modelos teóricos são capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, sobre os processos, fenômenos ou eventos; alcançando o conceito da realidade através da integração da avaliação à uma teoria - conjunto de proposições relativas às propriedades de tal objeto que não seriam sensorialmente abordáveis.

No entanto, para que o modelo teórico auxilie no processo de investigação científica é necessário que seja suportado por uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, sendo considerado o segundo passo nesta construção. A teoria adotada no presente artigo origina-se de Christophe Dejours (1987), devido à análise dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Nesta perspectiva, chegou-se a construção do seguinte modelo teórico, dividido em duas partes, sendo a primeira parte o modelo geral e a segunda parte correspondente ao foco da pesquisa avaliativa.

### **Figura 1**



No âmbito nacional, o **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)** é responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional. Também é da sua esfera de ação a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, cujo propósito é a estruturação de efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas de suas competências são: realizar diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde no Brasil nos seus vários aspectos; desenvolver sistemas de informação, acerca dos trabalhadores da saúde, que possibilitem a tomada de decisão pelos gestores do SUS; apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde no Brasil; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando direitos e deveres dos trabalhadores de saúde; colaborar com os demais gestores do SUS para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado complementar nos municípios e estados; desenvolver mecanismos e instrumentos de pactuação para a gestão do trabalho nos municípios, nos estados e nas regiões; articular pactos entre os gestores do SUS em torno dos processos de trabalho, qualificação e distribuição dos profissionais em saúde; articular, em conjunto com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, a formação de profissionais para a permanente intervenção junto aos

problemas de gestão do trabalho em saúde entre outras competências (Brasil, 2005).

Para o incentivo a gestão, regulação e regulamentação do trabalho em saúde foram criadas as Ações Prioritárias: Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS e Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através das portarias 626/GM de 8 de abril de 2004 e 2.430/GM de 23 de dezembro de 2003, respectivamente.

A ação prioritária nomeada **Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)** elaborou diretrizes de forma a oferecer ao trabalhador do SUS: **carreiras unificadas** que permitam a elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o sistema; **identidade profissional**, incentivando a construção/ consolidação de uma **cultura** própria dos trabalhadores do SUS; **perspectivas de desenvolvimento na carreira**, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho; **avaliação de desempenho profissional e institucional**, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional; **gestão democrática**, compartilhada entre gestores e trabalhadores, o que proporcionará maior democratização das relações de trabalho.

Os princípios que norteiam essas diretrizes e deverão estar presentes nas decisões institucionais são: I – **universalidade**: os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abarcar todos os trabalhadores; II – **equivalência**: os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes federados; III – **concurso público**: o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso público; IV – **mobilidade**: assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos, e a progressão na

carreira; V – **flexibilidade**: garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; VI – **gestão partilhada**: estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e na gestão do plano de carreira, propiciando maior democratização das relações de trabalho; VII – **carreira como instrumento de gestão**: permite a organização dos cargos e a adoção de instrumentos gerenciais para a política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional; VIII – **educação permanente**: assegura a oferta permanente de estratégias de educação para as necessidades dos serviços; IX – **avaliação de desempenho**: refere-se ao processo focado em critérios técnicos, a serem definidos com o aprofundamento da discussão; X – **compromisso solidário**: entendido como um ajuste entre gestores e trabalhadores em favor da qualidade dos serviços.

Esses princípios buscam atender aos seguintes objetivos: I – orientar a organização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização e alocação profissional, conforme necessidade do sistema, para atender aos municípios e às regiões especialmente carentes, de forma a contemplar as demandas de trabalhadores e gestores por carreira na área de saúde; II – valorizar os trabalhadores por meio da **equidade** de oportunidades de desenvolvimento profissional, como forma de também ampliar e qualificar os cuidados progressivos à saúde e garantir os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação popular e do controle social, da autonomia das pessoas e da descentralização do sistema; III – estimular a elaboração de Planos de Carreira, com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os órgãos e instituições que compõem o Sistema Único de Saúde na

União, nos estados, no Distrito Federal, nos municípios e na rede complementar; IV – incentivar ações permanentes de qualificação dos trabalhadores; e V – buscar o estabelecimento de compromisso solidário entre gestores e trabalhadores do SUS, com qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde

Já o **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho** no SUS propõe as seguintes ações: fixar diretrizes e um cronograma para o recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada; definir um modelo de cadastro único/mínimo; monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo; dimensionar e estimular a realização de concursos públicos nas três esferas de governo; realizar o levantamento dos trabalhadores em situação precarizada quanto às formas de inserção e vínculos existentes; indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; induzir, por meio da cooperação com os entes federados, uma nova concepção de relações estáveis de trabalho, substituindo as relações precárias e informais, com o compromisso de valorizar o trabalho e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários do SUS; propor mecanismos de financiamento, pelo governo federal, que estimulem as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho no SUS, com especial ênfase aos agentes comunitários de saúde e às equipes de saúde da família; valorizar e divulgar iniciativas, adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignifiquem o trabalho humano e possibilitem a melhoria dos serviços de saúde no País, com enfoque multiprofissional, entre outros.

## Figura 2

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

As condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões supracitadas relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico (Dejours, 1994). No entanto, segundo Guareschi e Grisci (1993) esses dois tipos de sofrimento (físico e psíquico) são diferentes: o físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Para a avaliação da Saúde do Trabalhador no processo de trabalho na ESF utilizaremos a seguinte matriz conceitual embasada pelo teórico Christophe Dejours (1987):

**Organização do Trabalho** - divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Dejours e colaboradores(1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações. As questões relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico.

**Condições de trabalho** - ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho influenciam na saúde física do trabalhador. Portanto, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho a depender de sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos que não se confluem: o

trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. Dessa forma, de acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da **sublimação**, conceituada pela Psicanálise com a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade no trabalho.

Diante da **prescrição da tarefa**, cabe ao trabalhador fazer uso de suas **estratégias de mobilização subjetiva** a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento

buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser **individuais ou coletivas**, no primeiro tipo, estas se encontram interiorizadas e quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento contribuem para o surgimento do segundo tipo, este depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento no trabalho proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos: 1)**ressonância simbólica**: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória; 2)**espaço público de discussão coletiva**: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução (Mendes, 1995).

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995) como a **intelligence de la pratique**, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade.



A partir de então, surge o conceito de **mobilização subjetiva** – processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho - dependente da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a reorganização do trabalho na ESF, a investigação do processo prazer-sofrimento dos atores envolvidos é importante uma vez que a saúde do trabalhador na ESF está diretamente implicada no funcionamento do sistema. A importância da temática é evidenciada pela existência de iniciativas do governo federal para a desprecarização do trabalho no SUS.

Neste sentido, a teorização de Christophe Dejours apresenta elementos importantes para estudos avaliativos, sendo particularmente importante o binômio sofrimento-prazer no trabalho, que se relaciona às condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de

segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) mas também os aspectos psíquicos, ou seja, aqueles invisível - em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador.

Também é fundamental o entendimento de como se manifestam as questões relacionadas à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Estas características do trabalho em saúde modularão a vivência do trabalhador no SUS, e a forma com que este reagirá às dificuldades das situações de trabalho, havendo sofrimento e prazer, resultados da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza.

Em vista do exposto, há grande potencial na teoria de Christophe Dejours para a análise dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do trabalhador de Saúde da Família com sua realidade na ESF.

### **Colaboradores**

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

### **Referências**

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1990.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Humain**, v.58, p. 1-16, 1995.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.3, n.1, p. 34-38, 1995.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.





**Artigo 3** – Encaminhado para Revista de Saúde Pública

## **O Trabalho e a Subjetividade na Estratégia Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas**

Marilise Katsurayama  
Rosana Cristina Parente  
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

### **Resumo**

Este artigo traz uma análise da relação trabalho-subjetividade na Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior do Estado do Amazonas, sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, segundo a qual o trabalho é aquilo que demanda, além do saber-fazer, engajamento do corpo e mobilização da inteligência, mas também a capacidade de refletir, criar e inventar. Diante do real do trabalho, os trabalhadores da ESF na Amazônia enfrentam questões peculiares quanto aos serviços de saúde desses locais. Propôs-se a partir daí uma análise do que é invisível no trabalho na ESF desta região.

**Palavras-chave:** Trabalho; subjetividade; Estratégia Saúde da Família; Amazonas.

### **Abstract**

This paper provides an analysis of the work-subjectivity in the Family Health Strategy (FHS) in the interior of the Amazonas State, from the perspective of the work's psychodynamics, whereby the work is what we demand, not only the know-how, commitment and mobilization of the body of intelligence, but also the ability to think, create and invent. In front of the real work, the ESF workers in the Amazon face unique issues regarding the health services of these sites. It was proposed, thereafter, an analysis of what is invisible at work in the ESF in this region.

**Keywords:** Work; subjectivity; Family Health Strategy; Amazon.

## **INTRODUÇÃO**

Na região Amazônica, diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi et al, 2003).

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância para sua implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde, as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

O trabalho, no que ele tem de essencial não pertence ao mundo visível, pois o sofrimento, como tudo que é afetivo, é a origem da inteligência e constitui a própria essência do trabalhar, sendo, portanto, não mensurável. Portanto, o trabalho não pode ser objeto de uma avaliação objetiva, pois, segundo Dejours (2004), só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica.

Esta dificuldade se agrava no momento em que as atividades de trabalho evoluem na direção de tarefas imateriais, ou seja, quando não há a produção de objetos materiais, mas como nessa pesquisa, em que o objetivo principal a ser alcançado com o trabalho é a promoção da saúde da comunidade através da prevenção de patologias. Então a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível e, sem a exploração da relação trabalho e subjetividade, uma importante parte do trabalho efetivo permanece na sombra, não sendo passível de avaliação (Dejours, 2004).

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo; para subjetividade, trabalhar constitui uma provação que a transforma, não é somente produzir, é transformar a si mesmo e, assim, oferecer à subjetividade uma oportunidade para se testar ou, até mesmo, se realizar.

O objeto de atenção desta pesquisa dentro do cenário supracitado delimita-se à dimensão sócio psíquica do trabalho através de uma análise clínica da relação entre subjetividade e trabalho, descrita por Dejours (*apud* Mendes, 2007) partindo dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a inter-subjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

A presente pesquisa teve como objetivo a análise desta relação escolhendo como foco o trabalho na Estratégia Saúde da Família em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.



De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a análise da relação trabalho-subjetividade sugere que o trabalho de ofício engaja toda a subjetividade (Dejours, 1993; Dejours, 2004).

## MÉTODOS

A operacionalização da presente pesquisa se pautou em métodos que congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante).

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas mais especificamente nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si.

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 [km<sup>2</sup>](#).



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Nestes municípios a pesquisa se estendeu a, pelo menos, três equipes de Saúde da Família em cada um dos municípios. Participaram da pesquisa 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos (técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de planejamento, recepcionistas, e assistentes de cirurgião-dentista [ACD]) e 23 ACS.

As *entrevistas individuais* foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde [ACS],

Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos. Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais com duração média de 30 minutos.

O *grupo focal* seguiu um roteiro previsto e foi realizado em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e no mínimo 3 ACS. Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de

tratado, foi confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal se harmoniza com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho; enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF. No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de identificar falas e respectivos sujeitos que as formularam, pois revela a dimensão individual sobre a temática investigada.

Já a técnica da *observação participante* se aproxima neste estudo ao que Dejours (1987) definiu como observação clínica, que consiste no material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível

evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987)

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

O *tratamento e análise* do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação não participante foi através da *análise hermenêutica-dialética* proposta por Minayo (1996), segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Assim, segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e

efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Protocolo ético 121/2009), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***O conteúdo significativo do trabalho: investimentos simbólicos***

Com relação à escolha dos profissionais pela realização de atividades no nível da atenção básica os discursos dos profissionais estiveram divididos por dois grandes grupos de fatores motivadores do trabalho na ESF: 1) a satisfação em trabalhar com atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como de estar em contato direto com a comunidade, identificação com a proposta, credibilidade na eficácia da proposta e em seu poder de transformação, sentimento de utilidade para a melhoria da saúde da população de seu município; 2) a necessidade de sustentação financeira, falta de perspectiva de emprego diante da falta de especialização. Como pode ser visto nas falas a seguir:

“o que eu gosto mesmo é essa coisa do cuidado, da freqüência com que a pessoa tem com a família.” (Médico 02 – Coari)

“Então sempre pensei que sendo médico eu poderia voltar e transformar a realidade, como coariense, não só ta de passagem por aqui, mas tentar transformar mesmo, através da minha profissão tentar ajudar a população da melhor forma.” (Médico 03 – Coari)

“(…) eu prefiro trabalhar no interior pra ter um vinculo maior com os pacientes (…)” (Médico 04 – Coari)

“(…) sempre trabalhei pro lado voltado pra saúde pública, trabalhei na saúde indígena, me identifiquei bastante, tem um laço com os colegas que fazer parte da equipe e como eu vim de uma família simples, humilde eu sempre procurei cooperar e tudo aquilo que nós conseguimos pelo serviço público tem gasto ‘pra’ eles então é uma contribuição muito boa.” (Médico 01 – Manacapuru)

“(…) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim.” (Médico 02 – Manacapuru)

“(…) pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital.” (Médico 01 – Parintins)

“É uma questão de contato também, a gente consegue acompanhar o desenvolvimento da saúde das famílias, da comunidade. A comunidade ‘tá’ bem mais próxima do que era antigamente, tem as campanhas, então hoje eu vejo com bons olhos o advento da saúde da família, né?” (Médico 02 – São Gabriel da Cachoeira)

“É o trabalho que eu me identifico. Primeiro porque eu fiz a especialização e mestrado em odontologia preventiva e social, então eu me identifico muito.” (Dentista 01 – Coari)

“No interior tem carência de profissional, no interior tem como ter o diferencial, aqui a gente faz a diferença, enquanto que na capital a gente é mais um, não consegue desenvolver trabalho nenhum, o paciente muda de endereço e você não sabe mais nada e aqui não, aqui é diferente, a gente vê as crianças crescerem. É até engraçado porque a gente vê a criançadinha que a gente atendeu com cinco anos, chega em você: oi tia! E quando você olha é um baita garoto. Então você vê crescer, e eles falam: olha tia eu continuo escovando os dentes, olha tia não tive mais cárie. Então é gratificante esse trabalho.” (Dentista 03 - Parintins)

“(…) sou de família muito pobre, (...) e via e vejo uma oportunidade de trabalhar com isto e me coloquei a disposição pra atender uma vez que já aconteceu comigo, não tinha onde ficar, não tinha ninguém e eu me coloquei a disposição, a razão então foi social.” (Dentista 01 – Manacapuru)

“Porque eu me formei, foi a opção que eu tive (…)” (Enfermeiro 03 – Coari)

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade

técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Diante da teoria dejouriana, ao mesmo tempo que a atividade de trabalho envolve uma significação narcísica, ela comporta os investimentos simbólicos e materiais destinados 'a um outro', o 'Objeto'. Portanto, o conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto pode veicular um certo número de símbolos através dos gestos que ela implica, dos instrumentos que ela movimenta, da atmosfera que na qual ela opera. A natureza e encadeamento desses símbolos dependem, por sua vez, da vida interior do sujeito, do sentido simbólico que ele introduz na sua atividade de trabalho, essas significações podem ser tanto concretas, direcionadas a um objeto exterior e real, quanto abstratas, direcionadas a um objeto interiorizado por outro, cujo papel é decisivo na vida (Mendes, 2007). Portanto, no conteúdo significativo do trabalho consideram-se dois componentes: o conteúdo significativo em relação ao Sujeito e o conteúdo significativo em relação ao Objeto (Dejours, 1987).

As significações concretas encontradas nas falas em sua maioria dizem respeito à sustentação financeira (meio de complementar a renda, primeira e/ou melhor oportunidade de emprego). As significações abstratas relacionam-se a sonhos e projetos de realizações possíveis, além do desejo de ajudar a população adscrita dada a identificação com o município, na maioria das vezes devido à sua naturalidade (pertencer ao município onde trabalha). Toda essa significação "põe em questão a vida passada e presente do sujeito, sua vida íntima e sua história pessoal. De maneira que, para cada trabalhador, esta dialética do Objeto é específica e única." (Mendes, 2007, p.50).



Um número considerável de profissionais trouxe como motivo principal de trabalharem na ESF o fato de serem recém-formados e esta ter sido a única, ou a melhor oportunidade de emprego na condição que se encontravam. Questiona-se a partir daí a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, podendo implicar na satisfação pessoal do profissional e falta de dedicação para com a realização das atividades da proposta. Dado que, segundo Mendes (2007) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando seu sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Mendes, 2007).

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho, 2007).

Como confirma Dejours (1987):

Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo (Dejours, 1987, p.49).

Além de capacidade técnica e identificação com a proposta, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe (Ronzani, 2001).

A afirmação de Ronzani (2001) vai de encontro aos resultados dessa pesquisa, enquanto o profissional da ESF deveria priorizar o vínculo com o paciente e a família, para um melhor acompanhamento do paciente/família, melhor adesão ao tratamento, melhor desenvolvimento da autonomia destes, os profissionais que encontramos no interior do Estado do Amazonas apresentaram uma intensa rotatividade, havendo médicos que haviam assumido a função há menos de 15 dias, não sendo capaz dessa forma de conhecer a realidade da população adscrita, nem tão pouco estabelecer o vínculo necessário na relação médico-paciente e indispensável na atenção básica, além de profissionais que acabavam de deixar definitivamente seu posto de trabalho, sem, no momento, ter sido substituído por outro profissional. Neste caso, é comprometida a organização do trabalho no que se refere ao trabalho multiprofissional que necessita de uma relação de ajuda mútua e boa interatividade entre os diferentes profissionais, culminando num

comprometimento grave no atendimento da população, bem como um comprometimento na composição do quadro mínimo de profissionais atuantes.

Segundo Nascimento e Costa (*apud* Cohn, 2009, p.83):

(...) nas grandes cidades os trabalhadores dessas unidades exercem atividades longe do seu local de moradia, e até mesmo em outros municípios. Como decorrência, a rotatividade de profissionais é muito intensa, uma vez que estão sempre à procura de postos de trabalho próximos de suas residências, comprometendo assim a lógica de fixação de equipes no território e a conseqüente consolidação da nova organização de trabalho (Nascimento e Costa *apud* Cohn, 2009, p.83).

Além do mais, grande quantidade de profissionais (em sua maioria médicos) que participaram da pesquisa eram de outros Estados do Brasil, estando inseridos na ESF pela melhor oportunidade de emprego fora da cidade natal, havendo inclusive um profissional que era de outro país e não conseguia ainda compreender algumas perguntas ou mesmo ser compreendido em suas respostas. Reforça-se com isso a necessidade de se conhecer melhor a cultura regional através de uma imersão na realidade dessas famílias, para isso é importante que o profissional se comprometa e se dedique à realização da proposta.

### ***Estratégias Defensivas diante do Sofrimento: uma tentativa de se defender do sofrimento***

Diante das dificuldades relatadas pelos profissionais (falta de estrutura, medicamentos, recursos humanos) dos municípios do interior do Estado o profissional muitas vezes se vê na impossibilidade de rearranjar a organização do trabalho diante das condições de trabalho disponibilizadas. A partir daí,

Dejours (1993) defendem que a não canalização da descarga da energia pulsional no exercício do trabalho levará a um acúmulo no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Se este acúmulo permanece por muito tempo, as capacidades de conter esses sentimentos transbordam, desencadeando perturbações somáticas (tradução somática) (Dejours, 1993).

Segundo Dejours (1987):

De uma relação desarmoniosa entre o conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) e a estrutura da personalidade pode emergir uma insatisfação e, correlativamente, um sofrimento que são de natureza mental e não física (Dejours, 1987, p.57).

Autores como Beck (2000), Ferreira e Mendes (2001; 2003) e Morrone (2001) confirmam ser a falta de infra-estrutura um aspecto dificultador da produção e gerador de sofrimento. Portanto, com a finalidade de enfrentar esse sofrimento, o trabalhador da ESF busca estratégias inconscientes afim 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. Na pesquisa realizada foram identificadas algumas estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, uma delas, foi a racionalização, ou seja, a busca de explicações lógicas para se continuar trabalhando.

Quando questionados sobre o seguimento ou não do que é preconizado pelo SUS ao funcionamento ideal da ESF, alguns profissionais demonstraram uma atitude de resignação com as más condições de trabalho (em termos quantitativos e qualitativos), emergindo através de expressões como “a gente

faz o que pode”, “fazemos o que está ao nosso alcance”, “fazemos nossa parte na medida do possível”. Verifica-se nesses recortes uma estratégia defensiva para evitar o sofrimento eminente diante da frustração e sentimento de impotência na dificuldade para a realização de seu trabalho, dessa forma, diante do real do trabalho, o profissional fugindo do sofrimento exime sua culpa no não cumprimento do que está prescrito. Como evidenciado na fala a seguir:

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão. Então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área, tem algumas coisas que são deficientes e pra funcionar como o SUS idealiza depende só dos nossos gestores não depende da gente (...) (Membro da ESF)

Parafraseando Dejours (1987) a ideologia defensiva não é dirigida contra uma angústia proveniente de conflitos intra-psíquicos de natureza mental, mas sim contra perigo e riscos reais, é tão inevitável quanto obrigatória, pois substitui os mecanismos de defesa individuais. Como complementa Dejours (1987), a ideologia defensiva:

tem por objetivo mascarar, conter, ocultar uma ansiedade particularmente grave. (...) é a nível da ideologia defensiva, enquanto mecanismo defesa elaborado por um grupo social particular, que devemos procurar uma especificidade (Dejours, 1987, p36).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o

que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Ainda complementa Dejours (1993 In: Santos - Filho, 2007):

(...) o processo de cooperação é a base para a constituição de uma equipe; é aquilo que funda o coletivo de trabalho". E é pela cooperação que um coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus "erros" e "riscos" minimizados (Santos Filho, 2007, p.89).

Dentre as transformações que o trabalho em saúde vem sofrido nas últimas décadas, principalmente no âmbito público, a atenção se volta para alguns pontos-chaves geradores dos problemas atuais. As relações sociais de trabalho é um desses pontos, o Ministério da Saúde (2006) preconiza que os serviços devem ser estruturados mediante a integração dos diferentes profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais, são as chamadas equipes multiprofissionais de referência; referência no sentido de "vínculo" a ser estabelecido com o usuário. Deseja-se também que essas equipes configurem-se "equipes colegiadas", ou seja, que planejem, avaliem e tomem decisões coletivamente, colocando em pauta o seu próprio trabalho e vivências, emitindo um "olhar para dentro", sobre seu próprio processo e condições de trabalho, partindo então da sua realidade cotidiana para negociações e intervenções (Brasil, 2006; Campos, 2006).

Para que haja esse espaço aberto à livre discussão dos trabalhadores ("espaço de discussão") é necessária confiança entre eles, pois representa um espaço onde podem ser formuladas de forma livre e pública opiniões por vezes contraditórias com o objetivo de proceder a arbitragens e de tomar decisões

que interessam ao futuro do serviço e que dizem respeito ao futuro concreto de todos os membros que o constitui. É nesse espaço de discussão aberto à deliberação coletiva que permite alcançar um consenso, mas para que isso ocorra é necessário que os sujeitos que aí intervêm possam compreender-se: falar para não dizer nada, falar sem a intenção de discutir ou ser discutido, escutar sem ouvir (Dejours, 1997).

Quando questionados sobre a existência desse espaço para reunião da equipe e discussão das atividades e questões pertinentes ao funcionamento da ESF poucas equipes relataram fazer uso de um momento como esse, as que faziam, relataram ser muito difícil reunir a equipe por completo, os profissionais médicos e dentistas eram os que tinham maior dificuldade para estar presentes nas reuniões semanais, a justificativa para tal foi o desencontro entre os horários de trabalho na UBS desses profissionais. No entanto, apesar da ESF preconizar o cumprimento de devida carga horária, supõe-se que isso não está sendo cumprido nos municípios pesquisados, visto que a dificuldade dos pesquisadores em encontrar esses dois profissionais presentes nas unidades para a realização das entrevistas (individual e grupo focal) foi grande.

Sobre a autenticidade do que foi expresso nos grupos focais, o “espaço de discussão” criado pelos pesquisadores emergem interesses estratégicos em termos de poder que se acredita terem sido transpostos da organização do trabalho local para o grupo focal, não havendo uma relação de equidade entre os membros diante do espaço de discussão, o que compromete a autenticidade da palavra expressada. Na maior parte dos grupos focais, as relações de poder foram facilmente identificáveis, em sua maioria o autoritarismo, a postura hierarquizada do profissional causadores de

intimidação, medo e silêncio partiram do médico ao enfermeiro e deste último aos ACS. De acordo com Dejours (1997):

Em regra, a autenticidade só pode ser esperada se entre o ego que fala e o outro que escuta existe uma relação de equidade. Tomar a palavra para expressar publicamente as razões de agir comporta sempre um risco; Esse risco só pode ser atenuado quando escutar representa também um risco: o de ser desestabilizado na sua análise, na sua compreensão e na sua opinião, ao considerar a opinião do outro (Dejours, 1997, p.60).

Durante os grupos focais, o observador participante notou uma considerável homogeneidade no comportamento dos ACS de todos os quatro municípios: em meio a essa entrevista coletiva, este grupo de trabalhadores (sempre em maior número que os outros profissionais) mostrava-se apáticos, calados e inibidos. Dejours (1987) ressalta que a ausência de comentários na discussão e expressão do grupo pode ter um valor expressivo se tivermos como referência a relação sofrimento-defesa, portanto, se o comentário desaparece, é porque há um dispositivo defensivo estabelecido para lutar contra a percepção, contra o patético, o sofrimento, seria a chamada “negação da percepção”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa visou essencialmente a vivência subjetiva, considerando o principal carreador o *comentário* em sua dimensão que engendra concepções subjetivas, hipóteses e interpretações do trabalhador.

A partir do momento em que se reúnem, à *solicitação*, um coletivo em função das necessidades do que se deseja pesquisar, já ao se formar, provoca



efeitos sobre a situação, até mesmo sobre as relações sociais na organização do trabalho. A pesquisa constitui-se, portanto, sempre como uma pesquisa-ação, em que o grupo homogêneo é definido, na verdade, pelas categorias subjetivas, ou seja, pelo objetivo de sustentar a solicitação de análise e compreensão de sua relação psíquica com o trabalho.

Partindo da concepção de que cada trabalhador é gestor de seu próprio trabalho, torna-se necessário vislumbrar o potencial gerador de mudanças a partir do trabalho cotidiano, mobilizando equipe e sujeitos em torno da reflexão sobre seu próprio 'fazer' (Santos Filho, 2007).

O "estado de segredo selado na vivência" esconde uma modalidade particular de existência do saber, a de somente existir na vivência coletiva do trabalho e de dissolver-se assim que há interesse pela vivência individual, mas que, para ser acessado requer o recurso à palavra (discurso operário). Torna-se então necessário, através da palavra e dos sistemas defensivos, uma leitura do sofrimento operário. É preciso ouvir e interpretar/desmascarar o sofrimento que é insidioso, silencioso.

## REFERÊNCIAS

Beck, C.L.C. *Da banalização do sofrimento à sua ressignificação ética na organização do trabalho*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

Campos, G. W. S. *Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

Cohn, A. *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo, CEDEC, 2009.

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.

Dejours, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

Dejours, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34, 2004.

Dejours, C. *Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

Ferreira M. C. & Mendes, A.M. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 6 (1), 97-108, 2001.

Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília, Fenafisp, 2003.

Lewin, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

Mendes, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Mendonza-Sassi, R.; Béria, J. U.; Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 37(3):372-8, 2003.

Minayo, M. C. de S. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

Ministério da Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.

Ministério da Saúde. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Morrone, C.F. "Só para não ficar desempregado" – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

Ronzani T. M. *O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG*. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. Anais do XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001.

Saint-Girons, B. (1968). Motivation. *Encyclopedia Universalis*.11:397-398, Paris.

Santos-Filho, B.; Barros, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

**Artigo 4** – a ser encaminhado, após a defesa, para a revista “Social Sciences and Medicine”

## **TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

### ***Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon***

Marilise Katsurayama

Rosana Cristina Pereira Parente

Rodrigo Otávio Moretti Pires

### **RESUMO**

As peculiaridades da região Amazônica tornam a prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil diferente de outras regiões, diante disso pretendeu-se com esse estudo analisar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Para isso fez-se uso da pesquisa por métodos mistos em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, congregando o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual, grupo focal e observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* e teste AUDIT. Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais; foram realizados 17 grupos focais e 132 entrevistas individuais. A maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%) e possui mais de um vínculo empregatício (95,35%), a minoria é concursada (15,7%). Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira. O modelo de regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06).

Palavras-chave: região Amazônia, processos psíquicos, trabalho.

## TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

### *Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon*

#### ABSTRACT

The peculiarities of the Amazon region to make public provision of health services in this region of Brazil is different from other regions, whereupon it was intended with this study to analyze the psychological processes involved in the subject's confrontation with the reality of work. For that was used a mixed methods research in four municipalities in the state of Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins and São Gabriel da Cachoeira, bringing together the gathering of information with qualitative (individual interviews, focus groups and participant observation) and quantitative data collection through the Job Stress Scale Test and AUDIT. Was carried out sense of the population of 382 professionals from 37 ESF teams, with loss of 11% to 344 professionals, 17 were conducted 132 focus groups and individual interviews. Most of them receive less than one minimum salary (60.47%) and has more than one employment (95.35%), the minority is gazetted (15.7%). Between physicians and dentists predominated high wear and passive work, respectively. The city with the highest prevalence of high wear and passive job was São Gabriel da Cachoeira. The model of logistic regression indicates that the risk to realize increased demand is related to male labor, the professionalo in the last five years and not smoking; for the perception of no control, also the male labor and the habit of not smoking , with higher risk among workers of higher (OR = 3.06).

Keywords: Amazon region, mental processes, work.

#### INTRODUÇÃO

Na realidade amazônica, os serviços de saúde apresentam peculiaridades com relação ao seu funcionamento, estrutura, demanda diferenciada, entre outros aspectos. A questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas está entre as principais barreiras para a democratização na utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas. Para Ranciaro (2004) os serviços de

saúde prestados são precários, faltando saneamento e outras necessidades básicas.

A principal forma de prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza por uma lógica diferente da atenção tradicional, pautada na assistência integral e do trabalho integrado e multiprofissional.

A efetivação da ESF no contexto do interior da Amazônia, independente das peculiaridades regionais, é de suma importância em razão do direito de acesso a prestação de serviços de saúde, pautados na universalidade, equidade e integralidade, panorama que implica em contradições com a exclusão social existente na região (Ministério da Saúde, 2000).

Neste artigo, vamos nos voltar para o trabalhador da ESF no interior do Estado do Amazonas. O papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano é essencial, já que se constitui como elemento fundamental da existência humana, permitindo que o homem manifeste características especificamente humanas, junto aos espaços para a criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada. O trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

A saúde do trabalhador de saúde é mais ampla que o aparato biológico-individual e do processo 'saúde-doença' - doenças ocupacionais ou fatores de risco. Especificamente na região amazônica, é necessária a perspectiva ampla sobre o tema, na medida da inserção diferenciada dos trabalhadores de saúde em seus processos de produção de serviços para a população ribeirinha, o que

traz diante destes desafios técnicos, econômicos, socioculturais e da organização do trabalho (Oddone, 1986; Facchini, 1994).

Paralelamente, as transformações no capitalismo atual levaram a um quadro em que se abriu margem à existência de trabalho precário, caracterizado por ser atípico, irregular, eventual, temporário, marginal instável, fora do padrão ou como alternativa de emprego ou subemprego (Houseman & Osawa, 2003). Apresenta-se como um constructo multidimensional, presente atualmente no trabalho de tempo integral e nos empregos permanentes, abrangendo uma série de acordos trabalhistas, com características de instabilidade/flexibilidade, falta de benefícios, e impotência diante do empregador (Hadden et al., 2007).

Neste contexto, existem importantes processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, com manifestações nas vivências subjetivas dos sujeitos, na inter-subjetividade que permeia o trabalho e no lugar ocupado pelo trabalho junto aos processos de regulação psíquica (Dejours et al,1994).

Tendo em vista o cenário apresentado, a presente investigação delimita-se ao trabalho do trabalhador de saúde da ESF em um contexto amazônico, com o intuito de se analisar a dimensão sócio-psíquica do trabalho - e não o trabalhador, partindo da compreensão da organização do trabalho para entender a produção dos processos de subjetivação, as patologias e a saúde do trabalhador de saúde (Dejours *apud* Mendes, 2007).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa por métodos mistos, do tipo “*embedded*” (incorporado), que se caracteriza pelo desenho metodológico em que um conjunto de dados tem papel de apoio secundário em um estudo baseado principalmente no tipo de dados, partindo da premissa que este não é suficiente, que diferentes questões precisam ser respondidas e que cada questão requer um tipo de dado específico (Creswell & Clark, 2007, p.67).

As características investigadas se referiram à saúde do trabalhador nos processos subjetivos relacionados ao trabalho, no nível de desgaste da tarefa realizada e nas dimensões do estresse no trabalho (Demanda, Controle e Apoio) junto aos profissionais que atuam na ESF no contexto amazônico.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da ‘Festival Folclórico do Boi’, evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona



urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Particularmente para a presente investigação, os métodos utilizados congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* (Alves, 2004), em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades (Beck, 2002; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

Procedeu-se um censo das 37 equipes da ESF que atuam na zona urbana dos municípios. A composição mínima preconizada das equipes de Saúde da Família é de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista e oito ACS, totalizando 11 profissionais por equipe. Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais (88 ACS, 37 enfermeiros, 37 médicos e 37 cirurgiões dentistas).

### **Etapa quantitativa**

O instrumento aplicado apresentou como desfecho o estresse no processo de trabalho em função de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, e remuneração mensal), características do emprego na ESF (categoria profissional, tempo de término da formação profissional, tempo e tipo de vínculo empregatício na ESF; e existência de mais de um vínculo empregatício) e padrões de consumo de álcool - utilizando o teste AUDIT (Mendoza-Sassi, 2003); e tabaco.

A variável de exposição – estresse no trabalho – foi analisada através do uso da *Job Stress Scale*, modelo proposto por Karasek, resumido e validado por Alves (2004) para o português, abordando três categorias, equivalentes às dimensões demanda, controle e apoio social. Neste modelo, considera-se como ‘Alto desgaste’ maior demanda e menor controle; ‘Passivo’ o menor demanda e menor controle; ‘Ativo’ maior demanda e maior controle; e ‘Baixo desgaste’ menor demanda e maior controle.

Dentre as perguntas que avaliam ‘demanda’ quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Seis questões referem-se a dimensão ‘controle’, dentre as quais quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

A dimensão ‘apoio social’ contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança em 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos:

primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

### **Etapas qualitativas**

Utilizou-se da técnica de grupo focal (Morgan, 1997, p.11; Minayo, 1999, p.22) e da entrevista individual em profundidade. Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam questões relacionadas ao conteúdo e sentido da tarefa, a organização e as condições de trabalho em equipe multiprofissional. Todas as discussões foram registradas através de gravação com fita magnética, transcritas na íntegra. Seguiu-se o modelo de tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (Minayo, 1999, p.53; Morgan, 1997, p.18). A análise pautou-se na hermenêutica dialética (Minayo, 2002:96-103), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (Minayo, 1999, p.54-7). Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico de Christophe Dejours que aborda a psicodinâmica do trabalho.

### **Aspectos éticos**

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais nas 37 equipes investigadas. No entanto, conforme tabela 1, a média de profissionais por equipe foi de 9,8, revelando déficit na quantidade de profissionais, que pode resultar em sobrecarga de trabalho. Os maiores déficits foram para as categorias profissionais de nível superior, na seqüência: Médicos (déficit de 67,56%), Cirurgiões-dentistas (29,72%), Enfermeiros (18,91%) e ACS (6,75%). Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais. Os não respondentes eram ACS e estavam afastados da função por motivo de doença (n=9) ou férias (n=17); apenas 10 não concordaram em responder ao questionário.

**Tabela 1** – caracterização da composição das equipes da ESF por categoria profissional, nos municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel, Estado do Amazonas, Brasil, Julho de 2009.

Profissão	Razão entre número de profissionais e o preconizado*				Total n (déficit)
	Coari (11 equipes)	Parintins (12 equipes)	Manacapuru (10 equipes)	São Gabriel (4 equipes)	
<b>ACS</b>	0,74	0,72	0,97	0,93	276 (6,75%)
<b>Enfermeiro</b>	0,81	0,80	0,80	1,00	30 (18,91%)
<b>Médico</b>	0,09	0,60	0,40	0,50	12 (67,56%)
<b>Cirurgião Dentista</b>	0,27	0,60	0,60	1,00	26 (29,72%)

\* estabelecida entre o número total de profissionais da categoria existentes e o número preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo o ideal igual a 1.

Conforme tabela 2, há predomínio do trabalho feminino na ESF no interior do Estado do Amazonas (74,42%). O sexo feminino apresenta mais trabalhadores de nível superior (21,50%) em comparação com os do sexo masculino (15,9%), o que pode acontecer em função à predominância do sexo feminino no Estado do Amazonas. Em relação à idade, houve predomínio de profissionais com mais de 26 anos de idade (70,93%), com média de 30,9 anos.

Em termos das características do vínculo empregatício, a maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%), com média de 1,8 salários mínimos mensais e 6,4 anos após o término da formação (técnica ou universitária); estando há mais de um ano trabalhando na ESF, com média de 1,8 anos. Com relação a vínculos empregatícios, a minoria é concursada (15,7%), quando calculada em relação ao sexo, este número diminui ainda mais, 2,27% entre os homens. Houve predominância da existência de mais de um vínculo empregatício (95,35%), com média de 2 vínculos por trabalhador.

Nas características do stress do exercício profissional houve, de uma forma geral, menor demanda, menor controle e menor apoio social - para o qual não houve a classificação maior apoio social. Entre as mulheres encontram-se a menor demanda, menor controle e baixo desgastes. Entre os

homens, menor demanda, maior controle e trabalho passivo. Para ambos, o menor apoio social. Classificados pelos quadrantes de Karasek (Theorell, 1996), o 'baixo desgaste' predominou, seguido pelo trabalho 'passivo'.

Com relação ao consumo moderado/alto de álcool, estimado pelo AUDIT, houve prevalência maior entre as mulheres do que entre os homens; enquanto a prevalência de fumantes foi semelhante para ambos.

**Tabela 2** – Distribuição das características da amostra de trabalhadores de Saúde da Família, dos quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

Variável	Masculino	Feminino	Total	
	n(%)	N(%)	n(%)	Média (DP)
<b>Sexo</b>	88(25,56)	256(74,42)	344(100)	
<b>Idade</b>				30,9(8,99)
18 a 21 anos	10(11,36)	22(8,59)	32(9,30)	
22 a 25 anos	32(36,36)	36(14,06)	68(19,77)	
26 a 31 anos	18(20,45)	94(36,72)	112(32,56)	
32 ou mais	28(31,82)	104(40,63)	132(38,37)	
<b>Remuneração mensal</b>				1,8(1,35)
Menos de um salário	60(68,18)	148(57,81)	208(60,47)	
De um a dois salários mínimos	20(22,73)	32(24,22)	82(23,84)	
Três a quatro salários mínimos	0(0)	4(1,56)	4(1,16)	
Cinco salários mínimos ou mais	8(9,09)	42(16,4)	50(14,53)	
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	74(84,09)	202(78,91)	276(80,23)	
Enfermeiro	2(2,27)	28(10,94)	30(8,72)	
Médico	2(2,27)	10(3,91)	12(3,49)	
Cirurgião Dentista	10(11,36)	16(6,65)	26(7,56)	
<b>Tempo de término da profissionalização</b>				6,4(5,46)
1 a 5 anos	44(50,0)	134(52,34)	178(51,74)	
6 a 10 anos	36(40,91)	60(23,44)	96(27,91)	
11 anos ou mais	8(9,09)	62(24,22)	70(20,35)	
<b>Tempo na função na ESF</b>				1,8(0,80)
Menos de 1 ano	16(18,18)	106(41,41)	122(35,47)	
1 a 5 anos	54(61,36)	106(41,41)	160(46,51)	
6 a 10 anos	10(11,36)	38(14,84)	48(13,95)	
Mais de 10 anos	8(9,09)	6(2,34)	14(4,07)	
<b>Tipo de vínculo na ESF</b>				
Contrato	86(97,73)	204(79,69)	290(84,30)	
Concursado	2(2,27)	52(20,31)	54(15,70)	
<b>Mais de um vínculo profissional</b>				2,02(0,50)
Não	2(2,27)	14(5,47)	16(4,65)	
Sim	86(97,72)	242(94,53)	328(95,35)	
<b>Dimensão 'Demanda'</b>				
Menor demanda	52(59,09)	188(73,44)	240(69,77)	
Maior demanda	36(40,91)	68(26,56)	104(30,23)	
<b>Dimensão 'Controle'</b>				
Menor controle	38(43,18)	144(56,25)	182(52,91)	
Maior controle	50(56,82)	112(43,75)	162(47,09)	
<b>Dimensão 'Apoio Social'</b>				

Menor	60(68,18)	156(60,94)	216(62,79)
Intermediário	28(31,82)	100(39,06)	128(37,21)
Maior	0(0)	0(0)	0(0)
<b>Quadrantes de Karesek</b>			
Alto desgaste	20(22,73)	46(17,97)	66(19,19)
Passivo	30(34,09)	66(25,78)	96(27,91)
Ativo	16(18,18)	22(8,59)	38(11,05)
Baixo desgaste	22(25,00)	122(47,66)	144(41,86)
<b>Consumo moderado/alto de álcool*</b>			
Não	74(84,09)	200(78,13)	274(79,65)
Sim	14(15,91)	56(21,88)	70(20,35)
<b>Fumante</b>			
Não	54(61,36)	158(61,72)	212(61,63)
Sim	34(38,64)	98(38,28)	132(38,37)

\*conforme AUDIT; DP – desvio padrão;

As características do stress no exercício da função, segundo categoria profissional (Tabela 3), a maioria dos ACS apresenta baixo desgaste, enquanto os enfermeiros trabalho passivo e baixo desgaste. Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira; trabalho ativo foi Coari e baixo desgaste, Manacapuru. Predominou o baixo desgaste entre os municípios.

**Tabela 3** – Distribuição das características de Stress no quadrantes de Karasek, entre trabalhadores de Saúde da Família e entre os quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

<b>variável</b>	<b>Alto desgaste</b>	<b>Passivo</b>	<b>Ativo</b>	<b>Baixo desgaste</b>
<b>Categoria profissional*</b>				
ACS	50(18,12)	66(23,91)	38(13,77)	122(44,20)
Enfermeiros	6(20,00)	12(40,00)	0(0,00)	12(40,00)
Médicos	8(66,67)	2(16,67)	0(0,00)	2(16,67)
Cirurgiões Dentistas	2(7,69)	16(61,54)	0(0,00)	8(30,77)
<b>Município*</b>				
Coari	24(21,82)	24(25,0)	14(36,84)	48(33,33)
Parintins	18(16,36)	34(30,91)	10(9,09)	48(43,64)
Manacapuru	12(12,24)	26(27,08)	12(12,24)	48(48,64)
São Gabriel da Cachoeira	12(46,15)	12(46,15)	2(7,69)	0(0,00)
Total	66(16,19)	96(27,91)	38(11,05)	144(41,86)

\* conforme Teste Exato de Fisher, significante em  $p < 0,05$

Na tabela 4 apresentam-se as características relacionadas ao trabalho segundo as dimensões da *Job Stress Scale* (Alves, 2004). O modelo de

regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06). Em relação ao menor apoio social, o risco é maior entre fumantes (OR=5,98) e ao consumo moderado/alto de álcool (OR=2,9).

**Tabela 4** - Análises brutas e multivariadas entre as dimensões da *Job Stress Scale* e variáveis sócio-demográficas e características do trabalho. Amazonas, Brasil, 2009.

<b>Dimensão Variáveis</b>	<b>OR<sub>bruto</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR<sub>ajustado</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Dimensão "Demanda"</b> **				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,52(0,31/0,86)	0,012	0,46(0,26/0,82)	0,008
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		†	†
Nível Superior	0,65(0,35/1,21)	0,181		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	0,47(0,22/0,98)	0,045		
<b>Tempo na ESF</b>				
Um a cinco anos	1,00		1,00	
Mais de cinco anos	0,72(0,53/0,98)	0,04	0,69(0,48/0,99)	0,047
<b>Consumo moderado/alto de álcool</b>				
Não	1,00		†	†
Sim	0,31(0,15/0,65)	0,002		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,19(0,10/0,35)	0,000	0,23(0,12/0,43)	0,000
<b>Dimensão "Controle"</b> **				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,59(0,36/0,96)	0,035	0,54(0,32/0,89)	0,018
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		1,00	
Nível Superior	2,88(1,64/5,05)	0,000	3,06(1,73/5,42)	0,000
<b>Tipo de vínculo</b>				
Concursado	1,00		†	†
Contratado	2,40(1,28/4,51)	0,006		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	2,15(1,18/3,91)	0,012		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,60(0,38/0,93)	0,024	0,58(0,37/0,92)	0,022
<b>Dimensão "Apoio Social"</b> ***				
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	6,86(3,41/13,7)	0,000	5,98(2,95/12,09)	0,000



Consumo moderado/alto de álcool				
Não	1,00		1,00	
Sim	5,29(2,99/9,33)	0,000	2,90(1,22/6,89)	0,016

\* Referência: Maior demanda; \*\* Referência: Menor controle; \*\*\* Referência: Menor apoio social; OR: *Odds Ratio*;  
†Removido da análise devido à perda de significância estatística na análise ajustada

Foram realizados ao todo 17 grupos focais, nos quais todos os profissionais da equipe participaram, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 1 hora e 30 minutos, totalizando cerca de 20 horas de gravação. Também foram realizadas 132 entrevistas individuais em profundidade.

A predominância do sexo feminino dentre a população pode relaciona-se a proporção de mulheres no Estado do Amazonas, que de acordo com o censo de 2000 é de aproximadamente 96 homens residentes para cada 100 mulheres (IBGE, 2004), o que pode ter se refletido na relação de 25,56% de trabalhadores para 74,42% de trabalhadoras.

Com relação à idade predominante, o perfil dos trabalhadores é jovem (61,63% abaixo de 31 anos) e, em sua maioria, recém-formados (51,74% com menos de 5 anos de profissionalização), os dados qualitativos nos trazem além da legitimação do achado, sustentação ao dado quantitativo:

Porque eu me formei, foi a opção que eu tive. Então a realidade é assim, onde a gente consegue emprego a gente vai, onde tem melhores condições de trabalho (...). (Enfermeiro 03 – Coari)

(...) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim. (Médico 02 – Manacapuru)

Na verdade eu não escolhi, (...) a gente sai da faculdade e o que pintar. (Enfermeiro 04 – Manacapuru)

Tantos os dados de natureza quantitativa quanto qualitativa refletem sobre a escolha pelo emprego devido à falta de outras oportunidades, diante do recém egresso da academia e a falta de especialização, além da necessidade de sustento próprio e da família.

Um questionamento emergente refere-se a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, contexto que se reflete no grau de satisfação pessoal do profissional e dedicação para com a realização das atividades da proposta. Segundo Dejours (1993 In: Lancman & Sznelwar) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando o sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Dejours, 1993).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público, relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas

construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho *apud* Mendes, 2007).

Como confirma Dejours “Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo” (Dejours, 1987, p.49).

A sobrecarga de trabalho foi outro achado de destaque. Um indício é o déficit na quantidade de profissionais atuantes na ESF, averiguado na etapa quantitativa (em sua maior parte médicos e cirurgiões-dentistas) e confirmado pelo discurso dos profissionais que segue:

(...) eu confesso que eu trabalho mais na área curativa, a parte preventiva, a parte da conversa, do conselho eu deixo mais com a enfermeira que tem mais tempo que o médico. Gostaria muito de ajudar, mas a demanda é grande e aqui eu atendo muita gente da zona rural, a demanda fica muito grande. (Médico 04 – Manacapuru)

(...) porque tem vezes que eu nem falo com ninguém aqui da equipe devido à falta de tempo. (Médico 01 – Coari)

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão, então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área. (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

(...) falta medicação, material, são 3 equipes, 2 médicos e 1 dentista. (Grupo Focal 03 Manacapuru)

À medida que o profissional é sobrecarregado pela demanda, devido à deficiência na quantidade do número de profissionais, há reflexos na qualidade do atendimento às famílias, tornando-se inevitável o não cumprimento de questões atividades básicas da atenção primária, como vínculo, escuta qualificada, acolhimento, interdisciplinaridade, desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção, com finalidade de reorientar a atenção no município. Vale ressaltar que os próprios profissionais trazem essas lacunas que se formam diante da sobrecarga de trabalho, o que significa dizer que os profissionais são conscientes de sua impotência diante das carências da população, estando vulneráveis à frustração gerada por esta impotência.

A partir de uma relação não harmoniosa entre o conteúdo ergonômico de trabalho (exigências físicas, neste caso, a grande e demanda) e estrutura de personalidade pode surgir uma insatisfação e frustração concretas que gerará um sofrimento de natureza mental.

Eu acho que eles têm um tempo maior. Não posso falar do dentista, mas eu creio que no caso da enfermeira e do ACS, eles têm um tempo maior, um contato maior com o paciente (...). O médico tem uma demanda obrigatória (...) de vinte pacientes por turno, por exemplo, vinte pacientes por manhã e eu tenho cerca de quatro horas, de oito às doze pra atender esses pacientes, que dá uma média de doze minutos por pessoa. Então, o próprio SUS preconiza quinze minutos por paciente, então doze minutos é pouco. Existe casos que, é claro, você já conhece, que você 'tá' acompanhando, que 'tá' controlado e que pode atender de forma mais rápida, mas existem casos que você precisa investigar um pouco mais a fundo (...), não dá tempo, então a demanda na verdade teria que ser bem menor (...). (Médico 04 – São Gabriel da Cachoeira)

Pode-se dizer que, para o atendimento da grande demanda de pacientes, o profissional da saúde neutraliza sua atividade mental, explorando o corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural que é o aparelho mental. Inicia-se o sofrimento, já que o trabalhador foi desprovido da sua atividade intelectual pela organização científica do trabalho. Esta é a chamada, alienação do trabalhador – substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto, a fim de se proteger do sofrimento. Essa alienação “passa pelas ideologias defensivas, de modo que o trabalhador acaba por confundir com seus desejos próprios a injunção organizacional que substitui o livre arbítrio” (Dejours, 1987, p.137).

A grande demanda junto ao déficit de recursos humanos na unidade leva a sobrecarga de trabalho que, por sua vez, culminará à um atendimento pouco humanizado, curativo, que não compreende o indivíduo na sua integralidade, tornando o atendimento na atenção básica uma tarefa desgastante que passa a ter como objetivo principal, desafogar os serviços de saúde, diminuindo a demanda, sem, contudo, trabalhar de forma interdisciplinar e humanizada para alcançar a resolutividade. Como confirma Dejours (1987):

(...) A gente até costuma brincar, cada um no seu quadrado e a gente segue uma hierarquia, cada um fazendo sua parte, seu trabalho (...) aqui no posto é assim médico, enfermeiro, técnico e agente de saúde (...) o dentista (...) é mais restrito lá na salinha dele (...)” ( Grupo Focal 01 – Manacapuru)

A fala anterior demonstra a falta de interação da equipe, podendo relacionar-se à demanda excessiva pelo déficit de profissionais. Particularmente, a equipe entrevistada se localizava em um dos bairros mais

populosos do município. Como afirma Dejours (1987) a divisão do trabalho leva a maioria dos trabalhadores a ignorar o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa.

Neste caso, a sobrecarga de trabalho foi estimada pela quantificação do déficit de profissionais por equipe, no entanto, quando se fala em “carga psíquica, não é possível quantificar uma vivência, que é em primeiro lugar e antes de tudo qualitativa.” (Dejours et al, 1993). Diante disso traz-se o discurso destes profissionais para fins de confirmação, pois segundo Dejours e colaboradores (1993):

O prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números. Da mesma forma pode falar-se de uma armadilha quando se quer dar conta em termos objetivos de uma vivência individual ou coletiva que é, por definição, subjetiva. Essa vivência subjetiva não pode, por sua vez, ser relegada a uma simples classificação de fantasmas ou quantidades negligenciáveis (Dejours et al, 1993, p.22).

Outro indício importante refere-se ao número de não respondentes. Nove ACS estavam afastados por motivo de doença, o que pode ser um valor numérico passivo de ser interpretado como uma resposta ao sofrimento no trabalho, e uma menor capacidade de utilização de estratégias defensivas, quando comparados aos profissionais de ensino superior que não apresentaram algum afastamento pelo mesmo motivo.

Na relação Homem-Trabalho a subjetividade tem muitos efeitos concretos e reais, mesmo que, em muitas vezes, descontínuos, pode-se considerar como um deles o absenteísmo, uma saída individual para manter o equilíbrio mental, pois segundo Dejours (1987, p.121) “o sofrimento mental e a

fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só a doença é admissível.”. O que acontece, portanto, é uma desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.

Três achados importantes na etapa quantitativa (salário, qualidade e quantidade de vínculo empregatício) levam a pensar para uma articulação com a subjetivação dos trabalhadores (no comentário) frente a condição atual de trabalho e suas conseqüências na saúde física e mental. Entre os respondentes constatou-se que 60,47% recebem menos que 1 (um) salário mínimo, a minoria deles é concursada (15,7%) e a maioria (95,35%) possui mais de um vínculo de trabalho.

O Ministério da Saúde, em 2005, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, instituiu o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS com a finalidade de acompanhar as diversas modalidades de vinculação – flexibilização do trabalho ou do emprego - elaborando políticas e formulando diretrizes no intuito de resolver as questões que envolvem a precarização do trabalho surgidas com a efetuação da terceirização de serviços sem observância da Lei, visando regularizar a situação desses trabalhadores.

Segundo Santos-Filho (2007) dentre os principais problemas atuais no “mundo do trabalho” em saúde, destacam-se a degeneração de vínculos, a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho. A ESF diante de suas particularidades próprias de seu funcionamento tem sido alvo de insatisfações e reivindicações das equipes, seja pela “precarização” do trabalho (não formalização de vínculos ou garantia de direitos), seja pela precariedade que

envolve as relações e condições de trabalho (Ministério da Saúde, 2003; Santos Filho, 2007).

Entrevistador: a gente falou de alguns direitos trabalhistas, e ajuda alimentação, transporte, vocês têm?

A gente tem ajuda da família, do marido (risos)

Entrevistador: e seguro desemprego?

'Tá' sonhando 'né'? (risos)

(Grupo Focal 01 – São Gabriel da Cachoeira)

São diversas as definições de 'trabalho precário', entre elas estão os baixos salários e as inadequadas condições de trabalhos, ou em suma, alguma irregularidade no trabalho que desrespeita alguma norma do direito administrativo e do direito do trabalho, que visa a proteção social ao trabalho.

A contratação sem concurso público, referente a 84,3% da amostra pesquisada, na administração pública, representa uma forma irregular de inserção do trabalhador – a terceirização - visto que seu vínculo com o Estado não tem base legal. Como é considerado pelo Ministério da Saúde (2005):

Assim, a terceirização sem limites se configura fraude à lei, uma vez que ofende o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade-fim da administração pública. Nesse sentido, a terceirização pode ser associada à precarização, visto que o trabalho realizado pelo empregado da prestadora coincide com os objetivos da instituição. Nesse caso, a contratação de mão-de-obra por meio de empresa terceirizada é considerada irregular (MS, 2005, p.25).

Dessa forma, pode-se concluir que o trabalhador contratado, não possui qualquer garantia de proteção social, estando sujeito a ilegalidade do vínculo.

No que se entende por "precarização", o Ministério da Saúde realizou um



estudo mostrando até 80% de situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, apresentando vínculos precários de trabalho, o que tem contribuído para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. Como consequência da fragilidade dessas modalidades de contratação fica comprometida a dedicação desses profissionais (MS, 2005; 2003; Santos Filho, 2007), facilmente identificada no discurso gerado pelo coletivo da ESF em Manacapuru:

(...) e quando a pessoa tem vontade de aprender, ela se dedica e quando ela não tem, ela sabe que ela 'tá' ali por estar, que às vezes acontecem muito, então elas não se dedica sabendo que isso pode acontecer com elas, assim como eu entrei eu posso sair. Então não se dedicam tanto e às vezes isso acaba prejudicando o todo, porque somos uma equipe e o pior de tudo é que quando chega certas épocas elas sabem que isso pode acontecer, então elas não se dedicam tanto porque sabem que podem sair como os outros. (Grupo Focal 02 – Manacapuru)

O comportamento produtivo deste trabalhador passa a ser movido pelo salário ou mesmo pela necessidade de sustentação, no entanto esse preço é pago em função da repressão do desejo e alienação do sujeito, o que acontece aqui é que a Motivação caminha opostamente ao Desejo, não havendo *ressonância simbólica* - quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória - não sendo possível, portanto, diante do sofrimento no trabalho a transformação deste em criatividade (Dejours, 1997; Mendes, 1995). No entanto, como é legitimado pelas falas a seguir, que há, entre alguns profissionais, a identificação com o conteúdo e proposta da tarefa realizada, havendo satisfação no trabalho e credibilidade no serviço; o que contrasta com

um outro processo de subjetivação do trabalho nas falas seguintes, uma subjetivação um tanto quando 'vazia' que torna evidente a vulnerabilidade do trabalhador frente a prezarização dos serviços prestados, diante das significações atribuídas à escolha de seu trabalho, visto que o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória.

(...) trabalho no PSF pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital. (Médico 01 – Parintins)

eu vou ser sincera com você, eu to trabalhando aqui por falta de opção, me ofereceram e eu vim fazer o trabalho ambulatorial aqui. (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Diante da situação salarial do trabalhador inserido nesse estudo, justifica-se a necessidade do engajamento em outros vínculos empregatícios a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida frente a um salário tão baixo, podendo levar a um desgaste na saúde física e psíquica do trabalhador. Retoma-se aqui o conceito dejouriano de alienação do trabalhador que, frente a fadiga e esgotamento do corpo torna-se cada vez mais vulnerável a ela, seria a primeira etapa de sujeição do corpo, sentindo-se o trabalhador, em função da organização do trabalho, habitado pelo estranho (Dejours, 1987;1997).

Em todos os municípios pesquisados, emergiram nos grupos focais a questão da pressão política no trabalho, o que se deve ao fato de os trabalhadores, não absorvidos na forma de concurso público, sentirem-se inseguros, instáveis em seus empregos, vulneráveis ao desemprego e ao remanejamento de postos de trabalho, o que torna a tarefa prescrita muito mais desgastante de ser seguida. Como teoriza Dejours (1987) o trabalhador frente a pressões de trabalho que o fazem sofrer faz aparecer estratégias defensivas

coletivamente construídas para lutar contra os fatores desestabilizadores e patogênicos do trabalho, dessa forma, suavizam-se as características dos sofrimentos individualmente experimentados.

Essas estratégias defensivas dependem de ações de cooperação entre a equipe da ESF, dado que ela visa um trabalho baseado na confiança e solidariedade, permitindo uma construção conjunta e coordenado para produzir idéias e serviços, minimizando assim, erros e falhas individuais através do desempenho coletivo do trabalho que tende a produzir ações com mais poder de transformação que as ações individuais (Mendes, 2007; Dejours, 1997; Brasil, 2009). Como se verifica nos discursos emergentes no grupo focal a seguir que surgiram logo após comentários a cerca das pressões políticas, trazendo a cooperação como estratégia de lidar com a instabilidade nos vínculos, dada a alta rotatividade de profissionais:

(...) a gente percebe também o seguinte: que quando a gente aproxima a equipe, faz uma dinâmica de trabalho, a gente tem uma tranqüilidade, um conforto melhor entre nós, mas aí quando começa a trocar muito, muitas pessoas são trocadas e se fossem pessoas qualificadas pra trabalhar ai tudo bem é só encaixar nas funções mas muitos que vem não sabem de nada e a gente precisa começar tudo de novo (...) é tão rápido que atrapalha o trabalho da gente (..) (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

No entanto, essas defesas, mesmos as individuais, podem ser utilizadas a favor da produtividade, como por exemplo, a auto-aceleração, descrita por Dejours em 1980 como acelerações frenéticas das cadências de trabalho, de forma que o medo passa a ser a engrenagem determinante da organização do trabalho (Dejours, 1987). Como se confirma pelos comentários a seguir:

(...) dá uma insegurança, principalmente quando chega em tempo de política (...) nós sabemos que tem muitas pessoas com qualidade, com competência e por causa de política elas são menosprezadas e saem às vezes até desmoralizadas, e acredito que a pior coisa pra um profissional é você saindo do seu local de trabalho com os outros dizendo que você não teve competência e nem trabalhava, é a pior coisa pra qualquer pessoa que gosta de fazer o que faz e tem pessoas aqui que gostavam que se dedicavam e saíram por causa disso, dizendo que eles não tinham qualificação e que não trabalhavam a até mesmo eram preguiçosos. (Grupo Focal 01 – Coari)

Pesquisador: Para entrar na equipe vocês passaram por processo seletivo?

Não é bem assim, não, aqui é jogo político. Por isso que a gente tem medo de perder o emprego.

(Grupo Focal 03 – Manacapuru)

(...) basta falar com o prefeito, com o vereador e ai se der certo você começa a trabalhar já (...) (Grupo Focal 01 – Parintins)

Parafrazeando Dejours (1987), o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, sua extensão responde, ao nível psicológico, a todos os riscos que não são controlados pela prevenção coletiva; junto a ansiedade, angústia e sofrimento, podem ser utilizados para a produtividade, como diz Dejours (1987, p.103): “O trabalho não causa o sofrimento, é o sofrimento que produz o trabalho.”

O medo, seja proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo e inelutável, como o carvão que asfixia os pulmões do mineiro com silicose (Dejours, 1987, p.74).

Outra questão importante a ser comentada é a questão salarial, que foi um achado significativo tanto na etapa quantitativa quanto qualitativa, mas em sua maioria fazendo parte do discurso dos trabalhadores de nível técnico e ACS. Segundo Dejours (1987) salário, diante das várias significações no jogo simbólico, pode conter sonhos, fantasias e projetos de realizações possíveis, mas também pode veicular todas as significações negativas que implicam as limitações materiais que ele impõe, como acontece na ESF do local pesquisado, onde o profissional passa a atribuir o salário a sua menor ou maior importância para a equipe, considerando-o decisivo para o posicionamento na pirâmide da hierarquia socioprofissional (status social).

eu acho que não é justo, mas ajuda, assim porque o nosso salário era pra ter aumentado e até agora nada (...) eu acessei o site lá da internet e diz que o ACS, o salário dele há um 3 meses atrás era R\$687 e depende da prefeitura se ela quiser complementar ou não, mas a nossa prefeitura, ela não complementa, e aqui em Manacapuru o salário tá em 531 e ainda desconta e ainda desconta porque a gente recebe 489 fora quando o banco não rouba porque as vezes agente recebe 400 e pouco,(...) é ainda mais complicado pro técnico, porque a situação é pior do que a deles, a gente tem (...) 500 reais e só recebe 470, nós temos recebendo menos que um ACS, mesmo trabalhando, fazendo sua atividade a gente recebe menos que o ACS, pra você ver a injustiça que é! (Grupo Focal 03 – Manacapuru, ACS e técnico de enfermagem)

Entrevistador: Vocês consideram o salário adequado ao trabalho de vocês?

'tá' não. Não somos tão importantes, mas somos importantíssimos na função, porque buscamos o problema 'né?'. Arriscamos nossa vida também. Nesse sol quente corremos risco de câncer de pele (...)

(Grupo Focal 02 – Parintins, ACS)

Através deste instrumento podemos chegar aos seguintes achados quantitativos de relevância estatística, tomando por base o modelo desenvolvido a partir da década de 1970, por Robert Karasek (Karasek e Theorell, 1990; Theorell, 2000). Com relação à dimensão Demanda Psicológica - ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho – foi averiguada maior demanda psicológica entre os homens com menos de 5 anos de profissionalização, não fumantes. Como já comentado anteriormente, sugere-se certa inexperiência entre os profissionais pesquisados, dado o pouco tempo de formação e recém-ingresso na ESF, espera-se também desses profissionais um déficit na qualificação profissional (residência médica, especialização, pós-graduação, mestrado profissionalizante), além do, já citado, pouco investimento subjetivo na tarefa devido à escolha pela primeira e melhor oportunidade de trabalho.

O déficit na formação do profissional alocado na atenção básica irá refletir em dificuldades para lidar com situações que demandam experiência e conhecimento na área de saúde pública (muitos profissionais relataram ser o primeiro contato com a área), seus princípios norteadores e sua função numa equipe interdisciplinar. Já as significações do conteúdo da tarefa refletem em desinteresse e falta de engajamento pessoal e profissional na tarefa, dificuldade em elaborar estratégias defensivas e maior vulnerabilidade de entrar em contato com o sofrimento patogênico.

Com relação à desqualificação, trata-se mais da imagem de si que repercute do trabalho, ou seja, quanto mais responsabilidades e riscos se assumem pela tarefa, mais honrosa, complexa e admirada pelos outros é a

tarefa. Estes elementos contam na formação da imagem de si (narcisismo), porém, o nível de qualificação, de formação não é suficiente em relação às aspirações, dando início ao sofrimento quando a evolução desta relação é bloqueada.

Segundo a teoria dejouriana é através do contato forçado com uma tarefa desinteressante que nasce uma imagem de indignidade e sentimento de inutilidade, este último remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Dejours (1987) afirma que “a falta de significação, a frustração narcísica, a inutilidade dos gestos, formam, ciclo por ciclo, uma imagem narcísica pálida, feia, miserável. (Dejours, 1987, p.49)”.

A dimensão Controle, segundo Karasek e Theorell (1990) representa a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos. Com relação a esta dimensão foi verificado menor controle entre os homens, não fumantes de nível superior sendo considerado segundo Karasek e Theorell (1990) como trabalho com maior desgaste (maior demanda combinado com menor controle).

Trabalhos considerados de alto desgaste apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico (tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física), principalmente se o tempo de exposição ao estímulo estressor for longo, o indivíduo não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias

ambientais, o desgaste então se acumula podendo culminar na doença psicossomática (Karasek & Theorell, 1990)

O maior desgaste no trabalho pode representar uma menor tolerância em explorar os recursos defensivos, em re-significar, com auxílio da criatividade, o sofrimento, prevalecendo o sentimento de impotência, frustração, permanecendo o sofrimento residual, que empurra o equilíbrio psíquico do sujeito lentamente para a descompensação (mental e psicossomática), eis que surge o sofrimento patogênico. Aqui ainda está relacionada à falta de motivação e desejo na tarefa que é o cerne na busca pela ausência de dor (Mendes, 2007).

Mas questiona-se onde estará a causa do fracasso da mobilização subjetiva do trabalhador: na ressonância simbólica (sentido que a tarefa tem para o sujeito) ou no espaço público para a discussão não favorecido pela organização do trabalho?

A dimensão Apoio Social no Ambiente de Trabalho, incluída posteriormente por Johnson (Johnson & Hall, 1988), proveniente de colaboradores e chefes, atua como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (Karasek & Theorell, 1990, p. 68). O achado que apresentou relevância estatística foi o menor apoio social entre fumantes e usuários de álcool, estas duas condições podem ser justificadas pelo uso de alternativas na busca pelo prazer no trabalho, supondo que o menor apoio social no trabalho reflete uma organização do trabalho que possui relações dificultosas, como por exemplo, a falta de reconhecimento, falta de cooperação, confiança, resultando na dificuldade em se realizar um trabalho interdisciplinar.



Algumas associações foram encontradas entre estresse no trabalho com desordens psiquiátricas menores (Stansfeld *et al.*, 2002), doenças do sistema digestivo (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), desordens músculo-esqueléticas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), autoavaliação negativa do estado de saúde (Ibrahim *et al.*, 2001), absenteísmo no trabalho (North *et al.*, 1993; 1996), doenças cardiovasculares (Wamala *et al.*, 2000; Kuper & Marmot, 2003) e seus principais fatores de risco tais como hipertensão arterial e hábitos considerados pouco saudáveis como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Landsbergis *et al.* 1994; Tsutsumi *et al.*, 1999; Stansfeld *et al.*, 2002).

O apoio sócio-emocional seria medido pelo:

(...) grau de integração social e emocional e confiança entre colaboradores, supervisores e outros. Por sua vez, o apoio instrumental estaria referido aos recursos extras ou assistência com tarefas de trabalho, fornecidos por colaboradores e supervisores. (Karasek & Theorell, 1990, p. 71).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo

precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Os municípios em geral apresentaram trabalhos de menor desgaste (combinando menor demanda e maior controle), ou seja, possuem poucas demandas psicológicas, porém muito controle por quem o executa. Configuraria um estado altamente desejável, ideal.

No entanto, no município de São Gabriel da Cachoeira predominou o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), são considerados trabalhos que produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. O trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Os trabalhos mecanizados também provocam essa sensação. O desinteresse parece se generalizar para outras esferas da vida (Karasek & Theorell, 1990).

Pode-se inferir, portanto, que a alienação provocada pelo trabalho nesse município pode estar ligada a falta de perspectiva de crescimento e aperfeiçoamento no trabalho na atenção básica, visto que os profissionais não têm acesso a atividades de educação permanente, ficam dependendo dos próprios recursos para dar conta de sua qualificação. Além do que, os profissionais são, em sua maioria, militares ou familiares de militares proveniente de outros Estados, que podem não ter tido outra opção ou oportunidade de escolha, como demonstram as falas a seguir:

(...) trabalho pelo exercito né? eu fui selecionada lá na faculdade, e os mais novos, talvez pra prejudicar menos, porque a maioria dos meus colegas são mais 2 anos mais velhos do que eu (...) porque eu tenho

24, e eu penso que é pra evitar maior atraso profissional pros outros.”  
(Médico 01 – São Gabriel da Cachoeira)

(...) porque eu fui obrigado, e acabei aceitando a transferência e estou cumprindo com maior prazer! (...) não sei se você sabe, mas os médicos são todos militares (...) (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Meu marido é militar e ele veio pra cá e vim junto. (Enfermeira 02 – São Gabriel da Cachoeira)

Segundo Karasek e Theorell (1990) o estresse no trabalho, é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes, no ambiente de trabalho.

## **CONCLUSÃO**

As características da pós-modernidade junto à reestruturação produtiva da última década causaram mudanças radicais nos processos de trabalho, e no trabalho da área da saúde não foi diferente. As novas formas de organização do trabalho trazem consigo novas formas de subjetivação, o que desencadeará outras possibilidades de reação dos trabalhadores, trazendo novas formas de sofrimento e patologias relacionadas a essa atividade essencial da condição humana de existir (Mendes, 2007).

O Ministério da Saúde tem, entre suas prioridades, a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver esse grave problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde. Tal preocupação decorre da política deste governo, que reconhece e valoriza o trabalho humano

em todas as suas dimensões. Sendo assim, o Ministério da Saúde entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que tal situação acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos direitos dos trabalhadores. Deve-se também analisar alternativas de ação com o intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis.

Dignidade, posição social, sobrevivência, poder e independência são representações sociais do trabalho para o Homem, o trabalho pode trazer alegrias dignificar e ainda representar fonte de sofrimento de degradação. Mesmo a sua ausência, o desemprego, exclui e traz um sentimento de inutilidade. O sofrimento pode advir do medo de não ser suficientemente competente para ser valorizado, reconhecido e fazer manter seu emprego, da pressão para trabalhar mal e da falta de reconhecimento.

Toda e qualquer ação em benefício do trabalhador na busca do prazer e fuga do desprazer depende diretamente da intervenção e da gestão, do comprometimento dos níveis estratégicos da organização. Portanto, torna-se fundamental um olhar cuidadoso para esses trabalhadores que constituem o motor que faz funcionar o primeiro nível de atenção a saúde no país.

Fazendo uma analogia com os “carros de sexta-feira” – carros defeituosos que haviam sido produzidos no nível máximo de tolerância de uma semana de trabalho – produzidos pelas fábricas descritas por Dejours, espera-se que nenhum paciente seja atendido pelo profissional em seu nível máximo de exaustão profissional, pois esse profissional não proporcionará o atendimento humanizado e integral que o paciente da atenção básica

necessita, não havendo a resolutividade esperada, sendo todos os atendimentos considerados “atendimentos de sexta-feira”.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I., & TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. *Rev. Produção*, 14(3), 67-76, 2004.

ALVES, M. G. de M., CHOR, D., FAERSTEIN, E., LOPES, C. de S., WERNECK, G. L. Versão Resumida da “*job stress scale*”: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164 – 71, 2004.

BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). *Metodologia da pesquisa na saúde*. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

BRASIL, H. G. *Psicodinâmica do Trabalho: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal*. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.

CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.

CROTTY M. *The foundations of Social Research – meaning d perspective in the research process*. London, Sage Publications, 2003.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K. *Focus Group Fundamentals*. Iowa State University, University Extension, 2004.

HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G.. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(1), 6–8, 2007.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2001.

HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). *Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences*. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003.

IBGE (2004). *Anuário estatístico do Brasil*, p. 2-81. Citado em: ADAS, Melhem e ADAS, Sergio. *Panorama geográfico do Brasil*. 4a. ed. São Paulo: Editora Moderna, 2001.

IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women & Health*, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.

JOHNSON, J. V., & HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336 – 1342, 1988.

KARASEK, R., THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

KRUEGER, R. A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*, 57, 147 – 53, 2003.

LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 20 (5), 349 – 363, 1994.

LEWIN, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

MENDES, A. M. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia Ciência e Profissão*, 3(1), 34-38.

MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª edição, HUBITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social*. [Social research.] Rio de Janeiro, Brazil: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS, 2005.

MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, 98, 799-804, 2003.

MORGAN D.L. *Focus groups as qualitative research*. London: Sage, 1997.

NORTH, F., SYME, S. L., FEENEY, A., HEAD, J., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the *Whitehall II* study. *British medical Journal*, 306, 361 – 6, 1993.

NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86 (3), 332 – 340, 1996.

ODDONE, I. *Ambiente de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1986.

RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 655–660, 2004.

RANCIARO, M. M. M. de A. *Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais*. Manaus, EDUA, 2004.

RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. *Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social*, 2001.

SAINT-GIRONS, B. Motivation. *Encyclopedia Universalis*. 11(1), 397-398, Paris, 1968.

SANTOS-FILHO, B., BARROS, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.

SIEGRIST, J.. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scand J Public Health*, 30(1), 49 – 53, 2002.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 248 – 55, 2002.

THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth- Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease*. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.

TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. *J Epidemiol Community Health*, 53 (1), 348 – 54, 1999.

WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Social Science & Medicine*, 51(1), 481 – 9, 2000.



## 5. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. de S., Werneck, G. L.. Versão Resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, 38(2), 164 – 71, 2004.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007
- BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.
- BRASIL, H. G. **Psicodinâmica do Trabalho**: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS. 2005,
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família -2001/2002**. Brasília, MS, 2003.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.
- BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.
- COHN, A. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo, CEDEC, 2009.
- CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P.. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.
- CROTTY M. **The foundations of Social Research – meaning and perspective in the research process**. London, Sage Publications, 2003.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.
- DEJOURS, C. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.
- DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Human**, v.58, p. 1-16, 1995.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, 14(3), 27-34, 2004.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994,
- FERREIRA M. C. & Mendes, A.M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia** , 6 (1), 97-108, 2001.
- FERREIRA, M.C. & MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília, Fenafisp, 2003.
- GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K.. **Focus Group Fundamentals**. Iowa State University, University Extension, 2004.
- GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.
- HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 61(1), 6–8, 2007.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2007.
- HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.
- HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). **Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences**. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003,
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 2001**. Brasília: IBGE, 2000.

- IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. **Women & Health**, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.
- JOHNSON, J. V., & HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, 78, 1336 – 1342, 1988.
- KARASEK, R., THEORELL, T.. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.
- KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.
- KRUEGER, R.A **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **J Epidemiol Community Health**, 57, 147 – 53, 2003.
- KUPFER, M. C. **Freud e a Educação**. 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.
- LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, 20 (5), 349 – 363, 1994.
- LEWIN, K. **Intelligence and motivation**. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.
- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, 3(1), 34-38, 1995.
- MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.
- MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern. **Braz Addiction**, 98, 799-804, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- MORGAN D.L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage, 1997.
- MORRONE, C.F. “**Só para não ficar desempregado**” – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.
- NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**, 86 (3), 332 – 340, 1996.
- ODDONE, I. **Ambiente de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.
- RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. **Proceedings of the Nutrition Society**, 63, 655–660, 2004.
- RANCIARO, M. M. M. de A. **Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais**. Manaus, EDUA, 2004.
- ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova

- prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- SAINT-GIRONS, B. **Motivation**. Encyclopedia Universalis. 11(1), 397-398, Paris, 1968.
- SANTOS-FILHO, B.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Injuí: Ed. Injuí, 2007.
- SIEGRIST, J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. **Scand J Public Health**, 30(1), 49 – 53, 2002.
- SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.
- STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. **International Journal of Epidemiology**, 31(1), 248 – 55, 2002.
- THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.
- THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth-Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. **Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease**. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.
- TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. **J Epidemiol Community Health**, 53 (1), 348 – 54, 1999.

- VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.
- WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. **Social Science & Medicine**, 51(1), 481 – 9, 2000.
- WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.



## APÊNDICE 1

### Roteiro para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde

1. Por que você trabalha em Saúde da Família?
2. Teve algum tipo de formação específica para este trabalho?
3. O que diferencia a atuação em Saúde da Família do trabalho tradicional de sua profissão? (*pular para a próxima, na entrevista como ACS*)
4. Por que você trabalha no interior do Estado?
5. Onde vc se capacitou profissionalmente?
6. Em que é diferente trabalhar no PSF?
7. Em que a prática de PSF é como idealizada pelo Ministério da Saúde?
8. Em que é diferente do que o Ministério idealiza para o Programa?
9. O que é equipe e trabalho em equipe?
10. Como se dá a relação entre as competências profissionais que são específicas e o trabalho em equipe?
11. Como as equipes diagnosticam os problemas de saúde da comunidade?
12. Quais os limites do trabalho em equipe?
13. Como se dá a articulação entre o enfermeiro, o médico e o dentista desta equipe?
14. O ACS trabalha em conjunto com eles? Como?
15. Quais são as principais necessidades da população na sua área profissional?
16. Quais são as principais necessidades da população em relação ao trabalho da equipe?
17. As equipes de Saúde da Família conseguem trabalhar conforme os princípios do SUS? No que conseguem, como conseguem? No que não conseguem, por que não conseguem?
18. Descreva as ações de Educação Permanente que acontecem nesta equipe.
19. Existe articulação com a Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Mental, Farmácia?

## APÊNDICE 2

### Roteiro de entrevista para Gestores

- 1) A Equipe é equipe? Ou qual equipe é a equipe? Ela foi formada para ser equipe? O que faltou? O que não faltou?
- 2) Como a equipe articula-se com os usuários?
- 3) A equipe articula-se com outros órgãos públicos? Gestores? Atenção secundária e terciária?
- 4) Descreva como está referência e contra-referência atualmente no PSF.
- 5) Quais são as necessidades de Saúde da Família no interior do Amazonas?
- 6) Com as equipes as identificam?
- 7) Como tem se dado a questão da Educação Permanente às equipes neste município?
- 8) Como as equipes vencem a limitação geográfica desta região?
- 9) Em que a limitação geográfica interfere na prestação de serviços de saúde?
- 10) Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## **APÊNDICE 3**

### **Roteiro para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família**

#### **Processo de trabalho**

1. Descrevam o dia a dia do trabalho nesta equipe.
2. Neste trabalho, vocês se relacionam com outros setores além da saúde? Quais?
3. Descrevam situações cotidianas em que participe mais de um profissional desta equipe?
4. Em algum momento da semana vocês discutem ações conjuntas? Como é?
5. Descrevam as atividades realizadas, diferenciando aquelas que são executadas pelo próprio profissional daquelas que são executadas em equipe como um todo.
6. Quais são os principais problemas para esta equipe desempenhar suas funções conforme o Ministério da Saúde idealiza?
7. Qual a diferença do trabalho tradicional em Saúde Pública e o trabalho em Saúde da Família?
8. Descrevam conflitos entre os profissionais para a realização do trabalho em equipe?
9. O que é diferente no trabalho em Saúde da Família dos outros tipos de trabalho em Saúde?

#### **Peculiaridade da Amazônia**

1. Falem sobre o acesso a atenção secundária e terciária?
2. Quais as diferenças encontradas no trabalho aqui no interior do Estado do Amazonas comparado com outros locais do país?
3. Como vocês identificam as necessidades da população?
4. Como a equipe vence a limitação geográfica desta região?
5. Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## APÊNDICE 4

### Roteiro para Observação participante

A Observação não se pautará exclusivamente, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao **processo de trabalho em saúde da Família**. Além do ato de observar em si, será promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os *profissionais*, com os *usuários* no serviço, como junto aos *comunitários*. No entanto, minimamente se observará os seguintes itens:

- a. Principais impressões sobre o atendimento aos usuários na unidade e o atendimento domiciliar.

Atendimento na unidade:

Atendimento domiciliar:

- b. Existem ações junto ao programa hiperdia?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- c. As ações enfocam assistência contínua, racionalizada (além do atendimento pela procura do usuário à unidade, seguindo os casos crônicos)?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- d. Impressões sobre Referência e contra-referência.

- e. Ações educativas e intersetoriais.  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- f. Impressões sobre o conhecimento da realidade de saúde das famílias

- g. A equipe realiza ações de planejamento?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- h. Impressões sobre o acesso do usuário a consultas médicas, odontológicas e de enfermagem;  
Médico:

Enfermeiro:

Odontólogo:

- i. Impressões sobre a dinâmica dos programas de saúde na unidade.
- j. Dados e impressões sobre adscrição de clientela e seu cadastramento.
- k. Impressões sobre acesso e acessibilidade da população aos serviços
- l. Impressões sobre Mapa de risco quanto às famílias: existência e utilização.

## APÊNDICE 5

### Formulário para Verificação da Estrutura Física

Itens	Sim	Não	Número	NSA
Recepção para pacientes e acompanhantes				
Cadeiras				
Mesa de Escritório				
Mesa de impressora e computador				
Arquivos fichário de metal				
Sala de espera para pacientes e acompanhantes				
Bebedouro				
Suporte para TV e Vídeo				
Televisor				
Cesto de Lixo				
Sanitário para usuário				
Sanitário para deficiente				
Banheiro para funcionários				
Sala de procedimentos				
Sala de ACS				
Almoxarifado				
Consultório odontológico com área para escovário				
Área para compressor e bomba a vácuo				
Sala de recepção, lavagem e descontaminação				
Área de depósito de material de limpeza				
Sanitário para usuários				
Área para reunião e educação em saúde				
Abrigo de resíduos sólidos				
Iluminação natural/adequada				
Ventilação natural/adequada				

NSA – não se aplica

\*\*UBS para 1 ESF - Comportar aproximadamente 15 pessoas.

UBS para 2 ESF - Comportar aproximadamente 30 pessoas.

UBS para 3 ESF - Comportar aproximadamente 45 pessoas.

Para as UBS com mais de uma ESF, o espaço da sala de espera e da recepção podem fazer parte do mesmo ambiente interno.

## APÊNDICE 6

### Instrumento quantitativo

Solicitamos sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é parte de um estudo sobre a avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Amazonas. Está no momento sendo realizado em todas as equipes deste município, e em outros três municípios do interior do Amazonas. Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa. Devem se referir a Saúde da Família.

1) Local de trabalho (marque com um X uma ou mais opções):

- ( 1 ) Unidade Básica de Saúde
- ( 2 ) Equipe de Saúde da Família
- ( 3 ) Hospital
- ( 4 ) Outro: \_\_\_\_\_

2) Especifique sua profissão:

- (1) Enfermeiro
- (2) Médico
- (3) Agente Comunitário de Saúde
- (4) Cirurgião Dentista
- (5) Técnico de Enfermagem
- (6) Auxiliar de Consultório Dentário
- (7) Técnico de Higiene Dental
- (8) Outra \_\_\_\_\_

3) Sexo:

- (1) Feminino (2) Masculino

4) Idade:

\_\_|\_\_ anos

5) Ano de formatura:

\_\_|\_\_|\_\_|\_\_

6) Tempo de trabalho neste serviço (em anos):

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos
- (3) Entre 6 e 10 anos
- (4) Mais de 10 anos

7) Qual o seu vínculo empregatício (marque com um X uma ou mais opções):

- (1) Estatutário
- (2) Contrato Administrativo
- (3) Outra \_\_\_\_\_

8) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

9) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

10) Seu trabalho exige demais de você?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

11) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

12) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 13) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 14) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 15) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 16) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 17) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 18) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 19) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 20) Nós relacionamos bem uns com os outros no trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 21) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 22) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 23) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 24) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
- (1) concordo totalmente



- (2) concordo mais que discordo
- (3) discordo mais que concordo
- (4) discordo totalmente
- 25) Alguma vez experimentou cigarro/tabaco?
  - (1) Sim, e gostei
  - (2) Não – salte para 67
  - (3) Sim e não gostou – salte para 67
- 26) O (a) Sr.(a) fuma atualmente?
  - (1) Sim
  - (2) Não – salte para 33
- 27) Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma, em média, por dia?

---
- 28) Quanto tempo depois de acordar, o (a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro?
  - (0) Após 60 min
  - (1) 31-60 min
  - (2) 6 – 30 min
  - (3) primeiros 5 min
- 29) Tem dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido?
  - (1) Sim
  - (0) Não
- 30) Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?
  - (0) Qualquer um
  - (1) O 1º manhã
- 31) Quantos Cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia?
  - (0) até 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) 31 ou mais
- 31) Fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia?
  - (1) Sim
  - (0) Não
- 32) O (a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado?
  - (1) Sim
  - (0) Não
- 33) Com que frequência o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?
  - (0) Nunca – Salte para 41
  - (1) Mensalmente ou menos
  - (2) de 2 a 4 vezes por mês
  - (3) De 2 a 3 vezes por semana
  - (4) 4 ou mais vezes por semana
- 34) Pense em um dia em que o(a) Sr.(a) bebe. Quantas doses de sua bebida mais utilizada o(a) Sr.(a) bebe?
  - (0) 0 ou 1
  - (1) 2 ou 3
  - (2) 4 ou 5
  - (3) 6 ou 7
  - (4) 8 ou mais
- 35) Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma mais que 6 doses em uma mesma ocasião?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos do que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 36) Quantas vezes o(a) Sr.(a) achastes que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 37) Quantas vezes depois de ter bebido, o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês

- (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 38) Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido na noite anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 39) Quantas vezes o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 40) Quantas vezes o(a) Sr.(a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 41) Já aconteceu do(a) Sr.(a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses
- 42) Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o(a) Sr.(a) bebe ou sugeriu que diminuísse?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses

## APÊNDICE 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Pública



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, em que vamos avaliar como está o SUS no interior do Estado do Amazonas. Esta pesquisa está sendo feita também nos outros municípios do interior, com os profissionais de outras equipes de Saúde da Família. Você pode levar este documento para ler em casa e depois trazer para assinar. Se alguma parte não estiver clara, pode perguntar que lhe explicaremos.

O SUS foi construído para garantir a população universalidade no acesso, equidade na atenção (atender mais quem mais precisa) e integralidade no cuidado. Para melhorar estes princípios, foi criada a Estratégia de Saúde da Família. Nossa pesquisa quer descobrir se estes três princípios estão acontecendo aqui no interior do Amazonas.

Para isso, vamos usar algumas formas de coletar as informações: entrevistaremos profissionais de saúde tanto individualmente como junto com os outros profissionais que trabalham com eles nas equipes; entrevistaremos os Gestores de Saúde; entrevistaremos os usuários dos serviços; e também observaremos o dia a dia dos trabalhadores, percebendo suas dificuldades e como superam estas. As entrevistas serão gravadas com gravadores digitais, e as observações serão anotadas. Caso haja interesse e você autorize, também filmaremos/fotografaremos alguns momentos do seu processo de trabalho.

Registramos que não existe risco na sua participação, nem mesmo desconforto, sendo um espaço para você dizer tudo que quer ou sente sobre a Saúde da Família, por que não revelaremos quem nos deu a informação. Sua identidade será preservada. Você também tem liberdade tanto para deixar de falar alguma coisa que não se sinta a vontade para dizer, ou não queira, e até mesmo para sair do projeto a qualquer momento.

Os benefícios que nosso projeto pretende trazer são as melhorias para o funcionamento da Saúde da Família de acordo com o que o Ministério da Saúde oficializa no seus documentos.

Qualquer problema que tiver ou dúvida, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Projeto, o Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, que é o responsável pela pesquisa.

Ressaltamos: qualquer dúvida, agora ou em outro momento, poderá ser questionada ao coordenador diretamente ou a qualquer outro pesquisador de nosso projeto.

Também deixamos claro que você poderá retirar sua autorização para participar do projeto, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou custo, entrando em contato com o coordenador do projeto, nos contatos que estão abaixo da linha deste termo.

Mais uma vez ressaltamos: nenhuma informação que possa identificar você será utilizada no projeto, de forma que tem nosso compromisso de manter sigilo sobre tudo que nos for dito.

Agradecemos sua colaboração.

Local:

Data:

Assinatura do sujeito

Nome completo:  
R.G.:  
Fone:  
E-mail:

Assinatura do pesquisador

RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES  
R.G.: 30.455.294-X  
Fone: (48) 99086582  
E-mail: [rodrigo.moretti@pq.cnpq.br](mailto:rodrigo.moretti@pq.cnpq.br)

Espaço para digital

## ANEXO 1: Aprovação Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 122

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 121/09 FR- 259768**

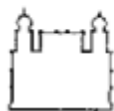
**TÍTULO: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS**

**AUTOR: Rodrigo Otavio Moretti Pires.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

MARILISE KATSURAYAMA

MANAUS, 2010.

Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em ‘Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia’.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS, 2010.

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Aprovado em 25 de Fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Presidente.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosângela Dutra de Moraes, Membro.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Membro.  
Universidade de São Paulo

K18t Katsurayama, Marilise.

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da saúde do trabalhador no interior do Estado do Amazonas. / Marilise Katsurayama. – Manaus: UFAM/Fiocruz, 2010.

153p.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – 2010.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Morreti-Pires.



## DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela dedicação e preocupação em minha formação e construção de valores que fizeram a diferença em minha educação e profissionalização, tendo sempre como engrenagem principal o amor. As palavras e ensinamentos foram essenciais para meu engrandecimento como ser humano, a humildade e determinação foram meus maiores aprendizados.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado em todas as etapas, que possam ver nessa produção um incentivo para buscar seu aperfeiçoamento.

Aos trabalhadores da atenção básica que com muitos esforços diante de todas as dificuldades inventam e reinventam formas de levar a saúde a quem necessita, que essa dissertação possa indicar novos horizontes a favor desses profissionais da saúde.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo suporte emocional, financeiro e técnico que me permitiram todas as fases de educação concluídas com sucesso até hoje, bem como o amor incondicional que me proporcionaram enquanto filha, compartilhando toda a preocupação e angústia das etapas conclusivas de todas essas fases, e ainda a compreensão com relação à minha ausência e falta de atenção em muitos momentos.

A minha irmã querida, que mesmo longe continua presente em forma de cuidado e amor. Ao Leandro por ter feito parte de tantas etapas e ter acreditado e torcido em todas elas.

Aos amigos, pessoas especiais que me apoiaram e torceram por mim, tornando os momentos da minha vida mais prazerosos e os obstáculos menores de serem ultrapassados, sem vocês, o ser humano que sou não estaria tão completo, obrigada por me lembrarem disso todos os dias! Daniele, Cassandra, Ritinha, Juliana, Flávia e Renilda vocês são minha segunda família, obrigada pelos afagos. Renato, Francis, Marta, Alyce, obrigada pela compreensão e carinho.

Ao Professor Rodrigo Moretti pela paciência e dedicação em suas orientações, sempre permeada de muita amizade, carinho e cooperação, que tornaram essa caminhada muito mais tranquila do que eu pensava ser. A sintonia entre nós foi essencial para a conclusão de mais esta fase.

Ao Professor Marcelo Cordeiro pelo suporte em momentos importantes de decisão, que não me levaram, em momento algum, a arrependimentos; suas palavras exatas, experientes e práticas foram o cerne na escolha de alguns caminhos, além de representar o exemplo de profissional que almejo ser.

A Professora Rosângela Dutra por ter feito parte dessa caminhada, colaborando não só com o desenvolvimento dessa dissertação, mas

fornecendo um apoio fundamental em minha vida profissional, sua serenidade e sensatez foram confortantes em momentos difíceis.

Aos Professores Neila Falconi e Cristiano Paiva pela confiança depositada em meus trabalhos e amizade cultivada nesses últimos anos, o aprendizado e oportunidades permitidos fizeram diferença em minha formação profissional.

A Fiocruz, seu corpo técnico, docente e discente: aos professores Luíza Garnelo, Paulo Basta, David Lopes, Ana Cyra, Rosana Parente e Jacirema Gonçalves que, de alguma forma, estão presentes nessa dissertação, fruto de todo o conhecimento acumulado durante as aulas; aos técnicos: Ellen, Laura e Rose pela atenção e cuidado comigo em todos os processos necessários para a conclusão dessa dissertação. Aos discentes: Hadelândia e Thiago, pela amizade cultivada em momentos de trabalho e lazer; Amandia, Raquel, Lívea e Mailza, pela preocupação, cuidado, cooperação e palavras amigas em todo esse percurso, vocês tornaram as aulas mais divertidas e prazerosas de frequentar.

Aos trabalhadores da saúde, que foram os atores principais dessa pesquisa, sem a colaboração deles a realização desse trabalho não teria sido possível.

## Resumo

O trabalho constitui-se como um elemento da existência que possibilita ao homem revelar características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica seu papel nos processos psíquicos. Portanto, é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo. Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de realizarem o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme preconizado nos documentos oficiais. Uma dessas dificuldades é a falta de investimentos nas condições estruturais e materiais de trabalho, o que implica em incoerência entre a prática e o discurso oficial sobre o funcionamento do SUS. A realidade atual é representada por abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde. Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável a psicopatologia do trabalho, sendo de suma importância tal análise destes trabalhadores. O presente trabalho objetivou avaliar a saúde dos trabalhadores da ESF no interior do Estado do Amazonas, mais especificamente, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, realizando uma análise com base na teoria dejouriana. O percurso metodológico se pautou em Triangulação de dados, através da utilização de técnicas qualitativas (Grupo Focal, Entrevistas Individuais e Observação Participante) e técnicas quantitativas (inquérito com o uso de *Job Stress Scale*), cujos sujeitos são os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, de forma a estabelecer características, desafios e limites. Através dos resultados obtidos nessa pesquisa foram produzidos 4 (quatro) artigos: 1) um ensaio teórico que propõe uma análise do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil; 2) um artigo que propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na ESF, suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho; 3) um artigo empírico qualitativo que explora a subjetividade e o trabalho na ESF diante dos dados coletados com base na teoria de Christophe Dejours; e 4) um artigo empírico que faz uso da triangulação de dados para a análise da relação homem-trabalho na ESF, embasado pela teoria de Christophe Dejours.

**Descritores:** Saúde e Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Psicodinâmica do Trabalho.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>08</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
Tipo de Pesquisa	26
Local de Pesquisa	26
Participantes	28
Procedimento de Pesquisa	29
Tratamento e Análise de Dados	36
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>39</b>
Artigo 1	40
Artigo 2	56
Artigo 3	75
Artigo 4	98
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>134</b>
<b>Apêndices</b>	<b>142</b>
<b>Anexos</b>	<b>155</b>

## **Apresentação**

Esta pesquisa é um dos desmembramentos do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Edital MCT/CNPq 14/2008). Constitui o subprojeto da etapa qualitativa (primeira etapa do projeto) que irá focar a saúde mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando para isso uma avaliação da saúde do trabalhador da ESF no Amazonas, sustentada pelo marco teórico de Christophe Dejours.

Esta dissertação de mestrado está assim dividida: uma breve introdução sobre os aspectos teóricos da problemática na Estratégia de Saúde da Família; a descrição do percurso metodológico adotado; resultados apresentados no formato ‘artigos’. São apresentados quatro artigos: um ensaio teórico dejouriano sobre a ESF; a proposta do modelo teórico utilizado para a avaliação; e dois artigos empíricos, um utilizando os métodos qualitativos de análise, outro utilizando a triangulação de métodos.

## **1. INTRODUÇÃO**

## **A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de trabalho**

Há alguns anos o Ministério da Saúde tem apontado diversos paradoxos existentes no Brasil e que limitam a progressão da implementação do Sistema Único de Saúde em conformidade plena com seus princípios.

Como alternativa para problemas com a Atenção Primária, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorganização da atenção à saúde respeitando os princípios do SUS, alcançando desde pequenos municípios aos grandes centros urbanos de todo o país. Em 1997, o Ministério da Saúde propõe a mudança para Estratégia Saúde da Família (ESF), dando uma nova interpretação, considerando-o não mais um programa, mas sim uma estratégia de atenção voltada à modificação do modelo assistencial vigente, compreendendo a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2002; Brasil, 1997).

Este modelo de atenção primária orienta para a existência de novas práticas de assistência (Brasil, 2000), com ações estruturadas em equipe, em um processo de trabalho a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas em que residam de 2.500 a 4.500 pessoas, com unidade espacial de atuação de um agente comunitário de saúde para cada 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do sistema de informação de atenção básica (SIAB). No âmbito do PSF preconizam-se ações específicas para saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de *diabetes melittus*; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal.

São atividades previstas para a equipe: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o



planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde no serviço são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisada como um processo linear, apesar da tradição e estrutura dos sistemas de saúde não se pautarem nesta perspectiva (Campos, 2003).

Deve ser percebido como um processo em que interagem diversos aspectos concomitantemente, convergindo na dicotomia entre a disponibilidade de um conjunto de ações e serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos. Qualquer ação no sistema de saúde deve paralelamente considerar a historicidade, na medida em que existem aspectos íntimos de como o processo

de trabalho se dá em cada Unidade de Saúde, com diferentes conformações e espaços (Campos, 2003).

Neste sentido, o debate caminhou para firmar como padrão a ser assegurado o tratamento horizontalizado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais e humanas dos pacientes, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos possuem significado frente às demandas não pautadas nas questões que podiam ser respondidas pelo modelo biomédico (Brasil, 2004).

Pela importância desses princípios na instituição da Saúde da Família, o PSF pode ser entendido como uma estratégia não apenas para reordenar a atenção primária em termos administrativos, mas principalmente como estratégia de humanização da atenção, haja vista aos objetivos oficiais do Programa encaminhando para a humanização das práticas de saúde, trabalho em equipe multiprofissional de saúde, limite de atuação a uma população adscrita e controle social (Brasil, 2004).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado em função de sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo. Além disso, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da

equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo, 2007).

Em particular, o trabalho em equipe não é idealizado neste modelo de atenção como a simples sobreposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2004; Kilsztain, 2001).

### **Trabalho e o marco teórico de Christophe Dejours**

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que

justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar, ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores. Neste 'modo de trabalho' há separação do trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural, que é o aparelho mental, se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se dão tanto na saúde física quanto mental. Os trabalhadores encontram-se diante de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995). Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours<sup>1</sup> apresenta dois momentos:

- 1) Década de 70: na disciplina psicopatologia do trabalho, que abordou a interface homem/liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do

---

<sup>1</sup> Doravante grafada como 'Dejouriana'

trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo);

2) Década de 90: denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al,1994).

Por 'organização do trabalho' entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se, então, do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador, na dependência dos interesses econômicos, ideológicos e políticos de atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

Entende-se por 'condições de trabalho' o ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho. Influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto a organização do trabalho atua no nível de funcionamento psíquico (Dejours *apud* Betiol, 1994).

Partindo destes conceitos, Guareschi & Grisci (1993) classificam dois tipos de sofrimento diferentes: o sofrimento físico e o sofrimento psíquico. O sofrimento físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador, a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Na abordagem teórica que fundamenta o presente trabalho, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho, o que é modulado por sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos, que não se confluem: o trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências

contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico, que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours *apud* Betiol (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa do trabalho autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da *sublimação*, conceituada pela Psicanálise como a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade.

Diante da *prescrição da tarefa*, cabe ao trabalhador fazer uso de suas *estratégias defensivas* a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento, buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um

processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser *individuais ou coletivas*. As do primeiro tipo encontram-se interiorizadas e, quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento, contribuem para o surgimento do segundo tipo, que depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores (Mendes, 1995).

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos (Mendes, 1995):

1) *ressonância simbólica*: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória;

2) *espaço público de discussão coletiva*: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução.

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours



(1997) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho. É a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade (*op.cit*).

O conceito de 'mobilização subjetiva' refere-se ao processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. Depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

### **Saúde da Família no interior da Amazônia**

Na realidade amazônica, a questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas constitui-se uma barreira a democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas.

Para Mendonza-Sassi e Béria (2003) a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde é um importante fator para a limitação no contexto de acesso. A literatura também aponta que barreiras físicas, tais como áreas montanhosas ou de topografia difícil são fatores limitantes para o acesso (Grant, 2000; Perry, 2000). Transpondo estes pressupostos ao universo das comunidades ribeirinhas, distâncias físicas que são vencidas com facilidade em áreas que possuem estradas, não apresentam a mesma facilidade no caso da população estudada, uma vez que dependem exclusivamente do rio.

Porém, não apenas o acesso, mas diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar na Amazônia em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. Para Raciaro (2004) os serviços de saúde prestados a essas comunidades são em sua maioria qualitativamente precários, havendo falta de saneamento e outras questões básicas, que tornam o cidadão incapaz de decidir sobre sua própria vida frente à falta de resolutividade dos serviços.

Para Santos e Victora (2004) “A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados (...) cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados”.

A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi, 2003).

Conforme Pinheiro e colaboradores (2002) a utilização de serviços de saúde por uma população é uma questão complexa, envolvendo o perfil de necessidades em saúde, mas também está condicionado a fatores internos e externos ao setor da saúde, dentre estes a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos, a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos.

Na atenção primária, a transformação que se propõe no SUS, impele à ação que atinja a população mas superando as concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais, principalmente no que se refere ao acesso das populações ribeirinhas aos serviços de atenção à saúde.

Teixeira (1996) discorre sobre a falta de estudos que revelem as condições de vida da população do interior da Amazônia, afirmando que mesmo em estudos como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, talvez a mais importante pesquisa de impacto para o conhecimento da realidade da população brasileira, “reside em cobrirem para a Região Norte, apenas as áreas urbanas, impedindo maior aprofundamento da análise para a população total em anos recentes”.

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância

para sua real implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

Não foram encontrados estudos que se refiram à saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia.

## **2. OBJETIVOS**

## **Objetivo Geral**

Avaliar a Saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.

## **Objetivos Específicos**

1. Elaborar um modelo de estudo avaliativo capaz de avaliar o sofrimento/prazer dos trabalhador na ESF no interior do Estado do Amazonas, por uma perspectiva dejouriana;
2. Construir e testar um Modelo Lógico para orientar a avaliação da ESF, na perspectiva referida;
3. Avaliar o trabalho em Saúde da Família sob os três aspectos: demanda psicológica, controle de trabalho e apoio social;
4. Avaliar o tipo de trabalho e o nível de desgaste do trabalhador de Saúde da Família no contexto amazônico.

### **3. METODOLOGIA**

### **Tipo de Pesquisa**

A operacionalização da presente pesquisa se pautou na avaliação por triangulação de métodos (Denzin, 1973; Samaja, 1992; Minayo, 2001), abordagem pretende entrecruzar múltiplos pontos de vista sobre determinado contexto complexo.

Se utilizou de métodos que levantem informações de cunho qualitativo e dados quantitativos, em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades.

A perspectiva qualitativa se pauta na busca do entendimento e da compreensão de como determinado contexto se dá através da vivência e experiência pessoal dos próprios sujeitos envolvidos (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003), de forma que permite levantar características e dinâmicas de determinado fenômeno, no entanto sem a prerrogativa da generalização, a qual é pertinente para os trabalhos de cunho quantitativo, em que a abordagem estatística com amostra representativa do todo é preconizada, orientada para a verificação e confirmação de hipóteses, enfatizando a confiabilidade e a reaplicabilidade dos dados (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

### **Local da Pesquisa**

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si, assim como características e peculiaridades relacionadas ao trabalho em Saúde da Família.



O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 km<sup>2</sup>.



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

A população de Coari é de 66.991 habitantes distribuídos numa área de 57.230 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009 o que a coloca na posição de quinta maior cidade do Amazonas, atrás apenas da capital Manaus e de Parintins, Itacoatiara e Manacapuru. A densidade demográfica corresponde 2,20 habitantes por km<sup>2</sup>. A distância até a capital é de 363 km. O IDH é de 0,627 (médio), o PIB R\$ 980.166 mil. O PIB per capita R\$ 11.626,00 (IBGE, 2004). O município se destaca por produzir petróleo e gás natural, que ocorre em uma região denominada de Urucu. Outro fato importante é que está sendo construído um gasoduto que ligará sua província produtora ao mercado consumidor localizado em Manaus.

Manacapuru tem uma população 86.472 habitantes distribuídos numa área de 7.329,23 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A distância até a capital é de 78 km. A densidade demográfica corresponde a

11,49 hab./km<sup>2</sup>. O IDH é de 0,663 (*médio*), PIB R\$ 282.213 mil e PIB per capita R\$ 3.372,00 (IBGE, 2004).

Parintins dista 315 quilômetros de Manaus, e conta com 107.250 habitantes distribuídos em uma área de 5.952 km<sup>2</sup>, se configura como a segundo maior cidade do estado e um dos pontos turísticos mais importantes da Amazônia. Trata-se de um dos principais Patrimônios Culturais e Festivais da América Latina devido ao Festival Folclórico de Parintins. A densidade demográfica corresponde a 22,9 hab./km<sup>2</sup>, com IDH de 0,696, PIB R\$ 312.226 mil, PIB per capita R\$ 2.861,00 (IBGE, 2004).

São Gabriel da Cachoeira dista 852 km da capital, possui uma área de 109.185 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 41.885 habitantes segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A densidade demográfica corresponde a 0,31 hab./km<sup>2</sup>, IDH 0,673, PIB R\$ 111.093 mil, PIB per capita R\$ 3.261,00 (IBGE, 2004). Situa-se no extremo noroeste do Estado do Amazonas, na bacia do Alto Rio Negro. Limita-se ao norte com a Colômbia e a Venezuela, ao sul e ao leste com o município de Santa Isabel do Rio Negro, ao sul com o Japurá e com a Colômbia. Boa parte do seu território é abrangido pelo Parque Nacional do Pico da Neblina. O município é considerado um ponto estratégico pelo país, e por essa razão a cidade é classificada como área de Segurança Nacional, pela Lei Federal número 5.449. Foi a primeira cidade brasileira a escolher prefeito e vice-prefeito indígenas. No município, nove de cada dez habitantes são comprovadamente indígenas. É o município com maior número de indígenas no país..

## **Participantes**

O projeto de pesquisa previa a inserção de pelo menos três equipes de Saúde da Família de cada um dos municípios. No entanto, foram estudadas quatro equipes em Coari, cinco equipes em Manacapuru e Parintins e quatro equipes em São Gabriel da Cachoeira. Na etapa qualitativa participaram 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos de enfermagem e 23 ACS.

Na etapa quantitativa procedeu-se o censo de 382 profissionais das 37 equipes da ESF entre os quatro municípios, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais.

Todos os profissionais das equipes foram convidados a integrar o corpo de sujeitos da presente pesquisa.

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Apêndice 8), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 7) aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

### **Procedimentos de Pesquisa**

Em termos qualitativos, o presente utilizou técnicas de Grupo Focal, Entrevista Individual Semi-Estruturada e Observação Participante (Beck, 2002; Almeida, 2004; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994).

Em termos quantitativos, foi aplicado instrumento contendo características sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho e ao estresse, assim como o uso de tabaco e álcool.

A entrevista individual é a técnica em que o investigador, perante ao informante, formula questões relativas ao seu problema, que são padronizadas através de um roteiro de questões elaborado a partir das proposições que estudo enseja, de forma a ter uma linha mestra sobre a qual coletar as informações dos diversos informantes, mas também coletando informações não previstas inicialmente, de caráter complementar, explicativo ou inesperado. Conceitualmente é produto dinâmico da interação entre o mundo que os entrevistados trazem em si - o indivíduo não representa a totalidade das características do grupo a que pertence, mas traz consigo traços comuns aos demais integrantes de seu grupo - e o mundo do pesquisador-entrevistador, momento no qual se confronta a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos pertinentes a proposição da pesquisa (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

O uso das entrevistas individuais utilizando roteiro de questões semi-estruturadas revela seu valor ao não se determinar as respostas para cada uma das questões pelo pesquisador, havendo a possibilidade de se coletar o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa e não as opções oriundas da visão do próprio pesquisador, como no uso de questionário. Através das entrevistas individuais garante-se a perspectiva individual sobre determinada problemática.

As entrevistas individuais foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros,

técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde, Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos (Apêndice 1).

Foi também realizada entrevista individual com os gestores em cada município seguindo roteiro de entrevista semi-estruturado específico para esses participantes (Apêndice 2). Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais.

A técnica denominada de grupo focal se trata de entrevistas realizadas coletivamente, em grupo, cujo registro produz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na verbalização de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas sim se trata de um produto coletivo, de sentido mais amplo, sendo útil em situações complexas, envolvendo diversos atores e perspectivas (Berg, 2004; Morgan, 1997; Beck, 2002; Almeida, 2004). Sua relevância está na interação entre o grupo, por se constituir como uma entrevista dinâmica, em que as perspectivas individuais se convergem e divergem de posicionamento sobre as questões propostas, o que permite levantar não apenas as diferentes perspectivas de determinada temática, mas também a interação destas perspectivas. A técnica apresenta importância e singularidade na medida em que esta dinâmica, entre os diversos olhares do mesmo tema, poderia ser menos acessíveis sem a comunicação e interação na forma de grupo.

Para a operacionalização desta técnica, a literatura sugere a utilização de um roteiro de questões pertinentes à temática trabalhada no âmbito da pesquisa. Estas questões devem servir como ativadores das discussões, contendo os diversos questionamentos a cerca da temática investigada.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de tratado, será confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal coincide com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho;

enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF.

O grupo focal seguiu um roteiro previsto (Apêndice 3) e foi realizado em cada UBS com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e 3 ACS. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Com relação a terceira técnica qualitativa empregada, a Observação Participante, trata-se de um tipo de método que tem como finalidade levantar como os processos investigados se dão dinamicamente, na ação propriamente dita, imergindo no empírico avaliando ações, relações e evasivos da atividade cotidiana. Pelo fato de que o investigador se insere no contexto e, pela simples presença e mesmo pelas questões que levanta por ali estar, considera-se este tipo de técnica como promotora de certa intervenção nas condições em que os contextos se dão, de forma que o investigador participa mais ou menos dos processos durante o levantamento de informações (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

Esta técnica também coincide com a perspectiva dejouriana, que define como observação clínica, o material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que

Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987).

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio (Apêndice 4), tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em Saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

Paralelamente utilizou-se um formulário para a identificação das Condições Estruturais de trabalho das unidades em que ocorre Saúde da Família (Apêndice 5). Estes recursos também foram utilizados para o registro da área adscrita, assim como do deslocamento que os usuários fazem para chegar até a unidade, de forma a possibilitar aos pesquisadores entender mais profundamente como se dá o acesso destes usuários ao serviço de saúde.



Também foi investigada a dinâmica interna nas unidades, tanto quanto acompanharão visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e quaisquer outras que forem realizadas por outros profissionais durante o período de observação.

Diversas são as técnicas quantitativas para coleta de dados em Saúde Coletiva. Em particular para a presente pesquisa, optou-se pelo uso de um questionário sócio demográfico e uma Escala nomeada *Job Stress Scale* originalmente elaborado por Karasek (1990) com 27 e, em seguida, 49 perguntas, foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões: cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social. A versão resumida da escala validada por Alves (2004) para o português foi o instrumento utilizado para a etapa quantitativa desta pesquisa (Apêndice 6).

Dentre as perguntas que avaliam demanda, quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

O bloco referente ao apoio social contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em

escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

### **Tratamento e Análise dos Dados**

Para as informações qualitativas, o tratamento e análise do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação participante deu-se através da análise hermenêutica-dialética proposta por Minayo (1996). Segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O método utilizado compreende dois níveis de interpretação:

- 1) Nível das Determinações Fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise;

2) Nível de Encontro com os Fatos Empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica.

Utilizou-se os passos seguintes:

- 1) Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados recolhidos;
- 2) Classificação dos dados: segundo Minayo (1996), aqui é preciso se compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos;
- 3) Análise final: é o momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados.

No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de tomá-lo como um revelações da dimensão individual sobre a temática investigada.

Para os dados quantitativos, utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de

cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança à 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos: primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

## 4. RESULTADOS

**Artigo 1** – encaminhado à Revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

### **Folha de Rosto**

**Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

**Work and Psychic Suffering in the Family Health Strategy: a Dejouriana's perspective<sup>1</sup>**

**Trabajo y Sufrimiento Psicológico en la Estrategia de Salud de la Familia: una perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

### **Autor principal**

**Marilise Katsurayama**– [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br) , [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

### **Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rosângela Dutra de Moraes** – [rosangeladutra@ufam.edu.br](mailto:rosangeladutra@ufam.edu.br)

Faculdade de Psicologia

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

---

<sup>1</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houve conflitos de interesse.

Departamento de Saúde Pública  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC  
Campus Universitário – Trindade  
Florianópolis (SC)  
CEP – 88040-970  
Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

**RESUMO**

O presente trabalho propõe uma análise teórica do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na Estratégia Saúde da Família - ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT**

This paper proposes a theoretical construct of worker "psychic suffering" in the Family Health Strategy (FHS) from some of the concepts of Christophe Dejours, seeking a combination of theory and practice aspects of the reorientation of primary care model in Brazil.

Keywords: Family Health; Mental Health; Health Worker.

## **RESUMEN**

Este artículo propone una construcción teórica de lo "sufrimiento psicológico" del trabajador en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) a partir de algunos de los conceptos de Christophe Dejours, que buscan una combinación de teoría y aspectos de la práctica del modelo de reorientación de la atención primaria en el Brasil.

Palabras clave: Salud de la Familia, Salud Mental, Salud del Trabajador.

## **O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O REAL E O PRESCRITO**

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamenta na política da assistência integral, do Sistema Único de Saúde –SUS, sendo constituída por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, com as quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. A ESF está atrelada à perspectiva de ação em equipe interdisciplinar, contando com os seguintes atores sociais: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Dependendo do município, das necessidades e das possibilidades locais conta ainda com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, de saúde mental e de reabilitação (Martines, 2007).

As atividades previstas para a equipe da ESF incluem: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária;



estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Particularmente, o SUS tem como base teórico-conceitual princípios como *universalidade* do acesso aos serviços, *equidade* e *integralidade* como metas a serem atingidas no processo de trabalho junto aos usuários. A adaptação do sistema às diversas realidades do país está prevista nas diretrizes como a *descentralização*, *regionalização* e *controle-social*.

Pode-se considerar, portanto, as atividades previstas para a equipe da ESF pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000) como a *prescrição do trabalho* na atenção básica e os princípios (universalidade, equidade e integralidade) como pontos norteadores desta prescrição. Segundo Abrahão e Torres (2004), a organização do trabalho prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, constituindo a “viga central” da produção.

A percepção de que existe uma distância irreduzível entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* surgiu da interface entre a psicodinâmica e a ergonomia da atividade (Dejours, 1995). Os estudos iniciais da psicodinâmica tiveram como campo empírico o processo de trabalho em indústrias, escutando as experiências subjetivas de trabalhadores semi-qualificados submetidos a uma organização de trabalho taylorista, para os quais há uma rígida prescrição das tarefas (Dejours, 1987). Observa-se uma difusão dos princípios tayloristas (controle) para outros coletivos e para outros espaços de trabalho, como é o caso dos profissionais de saúde da ESF. Assim, guardadas as devidas proporções, no presente estudo será aplicado o conceito de prescrição de trabalho aos profissionais da ESF.

Para Dejours (1997), a *prescrição* (em ergonomia: tarefa ou modos operatórios prescritos) não permite a alteração dos procedimentos determinados pela organização do trabalho; no entanto a imposição do *real* faz com que a mesma jamais possa ser integralmente respeitada, sendo sua transgressão uma maneira de dar sentido ao trabalho.

O *real* é definido como “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (Dejours, 1997, p.40). É sobre o *real*, que é imprevisível, que a técnica prescrita fracassa; assim, o *real do trabalho* está ligado consubstancialmente ao fracasso, aquilo que no mundo nos escapa e se torna um enigma a decifrar, representando um convite a prosseguir no trabalho de descoberta. O *real* não decorre do conhecimento, está além dele e é apreendido inicialmente sob a forma de experiência, no sentido de experiência vivida (Dejours, 1997).

O confronto com o real, que inicialmente se dá pela experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, também cria o espaço para mobilização subjetiva, para a manifestação da criatividade, que conduz à solução do problema e ao usufruto do prazer no trabalho (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Daí a importância de se abordar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com o *real do trabalho*, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al., 1994).

No entanto, é importante ressaltar a diferença teórica entre a “realidade da atividade” (atividade real ou trabalho real) e “real do trabalho” que diz respeito aos limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho.

Diante da realidade brasileira, os profissionais de saúde da ESF encontram uma série de dificuldades, uma delas é a sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda por atendimento, como comenta Oliveira e Albuquerque (2006):

Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de alguns PSF aponta para números de atendimentos superiores com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas (Oliveira e Albuquerque, 2006, p.238).

Os profissionais da ESF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única opção de atendimento daquela população. É nesta realidade social que o profissional se vê diante do *real do trabalho*.

Inúmeras pesquisas (Rocha e Trad, 2005; Silva e Trad, 2005; Nascimento & Nascimento, 2005) abordam a questão da sobrecarga de trabalho nestes profissionais, referindo como causas principais: a grande quantidade de famílias sob responsabilidade da equipe e a carência de serviços de atenção básica em alguns municípios. Estas condições levam à equipe a assumir uma duplicidade de papéis, apresentando alto nível de estresse e cansaço, o que representa um obstáculo a proposta do MS em substituir o modelo curativo por outro com características preventivas e promocionais.

As patologias da sobrecarga se encontram em expansão na atualidade, e se caracterizam quando o sujeito é levado a assumir uma carga de trabalho superior à sua capacidade, conduzindo ao adoecimento (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Identificar a sobrecarga e intervir na organização de trabalho que a condiciona é uma relevante faceta de promoção de saúde no trabalho.

Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de seguir a proposta do MS. Destacam-se a falta de investimentos. A precariedade nas condições estruturais e materiais de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS, surgindo o “nó crítico” principal: de um lado os ideais expressos nos princípios do SUS e do outro a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Segundo Dejours (1987), as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões relacionadas à organização do trabalho (abordada mais adiante) influenciam na saúde psíquica do sujeito. Quando as

condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido a população, o sofrimento mental resultantes da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no nível do conteúdo significativo da tarefa, pode ocorrer a manifestação de doenças, psíquicas e / ou somáticas.

Em sua pesquisa, Oliveira e Albuquerque (2006) ouviu os profissionais das Unidades da Saúde da Família (USF) verificando que as principais limitações da ESF eram as condições de trabalho precárias, tanto materiais quanto estruturais, que não condiziam nem com as necessidades da população ou os ideais do SUS, o que comprometia a qualidade da assistência refletindo na desmotivação destes profissionais.

Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável ao adoecimento no trabalho. Numa tentativa de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar que é possível alcançar um trabalho justo e digno, a fim de buscar prazer na atividade realizada, o trabalhador faz uso de alguns mecanismos (abordados mais adiante).

## **A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FONTE DE ADOECIMENTO**

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; 2007; Abrahão e Torres, 2004). Dejours e Abdoucheli (1994) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

A partir daí fica então evidente que é na organização do trabalho que estão os fatores responsáveis pelas conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo e Rocha, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo e Rocha, 2007).

Analisando particularmente o trabalho em equipe, este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2005; Kilsztajn, 2001).

Examinando o trabalho em equipe multiprofissional à luz do conceito de organização do trabalho proposta por Dejours (1987), presume-se que o sucesso desse trabalho se relaciona, dentre outros aspectos, do sistema hierárquico, das modalidades de comando e controle, das relações de poder, das questões de responsabilidade. Para que seja alcançado o projeto idealizado pelo MS é necessário que haja a construção de um projeto comum e para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

Todavia, para que isso ocorra, deve-se haver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois na carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar, o trabalho em equipe deixa de contemplar a equipe-integração passando a constituir uma equipe-aglomerado (Peduzzi, 2001).

Silva e Trad (2005) atenta para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral, que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagirem.

Segundo Dejours (2007), o sistema hierárquico e a divisão de tarefas pode se tornar fonte importante de sofrimento no trabalho, pois pode dificultar os processos de reconhecimento, de cooperação, que favorecem as vivências de prazer, identificadas a partir de manifestações de realização, satisfação ou

gratificação das pulsões, remetendo ao conceito de pulsões da psicanálise (Kupfer, 2000).

Nos resultados alcançados por Oliveira e Albuquerque (2006) sobre a percepção dos profissionais da ESF do processo de trabalho, a questão do sistema hierárquico é mencionado. As demandas internas da ESF se mostraram agravadas diante das freqüentes solicitações da coordenação municipal da cidade em questão. No entanto, as responsáveis técnicas pelo grupo são, na maioria das vezes, representadas por enfermeiras, sendo estas responsáveis por responder pela direção da USF, já que a coordenação municipal transfere para elas toda a responsabilidade relativa à ESF, principalmente no que se refere à divisão de tarefas com os demais membros da equipes e às atribuições administrativas e burocráticas. O profissional enfermeiro, nestes casos, é o principal alvo da sobrecarga de trabalho, além de atuar em dissonância com os princípios do SUS no que diz respeito ao trabalho em equipe.

Segundo Mendes (1995):

A coordenação de atividades singulares é implementada por meio da cooperação. Esta não é prescrita nem decretada; depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança (Mendes, 1995, p.37).

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados frente às insuficiências e às contradições da organização prescrita (Mendes, 1995).

No entanto, para uma tentativa de alcançar o preconizado pelo MS para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional seria necessário o que



Dejours (2007) chama de espaço público de discussão. Aonde o trabalhador tem espaço para discutir sobre a organização do trabalho, bem como da cooperação, porém, exige articulação, coordenação e evolução das regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita (Mendes, 1995).

### **QUANDO O PROFISSIONAL VENCE O SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Diante deste cenário, cabe aos profissionais de saúde da ESF fazer uso da inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995 *apud* Mendes, 1995) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade. A inteligência operária (Dejours, 1990) ou astuciosa tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível do trabalhador, e, sobretudo, é uma inteligência em constante ruptura com as normas, regras, sendo fundamentalmente transgressiva.

Dessa forma, os profissionais devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda de forma a alcançar a resolutividade do serviço, a fim de reparar as falhas nas condições e organização de trabalho, mantendo a produtividade estabelecida. Assim, os profissionais se protegem do sofrimento psíquico proveniente do trabalho precário, através do uso da criatividade para a resolução dos problemas.

Assim sendo, há a possibilidade de uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador da ESF, processo que se caracteriza pelo uso da inteligência astuciosa e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. No entanto, a

utilização deste recurso pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia (Dejours, 2007; Mendes, 1995).

Este processo, vivenciado de forma particular por cada trabalhador, não é prescrito, porém é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que evita o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

O ideal seria uma relação de trabalho baseado na confiança e solidariedade entre os pares, para que possam juntos, em uma ação de cooperação, produzir idéias e serviços, minimizando falhas e erros na tentativas de alcançar resultados cada vez melhores do que quando trabalhado sozinho (Mendes, 2007). No entanto, para isso é necessário reconhecimento e valorização da marca pessoal e do esforço a fim de fortalecer a identidade psicológica e social produzindo ações com maior poder de transformação.

Um dos obstáculos enfrentados pelos trabalhadores da ESF é a precarização do trabalho e ameaça permanente de desemprego, provocada pelos inúmeros contratos temporários existentes. Nesse clima de competição, o sujeito inicia uma busca exaustiva pelo reconhecimento (não salutar), "mostrar serviço", passando do sofrimento criativo para o sofrimento patogênico, que, ao invés de buscar sentido para si e para vida no trabalho, se vê na necessidade de se defender da ameaça iminente (Hallack, 2005).

Contudo, o uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento mental do trabalhador, embora evitem o adoecimento, não mostram eficácia no sentido da promoção de saúde e de prazer no trabalho, se não houver uma intervenção na organização de trabalho que conduz ao sofrimento. É

fundamental um olhar cuidadoso dos gestores (Secretários de Saúde) e dos níveis estratégicos da organização (Coordenadores do Programa Saúde da Família) sobre os atores que sustentam e desenvolvem a ESF, superando os desafios e obstáculos, que são ampliados diante das peculiaridades da realidade amazônica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo teve o intuito de demarcar alguns conceitos da teoria dejouriana articulando ao trabalho dos profissionais na ESF, visto que a compreensão da configuração da saúde mental dos profissionais de saúde dentro da ESF é necessária para a construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes.

Para que seja oferecido aos usuários um serviço satisfatório na Atenção Básica, caminhando desde o tratamento horizontal, acolhimento e vínculo até a resolutividade, integralidade e humanização do atendimento, a saúde mental do trabalhador se revela de suma importância, dado que a qualidade do serviço oferecido se configura como reflexo direto dessa organização de trabalho e das possibilidades de falar acerca do trabalho, ser escutado, exercitar a mobilização subjetiva e buscar a transformação das condições patogênicas. Neste sentido, a análise do sofrimento psíquico desses trabalhadores é de suma importância, uma vez que pode auxiliar na identificação de entraves desta política pública e indicar caminhos para a superação dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos em psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. **O fator humano.** Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

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.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho.** p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.

HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.

KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.

KUPFER, M. C. **Freud e a Educação.** 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde *versus* as

ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.

OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.

SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.

**Artigo 2:** Encaminhado à revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

**Avaliação da ‘Saúde do Trabalhador de Saúde’ por um modelo teórico  
Dejouriano<sup>3</sup>**

**Evaluation of ‘Health’s health worker’ through a Dejouriano theoretic  
model<sup>1</sup>**

**Evaluación da ‘Salud Del Trabajador de Salud’ por un modelo teórico  
Dejouriano<sup>1</sup>**

**Autor principal**

**Marilise Katsurayama** - [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com) / [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

**Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis (SC) CEP – 88040-970

Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

---

<sup>3</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houveram conflitos de interesse.

**Resumo**

O presente artigo propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família (ESF), suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

**Abstract**

This article proposes the construction of a theoretical model for evaluative research into the health of workers at the Family Health Strategy (FHS), supported by Christophe Dejours theory, addressing the dynamics of mental processes involved in the subject's confrontation with the reality of work.

Keywords: Health Worker; Family Health Strategy; Theoretic Model; Christophe Dejours.

**Resumen**

En este artículo se propone la construcción de un modelo teórico para las investigaciones sobre la salud de los trabajadores en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), apoyado por la teoría de Christophe Dejours, que aborda la dinámica de los procesos mentales implicados en la confrontación del sujeto con la realidad de trabajo.

Palabras-clave: Salud Del Trabajador; Estrategia de Salud de la Familia; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

## INTRODUÇÃO

Com intenção de reorganizar a Atenção primária brasileira, o Ministério da Saúde implementou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Gradativamente, o PSF tornou-se uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica. Além disso, o programa parte de nova perspectiva de prática assistencial e a adoção de novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (Brasil, 1994; Brasil, 2001).

A Unidade Saúde da Família (USF) representa o palco de atuação da equipe multiprofissional do PSF, composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal. Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (Araújo e Rocha, 2007).

Cada profissional da equipe possui atribuições específicas. No entanto, cabe a todos fomentar e desenvolver, conjuntamente, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos municípios, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva (Araújo e Rocha, 2007).



O trabalho nas equipes de Saúde fundamenta-se nas relações interpessoais. Acrescida à esta característica, a organização institucionalizada do trabalho também promove relações de desejos, interesses e, por decorrência, conflitos. Particularmente nas equipes de Saúde, há um terceiro elemento que trata das competências, poderes e pressões próprias da gestão em saúde (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores ao separar o trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural que é o aparelho mental se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se deram tanto na saúde física quanto mental dos trabalhadores diante das prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995).

Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours apresenta dois momentos: 1) A década de 70 quando a disciplina psicopatologia do trabalho abordou a interface homem – liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo); 2) A década de 90, denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours, 1994).

Dentro desse cenário de reformulação da organização do trabalho, tornou-se indispensável à análise das variáveis que influenciam o processo prazer-sofrimento destes atores importantes nas práticas de saúde reorganizadoras da atenção primária. Para isso se propôs a construção de um modelo teórico destinado a uma pesquisa avaliativa da saúde do trabalhador na ESF.

## **PROPOSIÇÃO DE MODELO PARA PESQUISA AVALIATIVA**

Modelo lógico ou modelo teórico, segundo Bunge (1974) é uma representação conceitual esquemática do objeto-modelo. Este, por sua vez, consiste numa representação esquemática de uma idealização (primeiro passo para a conquista conceitual da realidade), representando traços essenciais de um objeto completo que reproduz características comuns a classes de fatos ou coisas, deixando de lado a individualidade e adotando a representatividade de toda uma classe de fatos ou coisas (Bunge, 1974).

Segundo Almeida-Filho (2000), os modelos teóricos são capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, sobre os processos, fenômenos ou eventos; alcançando o conceito da realidade através da integração da avaliação à uma teoria - conjunto de proposições relativas às propriedades de tal objeto que não seriam sensorialmente abordáveis.

No entanto, para que o modelo teórico auxilie no processo de investigação científica é necessário que seja suportado por uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, sendo considerado o segundo passo nesta construção. A teoria adotada no presente artigo origina-se de Christophe Dejours (1987), devido à análise dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Nesta perspectiva, chegou-se a construção do seguinte modelo teórico, dividido em duas partes, sendo a primeira parte o modelo geral e a segunda parte correspondente ao foco da pesquisa avaliativa.

### **Figura 1**

No âmbito nacional, o **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)** é responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional. Também é da sua esfera de ação a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, cujo propósito é a estruturação de efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas de suas competências são: realizar diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde no Brasil nos seus vários aspectos; desenvolver sistemas de informação, acerca dos trabalhadores da saúde, que possibilitem a tomada de decisão pelos gestores do SUS; apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde no Brasil; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando direitos e deveres dos trabalhadores de saúde; colaborar com os demais gestores do SUS para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado complementar nos municípios e estados; desenvolver mecanismos e instrumentos de pactuação para a gestão do trabalho nos municípios, nos estados e nas regiões; articular pactos entre os gestores do SUS em torno dos processos de trabalho, qualificação e distribuição dos profissionais em saúde; articular, em conjunto com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, a formação de profissionais para a permanente intervenção junto aos

problemas de gestão do trabalho em saúde entre outras competências (Brasil, 2005).

Para o incentivo a gestão, regulação e regulamentação do trabalho em saúde foram criadas as Ações Prioritárias: Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS e Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através das portarias 626/GM de 8 de abril de 2004 e 2.430/GM de 23 de dezembro de 2003, respectivamente.

A ação prioritária nomeada **Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)** elaborou diretrizes de forma a oferecer ao trabalhador do SUS: **carreiras unificadas** que permitam a elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o sistema; **identidade profissional**, incentivando a construção/ consolidação de uma **cultura** própria dos trabalhadores do SUS; **perspectivas de desenvolvimento na carreira**, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho; **avaliação de desempenho profissional e institucional**, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional; **gestão democrática**, compartilhada entre gestores e trabalhadores, o que proporcionará maior democratização das relações de trabalho.

Os princípios que norteiam essas diretrizes e deverão estar presentes nas decisões institucionais são: I – **universalidade**: os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abarcar todos os trabalhadores; II – **equivalência**: os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes federados; III – **concurso público**: o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso público; IV – **mobilidade**: assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos, e a progressão na

carreira; V – **flexibilidade**: garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; VI – **gestão partilhada**: estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e na gestão do plano de carreira, propiciando maior democratização das relações de trabalho; VII – **carreira como instrumento de gestão**: permite a organização dos cargos e a adoção de instrumentos gerenciais para a política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional; VIII – **educação permanente**: assegura a oferta permanente de estratégias de educação para as necessidades dos serviços; IX – **avaliação de desempenho**: refere-se ao processo focado em critérios técnicos, a serem definidos com o aprofundamento da discussão; X – **compromisso solidário**: entendido como um ajuste entre gestores e trabalhadores em favor da qualidade dos serviços.

Esses princípios buscam atender aos seguintes objetivos: I – orientar a organização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização e alocação profissional, conforme necessidade do sistema, para atender aos municípios e às regiões especialmente carentes, de forma a contemplar as demandas de trabalhadores e gestores por carreira na área de saúde; II – valorizar os trabalhadores por meio da **equidade** de oportunidades de desenvolvimento profissional, como forma de também ampliar e qualificar os cuidados progressivos à saúde e garantir os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação popular e do controle social, da autonomia das pessoas e da descentralização do sistema; III – estimular a elaboração de Planos de Carreira, com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os órgãos e instituições que compõem o Sistema Único de Saúde na

União, nos estados, no Distrito Federal, nos municípios e na rede complementar; IV – incentivar ações permanentes de qualificação dos trabalhadores; e V – buscar o estabelecimento de compromisso solidário entre gestores e trabalhadores do SUS, com qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde

Já o **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho** no SUS propõe as seguintes ações: fixar diretrizes e um cronograma para o recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada; definir um modelo de cadastro único/mínimo; monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo; dimensionar e estimular a realização de concursos públicos nas três esferas de governo; realizar o levantamento dos trabalhadores em situação precarizada quanto às formas de inserção e vínculos existentes; indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; induzir, por meio da cooperação com os entes federados, uma nova concepção de relações estáveis de trabalho, substituindo as relações precárias e informais, com o compromisso de valorizar o trabalho e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários do SUS; propor mecanismos de financiamento, pelo governo federal, que estimulem as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho no SUS, com especial ênfase aos agentes comunitários de saúde e às equipes de saúde da família; valorizar e divulgar iniciativas, adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignifiquem o trabalho humano e possibilitem a melhoria dos serviços de saúde no País, com enfoque multiprofissional, entre outros.

## Figura 2

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

As condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões supracitadas relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico (Dejours, 1994). No entanto, segundo Guareschi e Grisci (1993) esses dois tipos de sofrimento (físico e psíquico) são diferentes: o físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).



Para a avaliação da Saúde do Trabalhador no processo de trabalho na ESF utilizaremos a seguinte matriz conceitual embasada pelo teórico Christophe Dejours (1987):

**Organização do Trabalho** - divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Dejours e colaboradores(1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações. As questões relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico.

**Condições de trabalho** - ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho influenciam na saúde física do trabalhador. Portanto, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho a depender de sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos que não se confluem: o

trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. Dessa forma, de acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da **sublimação**, conceituada pela Psicanálise com a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade no trabalho.

Diante da **prescrição da tarefa**, cabe ao trabalhador fazer uso de suas **estratégias de mobilização subjetiva** a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento

buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser **individuais ou coletivas**, no primeiro tipo, estas se encontram interiorizadas e quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento contribuem para o surgimento do segundo tipo, este depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento no trabalho proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos: 1)**ressonância simbólica**: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória; 2)**espaço público de discussão coletiva**: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução (Mendes, 1995).

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995) como a **intelligence de la pratique**, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade.

A partir de então, surge o conceito de **mobilização subjetiva** – processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho - dependente da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a reorganização do trabalho na ESF, a investigação do processo prazer-sofrimento dos atores envolvidos é importante uma vez que a saúde do trabalhador na ESF está diretamente implicada no funcionamento do sistema. A importância da temática é evidenciada pela existência de iniciativas do governo federal para a desprecarização do trabalho no SUS.

Neste sentido, a teorização de Christophe Dejours apresenta elementos importantes para estudos avaliativos, sendo particularmente importante o binômio sofrimento-prazer no trabalho, que se relaciona às condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de

segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) mas também os aspectos psíquicos, ou seja, aqueles invisível - em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador.

Também é fundamental o entendimento de como se manifestam as questões relacionadas à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Estas características do trabalho em saúde modularão a vivência do trabalhador no SUS, e a forma com que este reagirá às dificuldades das situações de trabalho, havendo sofrimento e prazer, resultados da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza.

Em vista do exposto, há grande potencial na teoria de Christophe Dejours para a análise dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do trabalhador de Saúde da Família com sua realidade na ESF.

### **Colaboradores**

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

### **Referências**

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1990.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Humain**, v.58, p. 1-16, 1995.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.3, n.1, p. 34-38, 1995.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.







**Artigo 3** – Encaminhado para Revista de Saúde Pública

## **O Trabalho e a Subjetividade na Estratégia Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas**

Marilise Katsurayama  
Rosana Cristina Parente  
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

### **Resumo**

Este artigo traz uma análise da relação trabalho-subjetividade na Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior do Estado do Amazonas, sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, segundo a qual o trabalho é aquilo que demanda, além do saber-fazer, engajamento do corpo e mobilização da inteligência, mas também a capacidade de refletir, criar e inventar. Diante do real do trabalho, os trabalhadores da ESF na Amazônia enfrentam questões peculiares quanto aos serviços de saúde desses locais. Propôs-se a partir daí uma análise do que é invisível no trabalho na ESF desta região.

**Palavras-chave:** Trabalho; subjetividade; Estratégia Saúde da Família; Amazonas.

### **Abstract**

This paper provides an analysis of the work-subjectivity in the Family Health Strategy (FHS) in the interior of the Amazonas State, from the perspective of the work's psychodynamics, whereby the work is what we demand, not only the know-how, commitment and mobilization of the body of intelligence, but also the ability to think, create and invent. In front of the real work, the ESF workers in the Amazon face unique issues regarding the health services of these sites. It was proposed, thereafter, an analysis of what is invisible at work in the ESF in this region.

**Keywords:** Work; subjectivity; Family Health Strategy; Amazon.

## **INTRODUÇÃO**

Na região Amazônica, diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi et al, 2003).

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância para sua implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde, as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

O trabalho, no que ele tem de essencial não pertence ao mundo visível, pois o sofrimento, como tudo que é afetivo, é a origem da inteligência e constitui a própria essência do trabalhar, sendo, portanto, não mensurável. Portanto, o trabalho não pode ser objeto de uma avaliação objetiva, pois, segundo Dejours (2004), só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica.

Esta dificuldade se agrava no momento em que as atividades de trabalho evoluem na direção de tarefas imateriais, ou seja, quando não há a produção de objetos materiais, mas como nessa pesquisa, em que o objetivo principal a ser alcançado com o trabalho é a promoção da saúde da comunidade através da prevenção de patologias. Então a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível e, sem a exploração da relação trabalho e subjetividade, uma importante parte do trabalho efetivo permanece na sombra, não sendo passível de avaliação (Dejours, 2004).

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo; para subjetividade, trabalhar constitui uma provação que a transforma, não é somente produzir, é transformar a si mesmo e, assim, oferecer à subjetividade uma oportunidade para se testar ou, até mesmo, se realizar.

O objeto de atenção desta pesquisa dentro do cenário supracitado delimita-se à dimensão sócio psíquica do trabalho através de uma análise clínica da relação entre subjetividade e trabalho, descrita por Dejours (*apud* Mendes, 2007) partindo dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a inter-subjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

A presente pesquisa teve como objetivo a análise desta relação escolhendo como foco o trabalho na Estratégia Saúde da Família em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.

De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a análise da relação trabalho-subjetividade sugere que o trabalho de ofício engaja toda a subjetividade (Dejours, 1993; Dejours, 2004).

## MÉTODOS

A operacionalização da presente pesquisa se pautou em métodos que congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante).

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas mais especificamente nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si.

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 [km<sup>2</sup>](#).



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Nestes municípios a pesquisa se estendeu a, pelo menos, três equipes de Saúde da Família em cada um dos municípios. Participaram da pesquisa 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos (técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de planejamento, recepcionistas, e assistentes de cirurgião-dentista [ACD]) e 23 ACS.

As *entrevistas individuais* foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde [ACS],

Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos. Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais com duração média de 30 minutos.

O *grupo focal* seguiu um roteiro previsto e foi realizado em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e no mínimo 3 ACS. Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de

tratado, foi confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal se harmoniza com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho; enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF. No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de identificar falas e respectivos sujeitos que as formularam, pois revela a dimensão individual sobre a temática investigada.

Já a técnica da *observação participante* se aproxima neste estudo ao que Dejours (1987) definiu como observação clínica, que consiste no material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível

evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987)

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

O *tratamento e análise* do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação não participante foi através da *análise hermenêutica-dialética* proposta por Minayo (1996), segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Assim, segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e



efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Protocolo ético 121/2009), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***O conteúdo significativo do trabalho: investimentos simbólicos***

Com relação à escolha dos profissionais pela realização de atividades no nível da atenção básica os discursos dos profissionais estiveram divididos por dois grandes grupos de fatores motivadores do trabalho na ESF: 1) a satisfação em trabalhar com atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como de estar em contato direto com a comunidade, identificação com a proposta, credibilidade na eficácia da proposta e em seu poder de transformação, sentimento de utilidade para a melhoria da saúde da população de seu município; 2) a necessidade de sustentação financeira, falta de perspectiva de emprego diante da falta de especialização. Como pode ser visto nas falas a seguir:

“o que eu gosto mesmo é essa coisa do cuidado, da freqüência com que a pessoa tem com a família.” (Médico 02 – Coari)

“Então sempre pensei que sendo médico eu poderia voltar e transformar a realidade, como coariense, não só ta de passagem por aqui, mas tentar transformar mesmo, através da minha profissão tentar ajudar a população da melhor forma.” (Médico 03 – Coari)

“(…) eu prefiro trabalhar no interior pra ter um vinculo maior com os pacientes (…)” (Médico 04 – Coari)

“(…) sempre trabalhei pro lado voltado pra saúde pública, trabalhei na saúde indígena, me identifiquei bastante, tem um laço com os colegas que fazer parte da equipe e como eu vim de uma família simples, humilde eu sempre procurei cooperar e tudo aquilo que nós conseguimos pelo serviço público tem gasto ‘pra’ eles então é uma contribuição muito boa.” (Médico 01 – Manacapuru)

“(…) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim.” (Médico 02 – Manacapuru)

“(…) pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital.” (Médico 01 – Parintins)

“É uma questão de contato também, a gente consegue acompanhar o desenvolvimento da saúde das famílias, da comunidade. A comunidade ‘tá’ bem mais próxima do que era antigamente, tem as campanhas, então hoje eu vejo com bons olhos o advento da saúde da família, né?” (Médico 02 – São Gabriel da Cachoeira)

“É o trabalho que eu me identifico. Primeiro porque eu fiz a especialização e mestrado em odontologia preventiva e social, então eu me identifico muito.” (Dentista 01 – Coari)

“No interior tem carência de profissional, no interior tem como ter o diferencial, aqui a gente faz a diferença, enquanto que na capital a gente é mais um, não consegue desenvolver trabalho nenhum, o paciente muda de endereço e você não sabe mais nada e aqui não, aqui é diferente, a gente vê as crianças crescerem. É até engraçado porque a gente vê a criançadinha que a gente atendeu com cinco anos, chega em você: oi tia! E quando você olha é um baita garoto. Então você vê crescer, e eles falam: olha tia eu continuo escovando os dentes, olha tia não tive mais cárie. Então é gratificante esse trabalho.” (Dentista 03 - Parintins)

“(…) sou de família muito pobre, (…) e via e vejo uma oportunidade de trabalhar com isto e me coloquei a disposição pra atender uma vez que já aconteceu comigo, não tinha onde ficar, não tinha ninguém e eu me coloquei a disposição, a razão então foi social.” (Dentista 01 – Manacapuru)

“Porque eu me formei, foi a opção que eu tive (…)” (Enfermeiro 03 – Coari)

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade

técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Diante da teoria dejouriana, ao mesmo tempo que a atividade de trabalho envolve uma significação narcísica, ela comporta os investimentos simbólicos e materiais destinados 'a um outro', o 'Objeto'. Portanto, o conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto pode veicular um certo número de símbolos através dos gestos que ela implica, dos instrumentos que ela movimenta, da atmosfera que na qual ela opera. A natureza e encadeamento desses símbolos dependem, por sua vez, da vida interior do sujeito, do sentido simbólico que ele introduz na sua atividade de trabalho, essas significações podem ser tanto concretas, direcionadas a um objeto exterior e real, quanto abstratas, direcionadas a um objeto interiorizado por outro, cujo papel é decisivo na vida (Mendes, 2007). Portanto, no conteúdo significativo do trabalho consideram-se dois componentes: o conteúdo significativo em relação ao Sujeito e o conteúdo significativo em relação ao Objeto (Dejours, 1987).

As significações concretas encontradas nas falas em sua maioria dizem respeito à sustentação financeira (meio de complementar a renda, primeira e/ou melhor oportunidade de emprego). As significações abstratas relacionam-se a sonhos e projetos de realizações possíveis, além do desejo de ajudar a população adscrita dada a identificação com o município, na maioria das vezes devido à sua naturalidade (pertencer ao município onde trabalha). Toda essa significação "põe em questão a vida passada e presente do sujeito, sua vida íntima e sua história pessoal. De maneira que, para cada trabalhador, esta dialética do Objeto é específica e única." (Mendes, 2007, p.50).

Um número considerável de profissionais trouxe como motivo principal de trabalharem na ESF o fato de serem recém-formados e esta ter sido a única, ou a melhor oportunidade de emprego na condição que se encontravam. Questiona-se a partir daí a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, podendo implicar na satisfação pessoal do profissional e falta de dedicação para com a realização das atividades da proposta. Dado que, segundo Mendes (2007) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando seu sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Mendes, 2007).

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho, 2007).

Como confirma Dejours (1987):

Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo (Dejours, 1987, p.49).

Além de capacidade técnica e identificação com a proposta, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe (Ronzani, 2001).

A afirmação de Ronzani (2001) vai de encontro aos resultados dessa pesquisa, enquanto o profissional da ESF deveria priorizar o vínculo com o paciente e a família, para um melhor acompanhamento do paciente/família, melhor adesão ao tratamento, melhor desenvolvimento da autonomia destes, os profissionais que encontramos no interior do Estado do Amazonas apresentaram uma intensa rotatividade, havendo médicos que haviam assumido a função há menos de 15 dias, não sendo capaz dessa forma de conhecer a realidade da população adscrita, nem tão pouco estabelecer o vínculo necessário na relação médico-paciente e indispensável na atenção básica, além de profissionais que acabavam de deixar definitivamente seu posto de trabalho, sem, no momento, ter sido substituído por outro profissional. Neste caso, é comprometida a organização do trabalho no que se refere ao trabalho multiprofissional que necessita de uma relação de ajuda mútua e boa interatividade entre os diferentes profissionais, culminando num

comprometimento grave no atendimento da população, bem como um comprometimento na composição do quadro mínimo de profissionais atuantes.

Segundo Nascimento e Costa (*apud* Cohn, 2009, p.83):

(...) nas grandes cidades os trabalhadores dessas unidades exercem atividades longe do seu local de moradia, e até mesmo em outros municípios. Como decorrência, a rotatividade de profissionais é muito intensa, uma vez que estão sempre à procura de postos de trabalho próximos de suas residências, comprometendo assim a lógica de fixação de equipes no território e a conseqüente consolidação da nova organização de trabalho (Nascimento e Costa *apud* Cohn, 2009, p.83).

Além do mais, grande quantidade de profissionais (em sua maioria médicos) que participaram da pesquisa eram de outros Estados do Brasil, estando inseridos na ESF pela melhor oportunidade de emprego fora da cidade natal, havendo inclusive um profissional que era de outro país e não conseguia ainda compreender algumas perguntas ou mesmo ser compreendido em suas respostas. Reforça-se com isso a necessidade de se conhecer melhor a cultura regional através de uma imersão na realidade dessas famílias, para isso é importante que o profissional se comprometa e se dedique à realização da proposta.

### ***Estratégias Defensivas diante do Sofrimento: uma tentativa de se defender do sofrimento***

Diante das dificuldades relatadas pelos profissionais (falta de estrutura, medicamentos, recursos humanos) dos municípios do interior do Estado o profissional muitas vezes se vê na impossibilidade de rearranjar a organização do trabalho diante das condições de trabalho disponibilizadas. A partir daí,

Dejours (1993) defendem que a não canalização da descarga da energia pulsional no exercício do trabalho levará a um acúmulo no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Se este acúmulo permanece por muito tempo, as capacidades de conter esses sentimentos transbordam, desencadeando perturbações somáticas (tradução somática) (Dejours, 1993).

Segundo Dejours (1987):

De uma relação desarmoniosa entre o conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) e a estrutura da personalidade pode emergir uma insatisfação e, correlativamente, um sofrimento que são de natureza mental e não física (Dejours, 1987, p.57).

Autores como Beck (2000), Ferreira e Mendes (2001; 2003) e Morrone (2001) confirmam ser a falta de infra-estrutura um aspecto dificultador da produção e gerador de sofrimento. Portanto, com a finalidade de enfrentar esse sofrimento, o trabalhador da ESF busca estratégias inconscientes afim 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. Na pesquisa realizada foram identificadas algumas estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, uma delas, foi a racionalização, ou seja, a busca de explicações lógicas para se continuar trabalhando.

Quando questionados sobre o seguimento ou não do que é preconizado pelo SUS ao funcionamento ideal da ESF, alguns profissionais demonstraram uma atitude de resignação com as más condições de trabalho (em termos quantitativos e qualitativos), emergindo através de expressões como “a gente

faz o que pode”, “fazemos o que está ao nosso alcance”, “fazemos nossa parte na medida do possível”. Verifica-se nesses recortes uma estratégia defensiva para evitar o sofrimento eminente diante da frustração e sentimento de impotência na dificuldade para a realização de seu trabalho, dessa forma, diante do real do trabalho, o profissional fugindo do sofrimento exime sua culpa no não cumprimento do que está prescrito. Como evidenciado na fala a seguir:

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão. Então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área, tem algumas coisas que são deficientes e pra funcionar como o SUS idealiza depende só dos nossos gestores não depende da gente (...) (Membro da ESF)

Parafrazeando Dejours (1987) a ideologia defensiva não é dirigida contra uma angústia proveniente de conflitos intra-psíquicos de natureza mental, mas sim contra perigo e riscos reais, é tão inevitável quanto obrigatória, pois substitui os mecanismos de defesa individuais. Como complementa Dejours (1987), a ideologia defensiva:

tem por objetivo mascarar, conter, ocultar uma ansiedade particularmente grave. (...) é a nível da ideologia defensiva, enquanto mecanismo defesa elaborado por um grupo social particular, que devemos procurar uma especificidade (Dejours, 1987, p36).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o



que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Ainda complementa Dejours (1993 In: Santos - Filho, 2007):

(...) o processo de cooperação é a base para a constituição de uma equipe; é aquilo que funda o coletivo de trabalho". E é pela cooperação que um coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus "erros" e "riscos" minimizados (Santos Filho, 2007, p.89).

Dentre as transformações que o trabalho em saúde vem sofrido nas últimas décadas, principalmente no âmbito público, a atenção se volta para alguns pontos-chaves geradores dos problemas atuais. As relações sociais de trabalho é um desses pontos, o Ministério da Saúde (2006) preconiza que os serviços devem ser estruturados mediante a integração dos diferentes profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais, são as chamadas equipes multiprofissionais de referência; referência no sentido de "vínculo" a ser estabelecido com o usuário. Deseja-se também que essas equipes configurem-se "equipes colegiadas", ou seja, que planejem, avaliem e tomem decisões coletivamente, colocando em pauta o seu próprio trabalho e vivências, emitindo um "olhar para dentro", sobre seu próprio processo e condições de trabalho, partindo então da sua realidade cotidiana para negociações e intervenções (Brasil, 2006; Campos, 2006).

Para que haja esse espaço aberto à livre discussão dos trabalhadores ("espaço de discussão") é necessária confiança entre eles, pois representa um espaço onde podem ser formuladas de forma livre e pública opiniões por vezes contraditórias com o objetivo de proceder a arbitragens e de tomar decisões

que interessam ao futuro do serviço e que dizem respeito ao futuro concreto de todos os membros que o constitui. É nesse espaço de discussão aberto à deliberação coletiva que permite alcançar um consenso, mas para que isso ocorra é necessário que os sujeitos que aí intervêm possam compreender-se: falar para não dizer nada, falar sem a intenção de discutir ou ser discutido, escutar sem ouvir (Dejours, 1997).

Quando questionados sobre a existência desse espaço para reunião da equipe e discussão das atividades e questões pertinentes ao funcionamento da ESF poucas equipes relataram fazer uso de um momento como esse, as que faziam, relataram ser muito difícil reunir a equipe por completo, os profissionais médicos e dentistas eram os que tinham maior dificuldade para estar presentes nas reuniões semanais, a justificativa para tal foi o desencontro entre os horários de trabalho na UBS desses profissionais. No entanto, apesar da ESF preconizar o cumprimento de devida carga horária, supõe-se que isso não está sendo cumprido nos municípios pesquisados, visto que a dificuldade dos pesquisadores em encontrar esses dois profissionais presentes nas unidades para a realização das entrevistas (individual e grupo focal) foi grande.

Sobre a autenticidade do que foi expresso nos grupos focais, o “espaço de discussão” criado pelos pesquisadores emergem interesses estratégicos em termos de poder que se acredita terem sido transpostos da organização do trabalho local para o grupo focal, não havendo uma relação de equidade entre os membros diante do espaço de discussão, o que compromete a autenticidade da palavra expressada. Na maior parte dos grupos focais, as relações de poder foram facilmente identificáveis, em sua maioria o autoritarismo, a postura hierarquizada do profissional causadores de

intimidação, medo e silêncio partiram do médico ao enfermeiro e deste último aos ACS. De acordo com Dejours (1997):

Em regra, a autenticidade só pode ser esperada se entre o ego que fala e o outro que escuta existe uma relação de equidade. Tomar a palavra para expressar publicamente as razões de agir comporta sempre um risco; Esse risco só pode ser atenuado quando escutar representa também um risco: o de ser desestabilizado na sua análise, na sua compreensão e na sua opinião, ao considerar a opinião do outro (Dejours, 1997, p.60).

Durante os grupos focais, o observador participante notou uma considerável homogeneidade no comportamento dos ACS de todos os quatro municípios: em meio a essa entrevista coletiva, este grupo de trabalhadores (sempre em maior número que os outros profissionais) mostrava-se apáticos, calados e inibidos. Dejours (1987) ressalta que a ausência de comentários na discussão e expressão do grupo pode ter um valor expressivo se tivermos como referência a relação sofrimento-defesa, portanto, se o comentário desaparece, é porque há um dispositivo defensivo estabelecido para lutar contra a percepção, contra o patético, o sofrimento, seria a chamada “negação da percepção”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa visou essencialmente a vivência subjetiva, considerando o principal carreador o *comentário* em sua dimensão que engendra concepções subjetivas, hipóteses e interpretações do trabalhador.

A partir do momento em que se reúnem, à *solicitação*, um coletivo em função das necessidades do que se deseja pesquisar, já ao se formar, provoca

efeitos sobre a situação, até mesmo sobre as relações sociais na organização do trabalho. A pesquisa constitui-se, portanto, sempre como uma pesquisa-ação, em que o grupo homogêneo é definido, na verdade, pelas categorias subjetivas, ou seja, pelo objetivo de sustentar a solicitação de análise e compreensão de sua relação psíquica com o trabalho.

Partindo da concepção de que cada trabalhador é gestor de seu próprio trabalho, torna-se necessário vislumbrar o potencial gerador de mudanças a partir do trabalho cotidiano, mobilizando equipe e sujeitos em torno da reflexão sobre seu próprio 'fazer' (Santos Filho, 2007).

O "estado de segredo selado na vivência" esconde uma modalidade particular de existência do saber, a de somente existir na vivência coletiva do trabalho e de dissolver-se assim que há interesse pela vivência individual, mas que, para ser acessado requer o recurso à palavra (discurso operário). Torna-se então necessário, através da palavra e dos sistemas defensivos, uma leitura do sofrimento operário. É preciso ouvir e interpretar/desmascarar o sofrimento que é insidioso, silencioso.

## REFERÊNCIAS

Beck, C.L.C. *Da banalização do sofrimento à sua ressignificação ética na organização do trabalho*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

Campos, G. W. S. *Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

Cohn, A. *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo, CEDEC, 2009.

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.

Dejours, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

Dejours, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34, 2004.

Dejours, C. *Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

Ferreira M. C. & Mendes, A.M. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 6 (1), 97-108, 2001.

Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília, Fenafisp, 2003.

Lewin, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

Mendes, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Mendonza-Sassi, R.; Béria, J. U.; Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 37(3):372-8, 2003.

Minayo, M. C. de S. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

Ministério da Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.

Ministério da Saúde. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Morrone, C.F. "Só para não ficar desempregado" – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

Ronzani T. M. *O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG*. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. Anais do XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001.

Saint-Girons, B. (1968). Motivation. *Encyclopedia Universalis*.11:397-398, Paris.

Santos-Filho, B.; Barros, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

**Artigo 4** – a ser encaminhado, após a defesa, para a revista “Social Sciences and Medicine”

## **TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

### ***Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon***

Marilise Katsurayama

Rosana Cristina Pereira Parente

Rodrigo Otávio Moretti Pires

### **RESUMO**

As peculiaridades da região Amazônica tornam a prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil diferente de outras regiões, diante disso pretendeu-se com esse estudo analisar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Para isso fez-se uso da pesquisa por métodos mistos em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, congregando o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual, grupo focal e observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* e teste AUDIT. Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais; foram realizados 17 grupos focais e 132 entrevistas individuais. A maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%) e possui mais de um vínculo empregatício (95,35%), a minoria é concursada (15,7%). Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira. O modelo de regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06).

Palavras-chave: região Amazônia, processos psíquicos, trabalho.

## TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

### *Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon*

#### **ABSTRACT**

The peculiarities of the Amazon region to make public provision of health services in this region of Brazil is different from other regions, whereupon it was intended with this study to analyze the psychological processes involved in the subject's confrontation with the reality of work. For that was used a mixed methods research in four municipalities in the state of Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins and São Gabriel da Cachoeira, bringing together the gathering of information with qualitative (individual interviews, focus groups and participant observation) and quantitative data collection through the Job Stress Scale Test and AUDIT. Was carried out sense of the population of 382 professionals from 37 ESF teams, with loss of 11% to 344 professionals, 17 were conducted 132 focus groups and individual interviews. Most of them receive less than one minimum salary (60.47%) and has more than one employment (95.35%), the minority is gazetted (15.7%). Between physicians and dentists predominated high wear and passive work, respectively. The city with the highest prevalence of high wear and passive job was São Gabriel da Cachoeira. The model of logistic regression indicates that the risk to realize increased demand is related to male labor, the professionalo in the last five years and not smoking; for the perception of no control, also the male labor and the habit of not smoking , with higher risk among workers of higher (OR = 3.06).

Keywords: Amazon region, mental processes, work.

#### **INTRODUÇÃO**

Na realidade amazônica, os serviços de saúde apresentam peculiaridades com relação ao seu funcionamento, estrutura, demanda diferenciada, entre outros aspectos. A questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas está entre as principais barreiras para a democratização na utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas. Para Ranciaro (2004) os serviços de



saúde prestados são precários, faltando saneamento e outras necessidades básicas.

A principal forma de prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza por uma lógica diferente da atenção tradicional, pautada na assistência integral e do trabalho integrado e multiprofissional.

A efetivação da ESF no contexto do interior da Amazônia, independente das peculiaridades regionais, é de suma importância em razão do direito de acesso a prestação de serviços de saúde, pautados na universalidade, equidade e integralidade, panorama que implica em contradições com a exclusão social existente na região (Ministério da Saúde, 2000).

Neste artigo, vamos nos voltar para o trabalhador da ESF no interior do Estado do Amazonas. O papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano é essencial, já que se constitui como elemento fundamental da existência humana, permitindo que o homem manifeste características especificamente humanas, junto aos espaços para a criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada. O trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

A saúde do trabalhador de saúde é mais ampla que o aparato biológico-individual e do processo 'saúde-doença' - doenças ocupacionais ou fatores de risco. Especificamente na região amazônica, é necessária a perspectiva ampla sobre o tema, na medida da inserção diferenciada dos trabalhadores de saúde em seus processos de produção de serviços para a população ribeirinha, o que

traz diante destes desafios técnicos, econômicos, socioculturais e da organização do trabalho (Oddone, 1986; Facchini, 1994).

Paralelamente, as transformações no capitalismo atual levaram a um quadro em que se abriu margem à existência de trabalho precário, caracterizado por ser atípico, irregular, eventual, temporário, marginal instável, fora do padrão ou como alternativa de emprego ou subemprego (Houseman & Osawa, 2003). Apresenta-se como um constructo multidimensional, presente atualmente no trabalho de tempo integral e nos empregos permanentes, abrangendo uma série de acordos trabalhistas, com características de instabilidade/flexibilidade, falta de benefícios, e impotência diante do empregador (Hadden et al., 2007).

Neste contexto, existem importantes processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, com manifestações nas vivências subjetivas dos sujeitos, na inter-subjetividade que permeia o trabalho e no lugar ocupado pelo trabalho junto aos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

Tendo em vista o cenário apresentado, a presente investigação delimita-se ao trabalho do trabalhador de saúde da ESF em um contexto amazônico, com o intuito de se analisar a dimensão sócio-psíquica do trabalho - e não o trabalhador, partindo da compreensão da organização do trabalho para entender a produção dos processos de subjetivação, as patologias e a saúde do trabalhador de saúde (Dejours *apud* Mendes, 2007).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa por métodos mistos, do tipo “*embedded*” (incorporado), que se caracteriza pelo desenho metodológico em que um conjunto de dados tem papel de apoio secundário em um estudo baseado principalmente no tipo de dados, partindo da premissa que este não é suficiente, que diferentes questões precisam ser respondidas e que cada questão requer um tipo de dado específico (Creswell & Clark, 2007, p.67).

As características investigadas se referiram à saúde do trabalhador nos processos subjetivos relacionados ao trabalho, no nível de desgaste da tarefa realizada e nas dimensões do estresse no trabalho (Demanda, Controle e Apoio) junto aos profissionais que atuam na ESF no contexto amazônico.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da ‘Festival Folclórico do Boi’, evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona

urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Particularmente para a presente investigação, os métodos utilizados congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* (Alves, 2004), em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades (Beck, 2002; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

Procedeu-se um censo das 37 equipes da ESF que atuam na zona urbana dos municípios. A composição mínima preconizada das equipes de Saúde da Família é de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista e oito ACS, totalizando 11 profissionais por equipe. Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais (88 ACS, 37 enfermeiros, 37 médicos e 37 cirurgiões dentistas).

### **Etapa quantitativa**

O instrumento aplicado apresentou como desfecho o estresse no processo de trabalho em função de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, e remuneração mensal), características do emprego na ESF (categoria profissional, tempo de término da formação profissional, tempo e tipo de vínculo empregatício na ESF; e existência de mais de um vínculo empregatício) e padrões de consumo de álcool - utilizando o teste AUDIT (Mendoza-Sassi, 2003); e tabaco.

A variável de exposição – estresse no trabalho – foi analisada através do uso da *Job Stress Scale*, modelo proposto por Karasek, resumido e validado por Alves (2004) para o português, abordando três categorias, equivalentes às dimensões demanda, controle e apoio social. Neste modelo, considera-se como ‘Alto desgaste’ maior demanda e menor controle; ‘Passivo’ o menor demanda e menor controle; ‘Ativo’ maior demanda e maior controle; e ‘Baixo desgaste’ menor demanda e maior controle.

Dentre as perguntas que avaliam ‘demanda’ quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Seis questões referem-se a dimensão ‘controle’, dentre as quais quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

A dimensão ‘apoio social’ contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança em 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos:

primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

### **Etapas qualitativas**

Utilizou-se da técnica de grupo focal (Morgan, 1997, p.11; Minayo, 1999, p.22) e da entrevista individual em profundidade. Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam questões relacionadas ao conteúdo e sentido da tarefa, a organização e as condições de trabalho em equipe multiprofissional. Todas as discussões foram registradas através de gravação com fita magnética, transcritas na íntegra. Seguiu-se o modelo de tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (Minayo, 1999, p.53; Morgan, 1997, p.18). A análise pautou-se na hermenêutica dialética (Minayo, 2002:96-103), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (Minayo, 1999, p.54-7). Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico de Christophe Dejours que aborda a psicodinâmica do trabalho.

### **Aspectos éticos**

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais nas 37 equipes investigadas. No entanto, conforme tabela 1, a média de profissionais por equipe foi de 9,8, revelando déficit na quantidade de profissionais, que pode resultar em sobrecarga de trabalho. Os maiores déficits foram para as categorias profissionais de nível superior, na seqüência: Médicos (déficit de 67,56%), Cirurgiões-dentistas (29,72%), Enfermeiros (18,91%) e ACS (6,75%). Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais. Os não respondentes eram ACS e estavam afastados da função por motivo de doença (n=9) ou férias (n=17); apenas 10 não concordaram em responder ao questionário.

**Tabela 1** – caracterização da composição das equipes da ESF por categoria profissional, nos municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel, Estado do Amazonas, Brasil, Julho de 2009.

Profissão	Razão entre número de profissionais e o preconizado*				Total n (déficit)
	Coari (11 equipes)	Parintins (12 equipes)	Manacapuru (10 equipes)	São Gabriel (4 equipes)	
<b>ACS</b>	0,74	0,72	0,97	0,93	276 (6,75%)
<b>Enfermeiro</b>	0,81	0,80	0,80	1,00	30 (18,91%)
<b>Médico</b>	0,09	0,60	0,40	0,50	12 (67,56%)
<b>Cirurgião Dentista</b>	0,27	0,60	0,60	1,00	26 (29,72%)

\* estabelecida entre o número total de profissionais da categoria existentes e o número preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo o ideal igual a 1.

Conforme tabela 2, há predomínio do trabalho feminino na ESF no interior do Estado do Amazonas (74,42%). O sexo feminino apresenta mais trabalhadores de nível superior (21,50%) em comparação com os do sexo masculino (15,9%), o que pode acontecer em função à predominância do sexo feminino no Estado do Amazonas. Em relação à idade, houve predomínio de profissionais com mais de 26 anos de idade (70,93%), com média de 30,9 anos.

Em termos das características do vínculo empregatício, a maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%), com média de 1,8 salários mínimos mensais e 6,4 anos após o término da formação (técnica ou universitária); estando há mais de um ano trabalhando na ESF, com média de 1,8 anos. Com relação a vínculos empregatícios, a minoria é concursada (15,7%), quando calculada em relação ao sexo, este número diminui ainda mais, 2,27% entre os homens. Houve predominância da existência de mais de um vínculo empregatício (95,35%), com média de 2 vínculos por trabalhador.

Nas características do stress do exercício profissional houve, de uma forma geral, menor demanda, menor controle e menor apoio social - para o qual não houve a classificação maior apoio social. Entre as mulheres encontram-se a menor demanda, menor controle e baixo desgastes. Entre os



homens, menor demanda, maior controle e trabalho passivo. Para ambos, o menor apoio social. Classificados pelos quadrantes de Karasek (Theorell, 1996), o 'baixo desgaste' predominou, seguido pelo trabalho 'passivo'.

Com relação ao consumo moderado/alto de álcool, estimado pelo AUDIT, houve prevalência maior entre as mulheres do que entre os homens; enquanto a prevalência de fumantes foi semelhante para ambos.

**Tabela 2** – Distribuição das características da amostra de trabalhadores de Saúde da Família, dos quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

Variável	Masculino	Feminino	Total	
	n(%)	N(%)	n(%)	Média (DP)
<b>Sexo</b>	88(25,56)	256(74,42)	344(100)	
<b>Idade</b>				30,9(8,99)
18 a 21 anos	10(11,36)	22(8,59)	32(9,30)	
22 a 25 anos	32(36,36)	36(14,06)	68(19,77)	
26 a 31 anos	18(20,45)	94(36,72)	112(32,56)	
32 ou mais	28(31,82)	104(40,63)	132(38,37)	
<b>Remuneração mensal</b>				1,8(1,35)
Menos de um salário	60(68,18)	148(57,81)	208(60,47)	
De um a dois salários mínimos	20(22,73)	32(24,22)	82(23,84)	
Três a quatro salários mínimos	0(0)	4(1,56)	4(1,16)	
Cinco salários mínimos ou mais	8(9,09)	42(16,4)	50(14,53)	
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	74(84,09)	202(78,91)	276(80,23)	
Enfermeiro	2(2,27)	28(10,94)	30(8,72)	
Médico	2(2,27)	10(3,91)	12(3,49)	
Cirurgião Dentista	10(11,36)	16(6,65)	26(7,56)	
<b>Tempo de término da profissionalização</b>				6,4(5,46)
1 a 5 anos	44(50,0)	134(52,34)	178(51,74)	
6 a 10 anos	36(40,91)	60(23,44)	96(27,91)	
11 anos ou mais	8(9,09)	62(24,22)	70(20,35)	
<b>Tempo na função na ESF</b>				1,8(0,80)
Menos de 1 ano	16(18,18)	106(41,41)	122(35,47)	
1 a 5 anos	54(61,36)	106(41,41)	160(46,51)	
6 a 10 anos	10(11,36)	38(14,84)	48(13,95)	
Mais de 10 anos	8(9,09)	6(2,34)	14(4,07)	
<b>Tipo de vínculo na ESF</b>				
Contrato	86(97,73)	204(79,69)	290(84,30)	
Concursado	2(2,27)	52(20,31)	54(15,70)	
<b>Mais de um vínculo profissional</b>				2,02(0,50)
Não	2(2,27)	14(5,47)	16(4,65)	
Sim	86(97,72)	242(94,53)	328(95,35)	
<b>Dimensão 'Demanda'</b>				
Menor demanda	52(59,09)	188(73,44)	240(69,77)	
Maior demanda	36(40,91)	68(26,56)	104(30,23)	
<b>Dimensão 'Controle'</b>				
Menor controle	38(43,18)	144(56,25)	182(52,91)	
Maior controle	50(56,82)	112(43,75)	162(47,09)	
<b>Dimensão 'Apoio Social'</b>				

Menor	60(68,18)	156(60,94)	216(62,79)
Intermediário	28(31,82)	100(39,06)	128(37,21)
Maior	0(0)	0(0)	0(0)
<b>Quadrantes de Karesek</b>			
Alto desgaste	20(22,73)	46(17,97)	66(19,19)
Passivo	30(34,09)	66(25,78)	96(27,91)
Ativo	16(18,18)	22(8,59)	38(11,05)
Baixo desgaste	22(25,00)	122(47,66)	144(41,86)
<b>Consumo moderado/alto de álcool*</b>			
Não	74(84,09)	200(78,13)	274(79,65)
Sim	14(15,91)	56(21,88)	70(20,35)
<b>Fumante</b>			
Não	54(61,36)	158(61,72)	212(61,63)
Sim	34(38,64)	98(38,28)	132(38,37)

\*conforme AUDIT; DP – desvio padrão;

As características do stress no exercício da função, segundo categoria profissional (Tabela 3), a maioria dos ACS apresenta baixo desgaste, enquanto os enfermeiros trabalho passivo e baixo desgaste. Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira; trabalho ativo foi Coari e baixo desgaste, Manacapuru. Predominou o baixo desgaste entre os municípios.

**Tabela 3** – Distribuição das características de Stress no quadrantes de Karasek, entre trabalhadores de Saúde da Família e entre os quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

<b>variável</b>	<b>Alto desgaste</b>	<b>Passivo</b>	<b>Ativo</b>	<b>Baixo desgaste</b>
<b>Categoria profissional*</b>				
ACS	50(18,12)	66(23,91)	38(13,77)	122(44,20)
Enfermeiros	6(20,00)	12(40,00)	0(0,00)	12(40,00)
Médicos	8(66,67)	2(16,67)	0(0,00)	2(16,67)
Cirurgiões Dentistas	2(7,69)	16(61,54)	0(0,00)	8(30,77)
<b>Município*</b>				
Coari	24(21,82)	24(25,0)	14(36,84)	48(33,33)
Parintins	18(16,36)	34(30,91)	10(9,09)	48(43,64)
Manacapuru	12(12,24)	26(27,08)	12(12,24)	48(48,64)
São Gabriel da Cachoeira	12(46,15)	12(46,15)	2(7,69)	0(0,00)
Total	66(16,19)	96(27,91)	38(11,05)	144(41,86)

\* conforme Teste Exato de Fisher, significante em  $p < 0,05$

Na tabela 4 apresentam-se as características relacionadas ao trabalho segundo as dimensões da *Job Stress Scale* (Alves, 2004). O modelo de

regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06). Em relação ao menor apoio social, o risco é maior entre fumantes (OR=5,98) e ao consumo moderado/alto de álcool (OR=2,9).

**Tabela 4** - Análises brutas e multivariadas entre as dimensões da *Job Stress Scale* e variáveis sócio-demográficas e características do trabalho. Amazonas, Brasil, 2009.

<b>Dimensão Variáveis</b>	<b>OR<sub>bruto</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR<sub>ajustado</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Dimensão "Demanda"</b> **				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,52(0,31/0,86)	0,012	0,46(0,26/0,82)	0,008
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		†	†
Nível Superior	0,65(0,35/1,21)	0,181		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	0,47(0,22/0,98)	0,045		
<b>Tempo na ESF</b>				
Um a cinco anos	1,00		1,00	
Mais de cinco anos	0,72(0,53/0,98)	0,04	0,69(0,48/0,99)	0,047
<b>Consumo moderado/alto de álcool</b>				
Não	1,00		†	†
Sim	0,31(0,15/0,65)	0,002		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,19(0,10/0,35)	0,000	0,23(0,12/0,43)	0,000
<b>Dimensão "Controle"</b> **				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,59(0,36/0,96)	0,035	0,54(0,32/0,89)	0,018
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		1,00	
Nível Superior	2,88(1,64/5,05)	0,000	3,06(1,73/5,42)	0,000
<b>Tipo de vínculo</b>				
Concursado	1,00		†	†
Contratado	2,40(1,28/4,51)	0,006		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	2,15(1,18/3,91)	0,012		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,60(0,38/0,93)	0,024	0,58(0,37/0,92)	0,022
<b>Dimensão "Apoio Social"</b> ***				
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	6,86(3,41/13,7)	0,000	5,98(2,95/12,09)	0,000

Consumo moderado/alto de álcool				
Não	1,00		1,00	
Sim	5,29(2,99/9,33)	0,000	2,90(1,22/6,89)	0,016

\* Referência: Maior demanda; \*\* Referência: Menor controle; \*\*\* Referência: Menor apoio social; OR: *Odds Ratio*;  
†Removido da análise devido à perda de significância estatística na análise ajustada

Foram realizados ao todo 17 grupos focais, nos quais todos os profissionais da equipe participaram, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 1 hora e 30 minutos, totalizando cerca de 20 horas de gravação. Também foram realizadas 132 entrevistas individuais em profundidade.

A predominância do sexo feminino dentre a população pode relaciona-se a proporção de mulheres no Estado do Amazonas, que de acordo com o censo de 2000 é de aproximadamente 96 homens residentes para cada 100 mulheres (IBGE, 2004), o que pode ter se refletido na relação de 25,56% de trabalhadores para 74,42% de trabalhadoras.

Com relação à idade predominante, o perfil dos trabalhadores é jovem (61,63% abaixo de 31 anos) e, em sua maioria, recém-formados (51,74% com menos de 5 anos de profissionalização), os dados qualitativos nos trazem além da legitimação do achado, sustentação ao dado quantitativo:

Porque eu me formei, foi a opção que eu tive. Então a realidade é assim, onde a gente consegue emprego a gente vai, onde tem melhores condições de trabalho (...). (Enfermeiro 03 – Coari)

(...) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim. (Médico 02 – Manacapuru)

Na verdade eu não escolhi, (...) a gente sai da faculdade e o que pintar. (Enfermeiro 04 – Manacapuru)

Tantos os dados de natureza quantitativa quanto qualitativa refletem sobre a escolha pelo emprego devido à falta de outras oportunidades, diante do recém egresso da academia e a falta de especialização, além da necessidade de sustento próprio e da família.

Um questionamento emergente refere-se a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, contexto que se reflete no grau de satisfação pessoal do profissional e dedicação para com a realização das atividades da proposta. Segundo Dejours (1993 In: Lancman & Sznelwar) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando o sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Dejours, 1993).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público, relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas

construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho *apud* Mendes, 2007).

Como confirma Dejours “Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo” (Dejours, 1987, p.49).

A sobrecarga de trabalho foi outro achado de destaque. Um indício é o déficit na quantidade de profissionais atuantes na ESF, averiguado na etapa quantitativa (em sua maior parte médicos e cirurgiões-dentistas) e confirmado pelo discurso dos profissionais que segue:

(...) eu confesso que eu trabalho mais na área curativa, a parte preventiva, a parte da conversa, do conselho eu deixo mais com a enfermeira que tem mais tempo que o médico. Gostaria muito de ajudar, mas a demanda é grande e aqui eu atendo muita gente da zona rural, a demanda fica muito grande. (Médico 04 – Manacapuru)

(...) porque tem vezes que eu nem falo com ninguém aqui da equipe devido à falta de tempo. (Médico 01 – Coari)

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão, então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área. (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

(...) falta medicação, material, são 3 equipes, 2 médicos e 1 dentista. (Grupo Focal 03 Manacapuru)

À medida que o profissional é sobrecarregado pela demanda, devido à deficiência na quantidade do número de profissionais, há reflexos na qualidade do atendimento às famílias, tornando-se inevitável o não cumprimento de questões atividades básicas da atenção primária, como vínculo, escuta qualificada, acolhimento, interdisciplinaridade, desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção, com finalidade de reorientar a atenção no município. Vale ressaltar que os próprios profissionais trazem essas lacunas que se formam diante da sobrecarga de trabalho, o que significa dizer que os profissionais são conscientes de sua impotência diante das carências da população, estando vulneráveis à frustração gerada por esta impotência.

A partir de uma relação não harmoniosa entre o conteúdo ergonômico de trabalho (exigências físicas, neste caso, a grande e demanda) e estrutura de personalidade pode surgir uma insatisfação e frustração concretas que gerará um sofrimento de natureza mental.

Eu acho que eles têm um tempo maior. Não posso falar do dentista, mas eu creio que no caso da enfermeira e do ACS, eles têm um tempo maior, um contato maior com o paciente (...). O médico tem uma demanda obrigatória (...) de vinte pacientes por turno, por exemplo, vinte pacientes por manhã e eu tenho cerca de quatro horas, de oito às doze pra atender esses pacientes, que dá uma média de doze minutos por pessoa. Então, o próprio SUS preconiza quinze minutos por paciente, então doze minutos é pouco. Existe casos que, é claro, você já conhece, que você 'tá' acompanhando, que 'tá' controlado e que pode atender de forma mais rápida, mas existem casos que você precisa investigar um pouco mais a fundo (...), não dá tempo, então a demanda na verdade teria que ser bem menor (...). (Médico 04 – São Gabriel da Cachoeira)

Pode-se dizer que, para o atendimento da grande demanda de pacientes, o profissional da saúde neutraliza sua atividade mental, explorando o corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural que é o aparelho mental. Inicia-se o sofrimento, já que o trabalhador foi desprovido da sua atividade intelectual pela organização científica do trabalho. Esta é a chamada, alienação do trabalhador – substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto, a fim de se proteger do sofrimento. Essa alienação “passa pelas ideologias defensivas, de modo que o trabalhador acaba por confundir com seus desejos próprios a injunção organizacional que substitui o livre arbítrio” (Dejours, 1987, p.137).

A grande demanda junto ao déficit de recursos humanos na unidade leva a sobrecarga de trabalho que, por sua vez, culminará à um atendimento pouco humanizado, curativo, que não compreende o indivíduo na sua integralidade, tornando o atendimento na atenção básica uma tarefa desgastante que passa a ter como objetivo principal, desafogar os serviços de saúde, diminuindo a demanda, sem, contudo, trabalhar de forma interdisciplinar e humanizada para alcançar a resolutividade. Como confirma Dejours (1987):

(...) A gente até costuma brincar, cada um no seu quadrado e a gente segue uma hierarquia, cada um fazendo sua parte, seu trabalho (...) aqui no posto é assim médico, enfermeiro, técnico e agente de saúde (...) o dentista (...) é mais restrito lá na salinha dele (...)” ( Grupo Focal 01 – Manacapuru)

A fala anterior demonstra a falta de interação da equipe, podendo relacionar-se à demanda excessiva pelo déficit de profissionais. Particularmente, a equipe entrevistada se localizava em um dos bairros mais



populosos do município. Como afirma Dejours (1987) a divisão do trabalho leva a maioria dos trabalhadores a ignorar o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa.

Neste caso, a sobrecarga de trabalho foi estimada pela quantificação do déficit de profissionais por equipe, no entanto, quando se fala em “carga psíquica, não é possível quantificar uma vivência, que é em primeiro lugar e antes de tudo qualitativa.” (Dejours et al, 1993). Diante disso traz-se o discurso destes profissionais para fins de confirmação, pois segundo Dejours e colaboradores (1993):

O prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números. Da mesma forma pode falar-se de uma armadilha quando se quer dar conta em termos objetivos de uma vivência individual ou coletiva que é, por definição, subjetiva. Essa vivência subjetiva não pode, por sua vez, ser relegada a uma simples classificação de fantasmas ou quantidades negligenciáveis (Dejours et al, 1993, p.22).

Outro indício importante refere-se ao número de não respondentes. Nove ACS estavam afastados por motivo de doença, o que pode ser um valor numérico passivo de ser interpretado como uma resposta ao sofrimento no trabalho, e uma menor capacidade de utilização de estratégias defensivas, quando comparados aos profissionais de ensino superior que não apresentaram algum afastamento pelo mesmo motivo.

Na relação Homem-Trabalho a subjetividade tem muitos efeitos concretos e reais, mesmo que, em muitas vezes, descontínuos, pode-se considerar como um deles o absenteísmo, uma saída individual para manter o equilíbrio mental, pois segundo Dejours (1987, p.121) “o sofrimento mental e a

fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só a doença é admissível.”. O que acontece, portanto, é uma desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.

Três achados importantes na etapa quantitativa (salário, qualidade e quantidade de vínculo empregatício) levam a pensar para uma articulação com a subjetivação dos trabalhadores (no comentário) frente a condição atual de trabalho e suas conseqüências na saúde física e mental. Entre os respondentes constatou-se que 60,47% recebem menos que 1 (um) salário mínimo, a minoria deles é concursada (15,7%) e a maioria (95,35%) possui mais de um vínculo de trabalho.

O Ministério da Saúde, em 2005, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, instituiu o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS com a finalidade de acompanhar as diversas modalidades de vinculação – flexibilização do trabalho ou do emprego - elaborando políticas e formulando diretrizes no intuito de resolver as questões que envolvem a precarização do trabalho surgidas com a efetuação da terceirização de serviços sem observância da Lei, visando regularizar a situação desses trabalhadores.

Segundo Santos-Filho (2007) dentre os principais problemas atuais no “mundo do trabalho” em saúde, destacam-se a degeneração de vínculos, a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho. A ESF diante de suas particularidades próprias de seu funcionamento tem sido alvo de insatisfações e reivindicações das equipes, seja pela “precarização” do trabalho (não formalização de vínculos ou garantia de direitos), seja pela precariedade que

envolve as relações e condições de trabalho (Ministério da Saúde, 2003; Santos Filho, 2007).

Entrevistador: a gente falou de alguns direitos trabalhistas, e ajuda alimentação, transporte, vocês têm?

A gente tem ajuda da família, do marido (risos)

Entrevistador: e seguro desemprego?

'Tá' sonhando 'né'? (risos)

(Grupo Focal 01 – São Gabriel da Cachoeira)

São diversas as definições de 'trabalho precário', entre elas estão os baixos salários e as inadequadas condições de trabalhos, ou em suma, alguma irregularidade no trabalho que desrespeita alguma norma do direito administrativo e do direito do trabalho, que visa a proteção social ao trabalho.

A contratação sem concurso público, referente a 84,3% da amostra pesquisada, na administração pública, representa uma forma irregular de inserção do trabalhador – a terceirização - visto que seu vínculo com o Estado não tem base legal. Como é considerado pelo Ministério da Saúde (2005):

Assim, a terceirização sem limites se configura fraude à lei, uma vez que ofende o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade-fim da administração pública. Nesse sentido, a terceirização pode ser associada à precarização, visto que o trabalho realizado pelo empregado da prestadora coincide com os objetivos da instituição. Nesse caso, a contratação de mão-de-obra por meio de empresa terceirizada é considerada irregular (MS, 2005, p.25).

Dessa forma, pode-se concluir que o trabalhador contratado, não possui qualquer garantia de proteção social, estando sujeito a ilegalidade do vínculo.

No que se entende por "precarização", o Ministério da Saúde realizou um

estudo mostrando até 80% de situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, apresentando vínculos precários de trabalho, o que tem contribuído para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. Como consequência da fragilidade dessas modalidades de contratação fica comprometida a dedicação desses profissionais (MS, 2005; 2003; Santos Filho, 2007), facilmente identificada no discurso gerado pelo coletivo da ESF em Manacapuru:

(...) e quando a pessoa tem vontade de aprender, ela se dedica e quando ela não tem, ela sabe que ela 'tá' ali por estar, que às vezes acontecem muito, então elas não se dedica sabendo que isso pode acontecer com elas, assim como eu entrei eu posso sair. Então não se dedicam tanto e às vezes isso acaba prejudicando o todo, porque somos uma equipe e o pior de tudo é que quando chega certas épocas elas sabem que isso pode acontecer, então elas não se dedicam tanto porque sabem que podem sair como os outros. (Grupo Focal 02 – Manacapuru)

O comportamento produtivo deste trabalhador passa a ser movido pelo salário ou mesmo pela necessidade de sustentação, no entanto esse preço é pago em função da repressão do desejo e alienação do sujeito, o que acontece aqui é que a Motivação caminha opostamente ao Desejo, não havendo *ressonância simbólica* - quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória - não sendo possível, portanto, diante do sofrimento no trabalho a transformação deste em criatividade (Dejours, 1997; Mendes, 1995). No entanto, como é legitimado pelas falas a seguir, que há, entre alguns profissionais, a identificação com o conteúdo e proposta da tarefa realizada, havendo satisfação no trabalho e credibilidade no serviço; o que contrasta com

um outro processo de subjetivação do trabalho nas falas seguintes, uma subjetivação um tanto quando 'vazia' que torna evidente a vulnerabilidade do trabalhador frente a prezarização dos serviços prestados, diante das significações atribuídas à escolha de seu trabalho, visto que o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória.

(...) trabalho no PSF pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital. (Médico 01 – Parintins)

eu vou ser sincera com você, eu to trabalhando aqui por falta de opção, me ofereceram e eu vim fazer o trabalho ambulatorial aqui. (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Diante da situação salarial do trabalhador inserido nesse estudo, justifica-se a necessidade do engajamento em outros vínculos empregatícios a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida frente a um salário tão baixo, podendo levar a um desgaste na saúde física e psíquica do trabalhador. Retoma-se aqui o conceito dejouriano de alienação do trabalhador que, frente a fadiga e esgotamento do corpo torna-se cada vez mais vulnerável a ela, seria a primeira etapa de sujeição do corpo, sentindo-se o trabalhador, em função da organização do trabalho, habitado pelo estranho (Dejours, 1987;1997).

Em todos os municípios pesquisados, emergiram nos grupos focais a questão da pressão política no trabalho, o que se deve ao fato de os trabalhadores, não absorvidos na forma de concurso público, sentirem-se inseguros, instáveis em seus empregos, vulneráveis ao desemprego e ao remanejamento de postos de trabalho, o que torna a tarefa prescrita muito mais desgastante de ser seguida. Como teoriza Dejours (1987) o trabalhador frente a pressões de trabalho que o fazem sofrer faz aparecer estratégias defensivas

coletivamente construídas para lutar contra os fatores desestabilizadores e patogênicos do trabalho, dessa forma, suavizam-se as características dos sofrimentos individualmente experimentados.

Essas estratégias defensivas dependem de ações de cooperação entre a equipe da ESF, dado que ela visa um trabalho baseado na confiança e solidariedade, permitindo uma construção conjunta e coordenado para produzir idéias e serviços, minimizando assim, erros e falhas individuais através do desempenho coletivo do trabalho que tende a produzir ações com mais poder de transformação que as ações individuais (Mendes, 2007; Dejours, 1997; Brasil, 2009). Como se verifica nos discursos emergentes no grupo focal a seguir que surgiram logo após comentários a cerca das pressões políticas, trazendo a cooperação como estratégia de lidar com a instabilidade nos vínculos, dada a alta rotatividade de profissionais:

(...) a gente percebe também o seguinte: que quando a gente aproxima a equipe, faz uma dinâmica de trabalho, a gente tem uma tranqüilidade, um conforto melhor entre nós, mas aí quando começa a trocar muito, muitas pessoas são trocadas e se fossem pessoas qualificadas pra trabalhar ai tudo bem é só encaixar nas funções mas muitos que vem não sabem de nada e a gente precisa começar tudo de novo (...) é tão rápido que atrapalha o trabalho da gente (..) (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

No entanto, essas defesas, mesmos as individuais, podem ser utilizadas a favor da produtividade, como por exemplo, a auto-aceleração, descrita por Dejours em 1980 como acelerações frenéticas das cadências de trabalho, de forma que o medo passa a ser a engrenagem determinante da organização do trabalho (Dejours, 1987). Como se confirma pelos comentários a seguir:

(...) dá uma insegurança, principalmente quando chega em tempo de política (...) nós sabemos que tem muitas pessoas com qualidade, com competência e por causa de política elas são menosprezadas e saem às vezes até desmoralizadas, e acredito que a pior coisa pra um profissional é você saindo do seu local de trabalho com os outros dizendo que você não teve competência e nem trabalhava, é a pior coisa pra qualquer pessoa que gosta de fazer o que faz e tem pessoas aqui que gostavam que se dedicavam e saíram por causa disso, dizendo que eles não tinham qualificação e que não trabalhavam a até mesmo eram preguiçosos. (Grupo Focal 01 – Coari)

Pesquisador: Para entrar na equipe vocês passaram por processo seletivo?

Não é bem assim, não, aqui é jogo político. Por isso que a gente tem medo de perder o emprego.

(Grupo Focal 03 – Manacapuru)

(...) basta falar com o prefeito, com o vereador e ai se der certo você começa a trabalhar já (...) (Grupo Focal 01 – Parintins)

Parafrazeando Dejours (1987), o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, sua extensão responde, ao nível psicológico, a todos os riscos que não são controlados pela prevenção coletiva; junto a ansiedade, angústia e sofrimento, podem ser utilizados para a produtividade, como diz Dejours (1987, p.103): “O trabalho não causa o sofrimento, é o sofrimento que produz o trabalho.”

O medo, seja proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo e inelutável, como o carvão que asfixia os pulmões do mineiro com silicose (Dejours, 1987, p.74).

Outra questão importante a ser comentada é a questão salarial, que foi um achado significativo tanto na etapa quantitativa quanto qualitativa, mas em sua maioria fazendo parte do discurso dos trabalhadores de nível técnico e ACS. Segundo Dejours (1987) salário, diante das várias significações no jogo simbólico, pode conter sonhos, fantasias e projetos de realizações possíveis, mas também pode veicular todas as significações negativas que implicam as limitações materiais que ele impõe, como acontece na ESF do local pesquisado, onde o profissional passa a atribuir o salário a sua menor ou maior importância para a equipe, considerando-o decisivo para o posicionamento na pirâmide da hierarquia socioprofissional (status social).

eu acho que não é justo, mas ajuda, assim porque o nosso salário era pra ter aumentado e até agora nada (...) eu acessei o site lá da internet e diz que o ACS, o salário dele há um 3 meses atrás era R\$687 e depende da prefeitura se ela quiser complementar ou não, mas a nossa prefeitura, ela não complementa, e aqui em Manacapuru o salário ta em 531 e ainda desconta e ainda desconta porque a gente recebe 489 fora quando o banco não rouba porque as vezes agente recebe 400 e pouco,(...) é ainda mais complicado pro técnico, porque a situação é pior do que a deles, a gente tem (...) 500 reais e só recebe 470, nós temos recebendo menos que um ACS, mesmo trabalhando, fazendo sua atividade a gente recebe menos que o ACS, pra você ver a injustiça que é! (Grupo Focal 03 – Manacapuru, ACS e técnico de enfermagem)

Entrevistador: Vocês consideram o salário adequado ao trabalho de vocês?

'tá' não. Não somos tão importantes, mas somos importantíssimos na função, porque buscamos o problema 'né?'. Arriscamos nossa vida também. Nesse sol quente corremos risco de câncer de pele (...)

(Grupo Focal 02 – Parintins, ACS)



Através deste instrumento podemos chegar aos seguintes achados quantitativos de relevância estatística, tomando por base o modelo desenvolvido a partir da década de 1970, por Robert Karasek (Karasek e Theorell, 1990; Theorell, 2000). Com relação à dimensão Demanda Psicológica - ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho – foi averiguada maior demanda psicológica entre os homens com menos de 5 anos de profissionalização, não fumantes. Como já comentado anteriormente, sugere-se certa inexperiência entre os profissionais pesquisados, dado o pouco tempo de formação e recém-ingresso na ESF, espera-se também desses profissionais um déficit na qualificação profissional (residência médica, especialização, pós-graduação, mestrado profissionalizante), além do, já citado, pouco investimento subjetivo na tarefa devido à escolha pela primeira e melhor oportunidade de trabalho.

O déficit na formação do profissional alocado na atenção básica irá refletir em dificuldades para lidar com situações que demandam experiência e conhecimento na área de saúde pública (muitos profissionais relataram ser o primeiro contato com a área), seus princípios norteadores e sua função numa equipe interdisciplinar. Já as significações do conteúdo da tarefa refletem em desinteresse e falta de engajamento pessoal e profissional na tarefa, dificuldade em elaborar estratégias defensivas e maior vulnerabilidade de entrar em contato com o sofrimento patogênico.

Com relação à desqualificação, trata-se mais da imagem de si que repercute do trabalho, ou seja, quanto mais responsabilidades e riscos se assumem pela tarefa, mais honrosa, complexa e admirada pelos outros é a

tarefa. Estes elementos contam na formação da imagem de si (narcisismo), porém, o nível de qualificação, de formação não é suficiente em relação às aspirações, dando início ao sofrimento quando a evolução desta relação é bloqueada.

Segundo a teoria dejouriana é através do contato forçado com uma tarefa desinteressante que nasce uma imagem de indignidade e sentimento de inutilidade, este último remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Dejours (1987) afirma que “a falta de significação, a frustração narcísica, a inutilidade dos gestos, formam, ciclo por ciclo, uma imagem narcísica pálida, feia, miserável. (Dejours, 1987, p.49)”.

A dimensão Controle, segundo Karasek e Theorell (1990) representa a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos. Com relação a esta dimensão foi verificado menor controle entre os homens, não fumantes de nível superior sendo considerado segundo Karasek e Theorell (1990) como trabalho com maior desgaste (maior demanda combinado com menor controle).

Trabalhos considerados de alto desgaste apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico (tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física), principalmente se o tempo de exposição ao estímulo estressor for longo, o indivíduo não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias

ambientais, o desgaste então se acumula podendo culminar na doença psicossomática (Karasek & Theorell, 1990)

O maior desgaste no trabalho pode representar uma menor tolerância em explorar os recursos defensivos, em re-significar, com auxílio da criatividade, o sofrimento, prevalecendo o sentimento de impotência, frustração, permanecendo o sofrimento residual, que empurra o equilíbrio psíquico do sujeito lentamente para a descompensação (mental e psicossomática), eis que surge o sofrimento patogênico. Aqui ainda está relacionada à falta de motivação e desejo na tarefa que é o cerne na busca pela ausência de dor (Mendes, 2007).

Mas questiona-se onde estará a causa do fracasso da mobilização subjetiva do trabalhador: na ressonância simbólica (sentido que a tarefa tem para o sujeito) ou no espaço público para a discussão não favorecido pela organização do trabalho?

A dimensão Apoio Social no Ambiente de Trabalho, incluída posteriormente por Johnson (Johnson & Hall, 1988), proveniente de colaboradores e chefes, atua como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (Karasek & Theorell, 1990, p. 68). O achado que apresentou relevância estatística foi o menor apoio social entre fumantes e usuários de álcool, estas duas condições podem ser justificadas pelo uso de alternativas na busca pelo prazer no trabalho, supondo que o menor apoio social no trabalho reflete uma organização do trabalho que possui relações dificultosas, como por exemplo, a falta de reconhecimento, falta de cooperação, confiança, resultando na dificuldade em se realizar um trabalho interdisciplinar.

Algumas associações foram encontradas entre estresse no trabalho com desordens psiquiátricas menores (Stansfeld *et al.*, 2002), doenças do sistema digestivo (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), desordens músculo-esqueléticas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), autoavaliação negativa do estado de saúde (Ibrahim *et al.*, 2001), absenteísmo no trabalho (North *et al.*, 1993; 1996), doenças cardiovasculares (Wamala *et al.*, 2000; Kuper & Marmot, 2003) e seus principais fatores de risco tais como hipertensão arterial e hábitos considerados pouco saudáveis como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Landsbergis *et al.* 1994; Tsutsumi *et al.*, 1999; Stansfeld *et al.*, 2002).

O apoio sócio-emocional seria medido pelo:

(...) grau de integração social e emocional e confiança entre colaboradores, supervisores e outros. Por sua vez, o apoio instrumental estaria referido aos recursos extras ou assistência com tarefas de trabalho, fornecidos por colaboradores e supervisores. (Karasek & Theorell, 1990, p. 71).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo

precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Os municípios em geral apresentaram trabalhos de menor desgaste (combinando menor demanda e maior controle), ou seja, possuem poucas demandas psicológicas, porém muito controle por quem o executa. Configuraria um estado altamente desejável, ideal.

No entanto, no município de São Gabriel da Cachoeira predominou o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), são considerados trabalhos que produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. O trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Os trabalhos mecanizados também provocam essa sensação. O desinteresse parece se generalizar para outras esferas da vida (Karasek & Theorell, 1990).

Pode-se inferir, portanto, que a alienação provocada pelo trabalho nesse município pode estar ligada a falta de perspectiva de crescimento e aperfeiçoamento no trabalho na atenção básica, visto que os profissionais não têm acesso a atividades de educação permanente, ficam dependendo dos próprios recursos para dar conta de sua qualificação. Além do que, os profissionais são, em sua maioria, militares ou familiares de militares proveniente de outros Estados, que podem não ter tido outra opção ou oportunidade de escolha, como demonstram as falas a seguir:

(...) trabalho pelo exercito né? eu fui selecionada lá na faculdade, e os mais novos, talvez pra prejudicar menos, porque a maioria dos meus colegas são mais 2 anos mais velhos do que eu (...) porque eu tenho

24, e eu penso que é pra evitar maior atraso profissional pros outros.”  
(Médico 01 – São Gabriel da Cachoeira)

(...) porque eu fui obrigado, e acabei aceitando a transferência e estou cumprindo com maior prazer! (...) não sei se você sabe, mas os médicos são todos militares (...) (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Meu marido é militar e ele veio pra cá e vim junto. (Enfermeira 02 – São Gabriel da Cachoeira)

Segundo Karasek e Theorell (1990) o estresse no trabalho, é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes, no ambiente de trabalho.

## **CONCLUSÃO**

As características da pós-modernidade junto à reestruturação produtiva da última década causaram mudanças radicais nos processos de trabalho, e no trabalho da área da saúde não foi diferente. As novas formas de organização do trabalho trazem consigo novas formas de subjetivação, o que desencadeará outras possibilidades de reação dos trabalhadores, trazendo novas formas de sofrimento e patologias relacionadas a essa atividade essencial da condição humana de existir (Mendes, 2007).

O Ministério da Saúde tem, entre suas prioridades, a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver esse grave problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde. Tal preocupação decorre da política deste governo, que reconhece e valoriza o trabalho humano

em todas as suas dimensões. Sendo assim, o Ministério da Saúde entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que tal situação acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos direitos dos trabalhadores. Deve-se também analisar alternativas de ação com o intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis.

Dignidade, posição social, sobrevivência, poder e independência são representações sociais do trabalho para o Homem, o trabalho pode trazer alegrias dignificar e ainda representar fonte de sofrimento de degradação. Mesmo a sua ausência, o desemprego, exclui e traz um sentimento de inutilidade. O sofrimento pode advir do medo de não ser suficientemente competente para ser valorizado, reconhecido e fazer manter seu emprego, da pressão para trabalhar mal e da falta de reconhecimento.

Toda e qualquer ação em benefício do trabalhador na busca do prazer e fuga do desprazer depende diretamente da intervenção e da gestão, do comprometimento dos níveis estratégicos da organização. Portanto, torna-se fundamental um olhar cuidadoso para esses trabalhadores que constituem o motor que faz funcionar o primeiro nível de atenção a saúde no país.

Fazendo uma analogia com os “carros de sexta-feira” – carros defeituosos que haviam sido produzidos no nível máximo de tolerância de uma semana de trabalho – produzidos pelas fábricas descritas por Dejours, espera-se que nenhum paciente seja atendido pelo profissional em seu nível máximo de exaustão profissional, pois esse profissional não proporcionará o atendimento humanizado e integral que o paciente da atenção básica

necessita, não havendo a resolutividade esperada, sendo todos os atendimentos considerados “atendimentos de sexta-feira”.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I., & TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. *Rev. Produção*, 14(3), 67-76, 2004.

ALVES, M. G. de M., CHOR, D., FAERSTEIN, E., LOPES, C. de S., WERNECK, G. L. Versão Resumida da “*job stress scale*”: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164 – 71, 2004.

BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). *Metodologia da pesquisa na saúde*. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

BRASIL, H. G. *Psicodinâmica do Trabalho: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal*. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.

CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.

CROTTY M. *The foundations of Social Research – meaning d perspective in the research process*. London, Sage Publications, 2003.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.



GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K. *Focus Group Fundamentals*. Iowa State University, University Extension, 2004.

HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G.. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(1), 6–8, 2007.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2001.

HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). *Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences*. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003.

IBGE (2004). *Anuário estatístico do Brasil*, p. 2-81. Citado em: ADAS, Melhem e ADAS, Sergio. *Panorama geográfico do Brasil*. 4a. ed. São Paulo: Editora Moderna, 2001.

IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women & Health*, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.

JOHNSON, J. V., & HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336 – 1342, 1988.

KARASEK, R., THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

KRUEGER, R. A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*, 57, 147 – 53, 2003.

LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 20 (5), 349 – 363, 1994.

LEWIN, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

MENDES, A. M. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia Ciência e Profissão*, 3(1), 34-38.

MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª edição, HUBITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social*. [Social research.] Rio de Janeiro, Brazil: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS, 2005.

MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Braz Addiction, 98, 799-804, 2003.

MORGAN D.L. *Focus groups as qualitative research*. London: Sage, 1997.

NORTH, F., SYME, S. L., FEENEY, A., HEAD, J., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the *Whitehall II* study. *British medical Journal*, 306, 361 – 6, 1993.

NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86 (3), 332 – 340, 1996.

ODDONE, I. *Ambiente de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1986.

RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 655–660, 2004.

RANCIARO, M. M. M. de A. *Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais*. Manaus, EDUA, 2004.

RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. *Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social*, 2001.

SAINT-GIRONS, B. Motivation. *Encyclopedia Universalis*. 11(1), 397-398, Paris, 1968.

SANTOS-FILHO, B., BARROS, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.

SIEGRIST, J.. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scand J Public Health*, 30(1), 49 – 53, 2002.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 248 – 55, 2002.

THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth- Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease*. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.

TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. *J Epidemiol Community Health*, 53 (1), 348 – 54, 1999.

WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Social Science & Medicine*, 51(1), 481 – 9, 2000.

## 5. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. de S., Werneck, G. L.. Versão Resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, 38(2), 164 – 71, 2004.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007
- BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.
- BRASIL, H. G. **Psicodinâmica do Trabalho**: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS. 2005,
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família -2001/2002**. Brasília, MS, 2003.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.
- BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.
- COHN, A. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo, CEDEC, 2009.
- CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P.. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.
- CROTTY M. **The foundations of Social Research – meaning and perspective in the research process**. London, Sage Publications, 2003.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.
- DEJOURS, C. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.
- DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Human**, v.58, p. 1-16, 1995.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, 14(3), 27-34, 2004.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994,
- FERREIRA M. C. & Mendes, A.M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia** , 6 (1), 97-108, 2001.
- FERREIRA, M.C. & MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília, Fenafisp, 2003.
- GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K.. **Focus Group Fundamentals**. Iowa State University, University Extension, 2004.
- GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.
- HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 61(1), 6–8, 2007.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2007.
- HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.
- HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). **Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences**. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003,
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 2001**. Brasília: IBGE, 2000.

- IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. **Women & Health**, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.
- JOHNSON, J. V., & HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, 78, 1336 – 1342, 1988.
- KARASEK, R., THEORELL, T.. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.
- KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.
- KRUEGER, R.A **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **J Epidemiol Community Health**, 57, 147 – 53, 2003.
- KUPFER, M. C. **Freud e a Educação**. 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.
- LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, 20 (5), 349 – 363, 1994.
- LEWIN, K. **Intelligence and motivation**. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.
- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, 3(1), 34-38, 1995.
- MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.



- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.
- MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern. **Braz Addiction**, 98, 799-804, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- MORGAN D.L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage, 1997.
- MORRONE, C.F. “**Só para não ficar desempregado**” – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.
- NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**, 86 (3), 332 – 340, 1996.
- ODDONE, I. **Ambiente de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.
- RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. **Proceedings of the Nutrition Society**, 63, 655–660, 2004.
- RANCIARO, M. M. M. de A. **Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais**. Manaus, EDUA, 2004.
- ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova

- prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- SAINT-GIRONS, B. **Motivation**. Encyclopedia Universalis. 11(1), 397-398, Paris, 1968.
- SANTOS-FILHO, B.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Injuí: Ed. Injuí, 2007.
- SIEGRIST, J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. **Scand J Public Health**, 30(1), 49 – 53, 2002.
- SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.
- STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. **International Journal of Epidemiology**, 31(1), 248 – 55, 2002.
- THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.
- THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth-Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. **Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease**. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.
- TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. **J Epidemiol Community Health**, 53 (1), 348 – 54, 1999.

- VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.
- WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. **Social Science & Medicine**, 51(1), 481 – 9, 2000.
- WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

## APÊNDICE 1

### Roteiro para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde

1. Por que você trabalha em Saúde da Família?
2. Teve algum tipo de formação específica para este trabalho?
3. O que diferencia a atuação em Saúde da Família do trabalho tradicional de sua profissão? (*pular para a próxima, na entrevista como ACS*)
4. Por que você trabalha no interior do Estado?
5. Onde vc se capacitou profissionalmente?
6. Em que é diferente trabalhar no PSF?
7. Em que a prática de PSF é como idealizada pelo Ministério da Saúde?
8. Em que é diferente do que o Ministério idealiza para o Programa?
9. O que é equipe e trabalho em equipe?
10. Como se dá a relação entre as competências profissionais que são específicas e o trabalho em equipe?
11. Como as equipes diagnosticam os problemas de saúde da comunidade?
12. Quais os limites do trabalho em equipe?
13. Como se dá a articulação entre o enfermeiro, o médico e o dentista desta equipe?
14. O ACS trabalha em conjunto com eles? Como?
15. Quais são as principais necessidades da população na sua área profissional?
16. Quais são as principais necessidades da população em relação ao trabalho da equipe?
17. As equipes de Saúde da Família conseguem trabalhar conforme os princípios do SUS? No que conseguem, como conseguem? No que não conseguem, por que não conseguem?
18. Descreva as ações de Educação Permanente que acontecem nesta equipe.
19. Existe articulação com a Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Mental, Farmácia?

## APÊNDICE 2

### Roteiro de entrevista para Gestores

- 1) A Equipe é equipe? Ou qual equipe é a equipe? Ela foi formada para ser equipe? O que faltou? O que não faltou?
- 2) Como a equipe articula-se com os usuários?
- 3) A equipe articula-se com outros órgãos públicos? Gestores? Atenção secundária e terciária?
- 4) Descreva como está referência e contra-referência atualmente no PSF.
- 5) Quais são as necessidades de Saúde da Família no interior do Amazonas?
- 6) Com as equipes as identificam?
- 7) Como tem se dado a questão da Educação Permanente às equipes neste município?
- 8) Como as equipes vencem a limitação geográfica desta região?
- 9) Em que a limitação geográfica interfere na prestação de serviços de saúde?
- 10) Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## APÊNDICE 3

### Roteiro para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família

#### Processo de trabalho

1. Descrevam o dia a dia do trabalho nesta equipe.
2. Neste trabalho, vocês se relacionam com outros setores além da saúde? Quais?
3. Descrevam situações cotidianas em que participe mais de um profissional desta equipe?
4. Em algum momento da semana vocês discutem ações conjuntas? Como é?
5. Descrevam as atividades realizadas, diferenciando aquelas que são executadas pelo próprio profissional daquelas que são executadas em equipe como um todo.
6. Quais são os principais problemas para esta equipe desempenhar suas funções conforme o Ministério da Saúde idealiza?
7. Qual a diferença do trabalho tradicional em Saúde Pública e o trabalho em Saúde da Família?
8. Descrevam conflitos entre os profissionais para a realização do trabalho em equipe?
9. O que é diferente no trabalho em Saúde da Família dos outros tipos de trabalho em Saúde?

#### Peculiaridade da Amazônia

1. Falem sobre o acesso a atenção secundária e terciária?
2. Quais as diferenças encontradas no trabalho aqui no interior do Estado do Amazonas comparado com outros locais do país?
3. Como vocês identificam as necessidades da população?
4. Como a equipe vence a limitação geográfica desta região?
5. Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## APÊNDICE 4

### Roteiro para Observação participante

A Observação não se pautará exclusivamente, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao **processo de trabalho em saúde da Família**. Além do ato de observar em si, será promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os *profissionais*, com os *usuários* no serviço, como junto aos *comunitários*. No entanto, minimamente se observará os seguintes itens:

- a. Principais impressões sobre o atendimento aos usuários na unidade e o atendimento domiciliar.

Atendimento na unidade:

Atendimento domiciliar:

- b. Existem ações junto ao programa hiperdia?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- c. As ações enfocam assistência contínua, racionalizada (além do atendimento pela procura do usuário à unidade, seguindo os casos crônicos)?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- d. Impressões sobre Referência e contra-referência.

- e. Ações educativas e intersetoriais.  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- f. Impressões sobre o conhecimento da realidade de saúde das famílias

- g. A equipe realiza ações de planejamento?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- h. Impressões sobre o acesso do usuário a consultas médicas, odontológicas e de enfermagem;  
Médico:

Enfermeiro:

Odontólogo:

- i. Impressões sobre a dinâmica dos programas de saúde na unidade.
- j. Dados e impressões sobre adscrição de clientela e seu cadastramento.
- k. Impressões sobre acesso e acessibilidade da população aos serviços
- l. Impressões sobre Mapa de risco quanto às famílias: existência e utilização.



## APÊNDICE 5

### Formulário para Verificação da Estrutura Física

Itens	Sim	Não	Número	NSA
Recepção para pacientes e acompanhantes				
Cadeiras				
Mesa de Escritório				
Mesa de impressora e computador				
Arquivos fichário de metal				
Sala de espera para pacientes e acompanhantes				
Bebedouro				
Suporte para TV e Vídeo				
Televisor				
Cesto de Lixo				
Sanitário para usuário				
Sanitário para deficiente				
Banheiro para funcionários				
Sala de procedimentos				
Sala de ACS				
Almoxarifado				
Consultório odontológico com área para escovário				
Área para compressor e bomba a vácuo				
Sala de recepção, lavagem e descontaminação				
Área de depósito de material de limpeza				
Sanitário para usuários				
Área para reunião e educação em saúde				
Abrigo de resíduos sólidos				
Iluminação natural/adequada				
Ventilação natural/adequada				

NSA – não se aplica

\*\*UBS para 1 ESF - Comportar aproximadamente 15 pessoas.

UBS para 2 ESF - Comportar aproximadamente 30 pessoas.

UBS para 3 ESF - Comportar aproximadamente 45 pessoas.

Para as UBS com mais de uma ESF, o espaço da sala de espera e da recepção podem fazer parte do mesmo ambiente interno.

## APÊNDICE 6

### Instrumento quantitativo

Solicitamos sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é parte de um estudo sobre a avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Amazonas. Está no momento sendo realizado em todas as equipes deste município, e em outros três municípios do interior do Amazonas. Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa. Devem se referir a Saúde da Família.

1) Local de trabalho (marque com um X uma ou mais opções):

- ( 1 ) Unidade Básica de Saúde
- ( 2 ) Equipe de Saúde da Família
- ( 3 ) Hospital
- ( 4 ) Outro: \_\_\_\_\_

2) Especifique sua profissão:

- (1) Enfermeiro
- (2) Médico
- (3) Agente Comunitário de Saúde
- (4) Cirurgião Dentista
- (5) Técnico de Enfermagem
- (6) Auxiliar de Consultório Dentário
- (7) Técnico de Higiene Dental
- (8) Outra \_\_\_\_\_

3) Sexo:

- (1) Feminino (2) Masculino

4) Idade:

\_\_|\_\_ anos

5) Ano de formatura:

\_\_|\_\_|\_\_|\_\_

6) Tempo de trabalho neste serviço (em anos):

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos
- (3) Entre 6 e 10 anos
- (4) Mais de 10 anos

7) Qual o seu vínculo empregatício (marque com um X uma ou mais opções):

- (1) Estatutário
- (2) Contrato Administrativo
- (3) Outra \_\_\_\_\_

8) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

9) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

10) Seu trabalho exige demais de você?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

11) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

12) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 13) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 14) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 15) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 16) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 17) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 18) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 19) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 20) Nós relacionamos bem uns com os outros no trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 21) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 22) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 23) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 24) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
- (1) concordo totalmente

- (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 25) Alguma vez experimentou cigarro/tabaco?
- (1) Sim, e gostei
  - (2) Não – salte para 67
  - (3) Sim e não gostou – salte para 67
- 26) O (a) Sr.(a) fuma atualmente?
- (1) Sim
  - (2) Não – salte para 33
- 27) Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma, em média, por dia?
- 
- 28) Quanto tempo depois de acordar, o (a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro?
- (0) Após 60 min
  - (1) 31-60 min
  - (2) 6 – 30 min
  - (3) primeiros 5 min
- 29) Tem dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido?
- (1) Sim
  - (0) Não
- 30) Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?
- (0) Qualquer um
  - (1) O 1º manhã
- 31) Quantos Cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia?
- (0) até 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) 31 ou mais
- 31) Fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia?
- (1) Sim
  - (0) Não
- 32) O (a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado?
- (1) Sim
  - (0) Não
- 33) Com que frequência o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?
- (0) Nunca – Salte para 41
  - (1) Mensalmente ou menos
  - (2) de 2 a 4 vezes por mês
  - (3) De 2 a 3 vezes por semana
  - (4) 4 ou mais vezes por semana
- 34) Pense em um dia em que o(a) Sr.(a) bebe. Quantas doses de sua bebida mais utilizada o(a) Sr.(a) bebe?
- (0) 0 ou 1
  - (1) 2 ou 3
  - (2) 4 ou 5
  - (3) 6 ou 7
  - (4) 8 ou mais
- 35) Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma mais que 6 doses em uma mesma ocasião?
- (0) Nunca
  - (1) Menos do que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 36) Quantas vezes o(a) Sr.(a) achastes que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 37) Quantas vezes depois de ter bebido, o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês

- (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 38) Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido na noite anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 39) Quantas vezes o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 40) Quantas vezes o(a) Sr.(a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 41) Já aconteceu do(a) Sr.(a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses
- 42) Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o(a) Sr.(a) bebe ou sugeriu que diminuísse?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses

## APÊNDICE 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Pública



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, em que vamos avaliar como está o SUS no interior do Estado do Amazonas. Esta pesquisa está sendo feita também nos outros municípios do interior, com os profissionais de outras equipes de Saúde da Família. Você pode levar este documento para ler em casa e depois trazer para assinar. Se alguma parte não estiver clara, pode perguntar que lhe explicaremos.

O SUS foi construído para garantir a população universalidade no acesso, equidade na atenção (atender mais quem mais precisa) e integralidade no cuidado. Para melhorar estes princípios, foi criada a Estratégia de Saúde da Família. Nossa pesquisa quer descobrir se estes três princípios estão acontecendo aqui no interior do Amazonas.

Para isso, vamos usar algumas formas de coletar as informações: entrevistaremos profissionais de saúde tanto individualmente como junto com os outros profissionais que trabalham com eles nas equipes; entrevistaremos os Gestores de Saúde; entrevistaremos os usuários dos serviços; e também observaremos o dia a dia dos trabalhadores, percebendo suas dificuldades e como superam estas. As entrevistas serão gravadas com gravadores digitais, e as observações serão anotadas. Caso haja interesse e você autorize, também filmaremos/fotografaremos alguns momentos do seu processo de trabalho.

Registramos que não existe risco na sua participação, nem mesmo desconforto, sendo um espaço para você dizer tudo que quer ou sente sobre a Saúde da Família, por que não revelaremos quem nos deu a informação. Sua identidade será preservada. Você também tem liberdade tanto para deixar de falar alguma coisa que não se sinta a vontade para dizer, ou não queira, e até mesmo para sair do projeto a qualquer momento.

Os benefícios que nosso projeto pretende trazer são as melhorias para o funcionamento da Saúde da Família de acordo com o que o Ministério da Saúde oficializa no seus documentos.

Qualquer problema que tiver ou dúvida, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Projeto, o Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, que é o responsável pela pesquisa.

Ressaltamos: qualquer dúvida, agora ou em outro momento, poderá ser questionada ao coordenador diretamente ou a qualquer outro pesquisador de nosso projeto.

Também deixamos claro que você poderá retirar sua autorização para participar do projeto, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou custo, entrando em contato com o coordenador do projeto, nos contatos que estão abaixo da linha deste termo.

Mais uma vez ressaltamos: nenhuma informação que possa identificar você será utilizada no projeto, de forma que tem nosso compromisso de manter sigilo sobre tudo que nos for dito.

Agradecemos sua colaboração.

Local:

Data:

Assinatura do sujeito

Nome completo:  
R.G.:  
Fone:  
E-mail:

Assinatura do pesquisador

RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES  
R.G.: 30.455.294-X  
Fone: (48) 99086582  
E-mail: [rodrigo.moretti@pq.cnpq.br](mailto:rodrigo.moretti@pq.cnpq.br)

Espaço para digital

## ANEXO 1: Aprovação Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 122

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 121/09 FR- 259768**

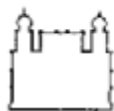
**TÍTULO: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS**

**AUTOR: Rodrigo Otavio Moretti Pires.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em "Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia"

# Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da saúde do trabalhador no interior do Estado do Amazonas

MARILISE KATSURAYAMA

MANAUS, 2010.



Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em ‘Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia’.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS, 2010.

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Aprovado em 25 de Fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Presidente.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosângela Dutra de Moraes, Membro.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Membro.  
Universidade de São Paulo

K18t Katsurayama, Marilise.

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da saúde do trabalhador no interior do Estado do Amazonas. / Marilise Katsurayama. – Manaus: UFAM/Fiocruz, 2010.

153p.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – 2010.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Morreti-Pires.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela dedicação e preocupação em minha formação e construção de valores que fizeram a diferença em minha educação e profissionalização, tendo sempre como engrenagem principal o amor. As palavras e ensinamentos foram essenciais para meu engrandecimento como ser humano, a humildade e determinação foram meus maiores aprendizados.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado em todas as etapas, que possam ver nessa produção um incentivo para buscar seu aperfeiçoamento.

Aos trabalhadores da atenção básica que com muitos esforços diante de todas as dificuldades inventam e reinventam formas de levar a saúde a quem necessita, que essa dissertação possa indicar novos horizontes a favor desses profissionais da saúde.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo suporte emocional, financeiro e técnico que me permitiram todas as fases de educação concluídas com sucesso até hoje, bem como o amor incondicional que me proporcionaram enquanto filha, compartilhando toda a preocupação e angústia das etapas conclusivas de todas essas fases, e ainda a compreensão com relação à minha ausência e falta de atenção em muitos momentos.

A minha irmã querida, que mesmo longe continua presente em forma de cuidado e amor. Ao Leandro por ter feito parte de tantas etapas e ter acreditado e torcido em todas elas.

Aos amigos, pessoas especiais que me apoiaram e torceram por mim, tornando os momentos da minha vida mais prazerosos e os obstáculos menores de serem ultrapassados, sem vocês, o ser humano que sou não estaria tão completo, obrigada por me lembrarem disso todos os dias! Daniele, Cassandra, Ritinha, Juliana, Flávia e Renilda vocês são minha segunda família, obrigada pelos afagos. Renato, Francis, Marta, Alyce, obrigada pela compreensão e carinho.

Ao Professor Rodrigo Moretti pela paciência e dedicação em suas orientações, sempre permeada de muita amizade, carinho e cooperação, que tornaram essa caminhada muito mais tranquila do que eu pensava ser. A sintonia entre nós foi essencial para a conclusão de mais esta fase.

Ao Professor Marcelo Cordeiro pelo suporte em momentos importantes de decisão, que não me levaram, em momento algum, a arrependimentos; suas palavras exatas, experientes e práticas foram o cerne na escolha de alguns caminhos, além de representar o exemplo de profissional que almejo ser.

A Professora Rosângela Dutra por ter feito parte dessa caminhada, colaborando não só com o desenvolvimento dessa dissertação, mas

fornecendo um apoio fundamental em minha vida profissional, sua serenidade e sensatez foram confortantes em momentos difíceis.

Aos Professores Neila Falconi e Cristiano Paiva pela confiança depositada em meus trabalhos e amizade cultivada nesses últimos anos, o aprendizado e oportunidades permitidos fizeram diferença em minha formação profissional.

A Fiocruz, seu corpo técnico, docente e discente: aos professores Luíza Garnelo, Paulo Basta, David Lopes, Ana Cyra, Rosana Parente e Jacirema Gonçalves que, de alguma forma, estão presentes nessa dissertação, fruto de todo o conhecimento acumulado durante as aulas; aos técnicos: Ellen, Laura e Rose pela atenção e cuidado comigo em todos os processos necessários para a conclusão dessa dissertação. Aos discentes: Hadelândia e Thiago, pela amizade cultivada em momentos de trabalho e lazer; Amandia, Raquel, Lívea e Mailza, pela preocupação, cuidado, cooperação e palavras amigas em todo esse percurso, vocês tornaram as aulas mais divertidas e prazerosas de frequentar.

Aos trabalhadores da saúde, que foram os atores principais dessa pesquisa, sem a colaboração deles a realização desse trabalho não teria sido possível.

## Resumo

O trabalho constitui-se como um elemento da existência que possibilita ao homem revelar características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica seu papel nos processos psíquicos. Portanto, é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo. Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de realizarem o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme preconizado nos documentos oficiais. Uma dessas dificuldades é a falta de investimentos nas condições estruturais e materiais de trabalho, o que implica em incoerência entre a prática e o discurso oficial sobre o funcionamento do SUS. A realidade atual é representada por abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde. Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável a psicopatologia do trabalho, sendo de suma importância tal análise destes trabalhadores. O presente trabalho objetivou avaliar a saúde dos trabalhadores da ESF no interior do Estado do Amazonas, mais especificamente, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, realizando uma análise com base na teoria dejouriana. O percurso metodológico se pautou em Triangulação de dados, através da utilização de técnicas qualitativas (Grupo Focal, Entrevistas Individuais e Observação Participante) e técnicas quantitativas (inquérito com o uso de *Job Stress Scale*), cujos sujeitos são os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, de forma a estabelecer características, desafios e limites. Através dos resultados obtidos nessa pesquisa foram produzidos 4 (quatro) artigos: 1) um ensaio teórico que propõe uma análise do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil; 2) um artigo que propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na ESF, suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho; 3) um artigo empírico qualitativo que explora a subjetividade e o trabalho na ESF diante dos dados coletados com base na teoria de Christophe Dejours; e 4) um artigo empírico que faz uso da triangulação de dados para a análise da relação homem-trabalho na ESF, embasado pela teoria de Christophe Dejours.

**Descritores:** Saúde e Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Psicodinâmica do Trabalho.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>08</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
Tipo de Pesquisa	26
Local de Pesquisa	26
Participantes	28
Procedimento de Pesquisa	29
Tratamento e Análise de Dados	36
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>39</b>
Artigo 1	40
Artigo 2	56
Artigo 3	75
Artigo 4	98
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>134</b>
<b>Apêndices</b>	<b>142</b>
<b>Anexos</b>	<b>155</b>



## **Apresentação**

Esta pesquisa é um dos desmembramentos do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Edital MCT/CNPq 14/2008). Constitui o subprojeto da etapa qualitativa (primeira etapa do projeto) que irá focar a saúde mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando para isso uma avaliação da saúde do trabalhador da ESF no Amazonas, sustentada pelo marco teórico de Christophe Dejours.

Esta dissertação de mestrado está assim dividida: uma breve introdução sobre os aspectos teóricos da problemática na Estratégia de Saúde da Família; a descrição do percurso metodológico adotado; resultados apresentados no formato ‘artigos’. São apresentados quatro artigos: um ensaio teórico dejouriano sobre a ESF; a proposta do modelo teórico utilizado para a avaliação; e dois artigos empíricos, um utilizando os métodos qualitativos de análise, outro utilizando a triangulação de métodos.

## 1. INTRODUÇÃO

## **A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de trabalho**

Há alguns anos o Ministério da Saúde tem apontado diversos paradoxos existentes no Brasil e que limitam a progressão da implementação do Sistema Único de Saúde em conformidade plena com seus princípios.

Como alternativa para problemas com a Atenção Primária, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorganização da atenção à saúde respeitando os princípios do SUS, alcançando desde pequenos municípios aos grandes centros urbanos de todo o país. Em 1997, o Ministério da Saúde propõe a mudança para Estratégia Saúde da Família (ESF), dando uma nova interpretação, considerando-o não mais um programa, mas sim uma estratégia de atenção voltada à modificação do modelo assistencial vigente, compreendendo a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2002; Brasil, 1997).

Este modelo de atenção primária orienta para a existência de novas práticas de assistência (Brasil, 2000), com ações estruturadas em equipe, em um processo de trabalho a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas em que residam de 2.500 a 4.500 pessoas, com unidade espacial de atuação de um agente comunitário de saúde para cada 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do sistema de informação de atenção básica (SIAB). No âmbito do PSF preconizam-se ações específicas para saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de *diabetes melittus*; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal.

São atividades previstas para a equipe: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o

planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde no serviço são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisada como um processo linear, apesar da tradição e estrutura dos sistemas de saúde não se pautarem nesta perspectiva (Campos, 2003).

Deve ser percebido como um processo em que interagem diversos aspectos concomitantemente, convergindo na dicotomia entre a disponibilidade de um conjunto de ações e serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos. Qualquer ação no sistema de saúde deve paralelamente considerar a historicidade, na medida em que existem aspectos íntimos de como o processo

de trabalho se dá em cada Unidade de Saúde, com diferentes conformações e espaços (Campos, 2003).

Neste sentido, o debate caminhou para firmar como padrão a ser assegurado o tratamento horizontalizado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais e humanas dos pacientes, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos possuem significado frente às demandas não pautadas nas questões que podiam ser respondidas pelo modelo biomédico (Brasil, 2004).

Pela importância desses princípios na instituição da Saúde da Família, o PSF pode ser entendido como uma estratégia não apenas para reordenar a atenção primária em termos administrativos, mas principalmente como estratégia de humanização da atenção, haja vista aos objetivos oficiais do Programa encaminhando para a humanização das práticas de saúde, trabalho em equipe multiprofissional de saúde, limite de atuação a uma população adscrita e controle social (Brasil, 2004).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado em função de sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo. Além disso, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da

equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo, 2007).

Em particular, o trabalho em equipe não é idealizado neste modelo de atenção como a simples sobreposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2004; Kilsztain, 2001).

### **Trabalho e o marco teórico de Christophe Dejours**

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que

justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar, ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores. Neste 'modo de trabalho' há separação do trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural, que é o aparelho mental, se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se dão tanto na saúde física quanto mental. Os trabalhadores encontram-se diante de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995). Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours<sup>1</sup> apresenta dois momentos:

- 1) Década de 70: na disciplina psicopatologia do trabalho, que abordou a interface homem/liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do

---

<sup>1</sup> Doravante grafada como 'Dejouriana'

trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo);

2) Década de 90: denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al,1994).

Por 'organização do trabalho' entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se, então, do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador, na dependência dos interesses econômicos, ideológicos e políticos de atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).



Entende-se por 'condições de trabalho' o ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho. Influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto a organização do trabalho atua no nível de funcionamento psíquico (Dejours *apud* Betiol, 1994).

Partindo destes conceitos, Guareschi & Grisci (1993) classificam dois tipos de sofrimento diferentes: o sofrimento físico e o sofrimento psíquico. O sofrimento físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador, a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Na abordagem teórica que fundamenta o presente trabalho, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho, o que é modulado por sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos, que não se confluem: o trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências

contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico, que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours *apud* Betiol (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa do trabalho autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da *sublimação*, conceituada pela Psicanálise como a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade.

Diante da *prescrição da tarefa*, cabe ao trabalhador fazer uso de suas *estratégias defensivas* a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento, buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um

processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser *individuais ou coletivas*. As do primeiro tipo encontram-se interiorizadas e, quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento, contribuem para o surgimento do segundo tipo, que depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores (Mendes, 1995).

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos (Mendes, 1995):

1) *ressonância simbólica*: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória;

2) *espaço público de discussão coletiva*: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução.

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours

(1997) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho. É a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade (*op.cit*).

O conceito de 'mobilização subjetiva' refere-se ao processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. Depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

### **Saúde da Família no interior da Amazônia**

Na realidade amazônica, a questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas constitui-se uma barreira a democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas.

Para Mendonza-Sassi e Béria (2003) a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde é um importante fator para a limitação no contexto de acesso. A literatura também aponta que barreiras físicas, tais como áreas montanhosas ou de topografia difícil são fatores limitantes para o acesso (Grant, 2000; Perry, 2000). Transpondo estes pressupostos ao universo das comunidades ribeirinhas, distâncias físicas que são vencidas com facilidade em áreas que possuem estradas, não apresentam a mesma facilidade no caso da população estudada, uma vez que dependem exclusivamente do rio.

Porém, não apenas o acesso, mas diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar na Amazônia em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. Para Raciaro (2004) os serviços de saúde prestados a essas comunidades são em sua maioria qualitativamente precários, havendo falta de saneamento e outras questões básicas, que tornam o cidadão incapaz de decidir sobre sua própria vida frente à falta de resolutividade dos serviços.

Para Santos e Victora (2004) “A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados (...) cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados”.

A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi, 2003).

Conforme Pinheiro e colaboradores (2002) a utilização de serviços de saúde por uma população é uma questão complexa, envolvendo o perfil de necessidades em saúde, mas também está condicionado a fatores internos e externos ao setor da saúde, dentre estes a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos, a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos.

Na atenção primária, a transformação que se propõe no SUS, impele à ação que atinja a população mas superando as concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais, principalmente no que se refere ao acesso das populações ribeirinhas aos serviços de atenção à saúde.

Teixeira (1996) discorre sobre a falta de estudos que revelem as condições de vida da população do interior da Amazônia, afirmando que mesmo em estudos como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, talvez a mais importante pesquisa de impacto para o conhecimento da realidade da população brasileira, “reside em cobrirem para a Região Norte, apenas as áreas urbanas, impedindo maior aprofundamento da análise para a população total em anos recentes”.

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância

para sua real implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/depreção do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

Não foram encontrados estudos que se refiram à saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia.

## **2. OBJETIVOS**



## **Objetivo Geral**

Avaliar a Saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.

## **Objetivos Específicos**

1. Elaborar um modelo de estudo avaliativo capaz de avaliar o sofrimento/prazer dos trabalhador na ESF no interior do Estado do Amazonas, por uma perspectiva dejouriana;
2. Construir e testar um Modelo Lógico para orientar a avaliação da ESF, na perspectiva referida;
3. Avaliar o trabalho em Saúde da Família sob os três aspectos: demanda psicológica, controle de trabalho e apoio social;
4. Avaliar o tipo de trabalho e o nível de desgaste do trabalhador de Saúde da Família no contexto amazônico.

### **3. METODOLOGIA**

### **Tipo de Pesquisa**

A operacionalização da presente pesquisa se pautou na avaliação por triangulação de métodos (Denzin, 1973; Samaja, 1992; Minayo, 2001), abordagem pretende entrecruzar múltiplos pontos de vista sobre determinado contexto complexo.

Se utilizou de métodos que levantem informações de cunho qualitativo e dados quantitativos, em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades.

A perspectiva qualitativa se pauta na busca do entendimento e da compreensão de como determinado contexto se dá através da vivência e experiência pessoal dos próprios sujeitos envolvidos (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003), de forma que permite levantar características e dinâmicas de determinado fenômeno, no entanto sem a prerrogativa da generalização, a qual é pertinente para os trabalhos de cunho quantitativo, em que a abordagem estatística com amostra representativa do todo é preconizada, orientada para a verificação e confirmação de hipóteses, enfatizando a confiabilidade e a reaplicabilidade dos dados (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

### **Local da Pesquisa**

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si, assim como características e peculiaridades relacionadas ao trabalho em Saúde da Família.

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 km<sup>2</sup>.



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

A população de Coari é de 66.991 habitantes distribuídos numa área de 57.230 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009 o que a coloca na posição de quinta maior cidade do Amazonas, atrás apenas da capital Manaus e de Parintins, Itacoatiara e Manacapuru. A densidade demográfica corresponde 2,20 habitantes por km<sup>2</sup>. A distância até a capital é de 363 km. O IDH é de 0,627 (médio), o PIB R\$ 980.166 mil. O PIB per capita R\$ 11.626,00 (IBGE, 2004). O município se destaca por produzir petróleo e gás natural, que ocorre em uma região denominada de Urucu. Outro fato importante é que está sendo construído um gasoduto que ligará sua província produtora ao mercado consumidor localizado em Manaus.

Manacapuru tem uma população 86.472 habitantes distribuídos numa área de 7.329,23 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A distância até a capital é de 78 km. A densidade demográfica corresponde a

11,49 hab./km<sup>2</sup>. O IDH é de 0,663 (*médio*), PIB R\$ 282.213 mil e PIB per capita R\$ 3.372,00 (IBGE, 2004).

Parintins dista 315 quilômetros de Manaus, e conta com 107.250 habitantes distribuídos em uma área de 5.952 km<sup>2</sup>, se configura como a segundo maior cidade do estado e um dos pontos turísticos mais importantes da Amazônia. Trata-se de um dos principais Patrimônios Culturais e Festivais da América Latina devido ao Festival Folclórico de Parintins. A densidade demográfica corresponde a 22,9 hab./km<sup>2</sup>, com IDH de 0,696, PIB R\$ 312.226 mil, PIB per capita R\$ 2.861,00 (IBGE, 2004).

São Gabriel da Cachoeira dista 852 km da capital, possui uma área de 109.185 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 41.885 habitantes segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A densidade demográfica corresponde a 0,31 hab./km<sup>2</sup>, IDH 0,673, PIB R\$ 111.093 mil, PIB per capita R\$ 3.261,00 (IBGE, 2004). Situa-se no extremo noroeste do Estado do Amazonas, na bacia do Alto Rio Negro. Limita-se ao norte com a Colômbia e a Venezuela, ao sul e ao leste com o município de Santa Isabel do Rio Negro, ao sul com o Japurá e com a Colômbia. Boa parte do seu território é abrangido pelo Parque Nacional do Pico da Neblina. O município é considerado um ponto estratégico pelo país, e por essa razão a cidade é classificada como área de Segurança Nacional, pela Lei Federal número 5.449. Foi a primeira cidade brasileira a escolher prefeito e vice-prefeito indígenas. No município, nove de cada dez habitantes são comprovadamente indígenas. É o município com maior número de indígenas no país..

## **Participantes**

O projeto de pesquisa previa a inserção de pelo menos três equipes de Saúde da Família de cada um dos municípios. No entanto, foram estudadas quatro equipes em Coari, cinco equipes em Manacapuru e Parintins e quatro equipes em São Gabriel da Cachoeira. Na etapa qualitativa participaram 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos de enfermagem e 23 ACS.

Na etapa quantitativa procedeu-se o censo de 382 profissionais das 37 equipes da ESF entre os quatro municípios, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais.

Todos os profissionais das equipes foram convidados a integrar o corpo de sujeitos da presente pesquisa.

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Apêndice 8), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 7) aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

### **Procedimentos de Pesquisa**

Em termos qualitativos, o presente utilizou técnicas de Grupo Focal, Entrevista Individual Semi-Estruturada e Observação Participante (Beck, 2002; Almeida, 2004; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994).

Em termos quantitativos, foi aplicado instrumento contendo características sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho e ao estresse, assim como o uso de tabaco e álcool.

A entrevista individual é a técnica em que o investigador, perante ao informante, formula questões relativas ao seu problema, que são padronizadas através de um roteiro de questões elaborado a partir das proposições que estudo enseja, de forma a ter uma linha mestra sobre a qual coletar as informações dos diversos informantes, mas também coletando informações não previstas inicialmente, de caráter complementar, explicativo ou inesperado. Conceitualmente é produto dinâmico da interação entre o mundo que os entrevistados trazem em si - o indivíduo não representa a totalidade das características do grupo a que pertence, mas traz consigo traços comuns aos demais integrantes de seu grupo - e o mundo do pesquisador-entrevistador, momento no qual se confronta a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos pertinentes a proposição da pesquisa (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

O uso das entrevistas individuais utilizando roteiro de questões semi-estruturadas revela seu valor ao não se determinar as respostas para cada uma das questões pelo pesquisador, havendo a possibilidade de se coletar o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa e não as opções oriundas da visão do próprio pesquisador, como no uso de questionário. Através das entrevistas individuais garante-se a perspectiva individual sobre determinada problemática.

As entrevistas individuais foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros,

técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde, Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos (Apêndice 1).

Foi também realizada entrevista individual com os gestores em cada município seguindo roteiro de entrevista semi-estruturado específico para esses participantes (Apêndice 2). Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais.

A técnica denominada de grupo focal se trata de entrevistas realizadas coletivamente, em grupo, cujo registro produz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na verbalização de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas sim se trata de um produto coletivo, de sentido mais amplo, sendo útil em situações complexas, envolvendo diversos atores e perspectivas (Berg, 2004; Morgan, 1997; Beck, 2002; Almeida, 2004). Sua relevância está na interação entre o grupo, por se constituir como uma entrevista dinâmica, em que as perspectivas individuais se convergem e divergem de posicionamento sobre as questões propostas, o que permite levantar não apenas as diferentes perspectivas de determinada temática, mas também a interação destas perspectivas. A técnica apresenta importância e singularidade na medida em que esta dinâmica, entre os diversos olhares do mesmo tema, poderia ser menos acessíveis sem a comunicação e interação na forma de grupo.

Para a operacionalização desta técnica, a literatura sugere a utilização de um roteiro de questões pertinentes à temática trabalhada no âmbito da pesquisa. Estas questões devem servir como ativadores das discussões, contendo os diversos questionamentos a cerca da temática investigada.



Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de tratado, será confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal coincide com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho;

enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF.

O grupo focal seguiu um roteiro previsto (Apêndice 3) e foi realizado em cada UBS com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e 3 ACS. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Com relação a terceira técnica qualitativa empregada, a Observação Participante, trata-se de um tipo de método que tem como finalidade levantar como os processos investigados se dão dinamicamente, na ação propriamente dita, imergindo no empírico avaliando ações, relações e evasivos da atividade cotidiana. Pelo fato de que o investigador se insere no contexto e, pela simples presença e mesmo pelas questões que levanta por ali estar, considera-se este tipo de técnica como promotora de certa intervenção nas condições em que os contextos se dão, de forma que o investigador participa mais ou menos dos processos durante o levantamento de informações (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

Esta técnica também coincide com a perspectiva dejouriana, que define como observação clínica, o material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que

Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987).

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio (Apêndice 4), tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em Saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

Paralelamente utilizou-se um formulário para a identificação das Condições Estruturais de trabalho das unidades em que ocorre Saúde da Família (Apêndice 5). Estes recursos também foram utilizados para o registro da área adscrita, assim como do deslocamento que os usuários fazem para chegar até a unidade, de forma a possibilitar aos pesquisadores entender mais profundamente como se dá o acesso destes usuários ao serviço de saúde.

Também foi investigada a dinâmica interna nas unidades, tanto quanto acompanharão visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e quaisquer outras que forem realizadas por outros profissionais durante o período de observação.

Diversas são as técnicas quantitativas para coleta de dados em Saúde Coletiva. Em particular para a presente pesquisa, optou-se pelo uso de um questionário sócio demográfico e uma Escala nomeada *Job Stress Scale* originalmente elaborado por Karasek (1990) com 27 e, em seguida, 49 perguntas, foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões: cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social. A versão resumida da escala validada por Alves (2004) para o português foi o instrumento utilizado para a etapa quantitativa desta pesquisa (Apêndice 6).

Dentre as perguntas que avaliam demanda, quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

O bloco referente ao apoio social contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em

escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

### **Tratamento e Análise dos Dados**

Para as informações qualitativas, o tratamento e análise do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação participante deu-se através da análise hermenêutica-dialética proposta por Minayo (1996). Segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O método utilizado compreende dois níveis de interpretação:

- 1) Nível das Determinações Fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise;

2) Nível de Encontro com os Fatos Empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica.

Utilizou-se os passos seguintes:

1) Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados recolhidos;

2) Classificação dos dados: segundo Minayo (1996), aqui é preciso se compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos;

3) Análise final: é o momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados.

No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de tomá-lo como um revelações da dimensão individual sobre a temática investigada.

Para os dados quantitativos, utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de

cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança à 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos: primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

## 4. RESULTADOS



**Artigo 1** – encaminhado à Revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

### **Folha de Rosto**

**Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

**Work and Psychic Suffering in the Family Health Strategy: a Dejouriana's perspective<sup>1</sup>**

**Trabajo y Sufrimiento Psicológico en la Estrategia de Salud de la Familia: una perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

### **Autor principal**

**Marilise Katsurayama**– [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br) , [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

### **Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rosângela Dutra de Moraes** – [rosangeladutra@ufam.edu.br](mailto:rosangeladutra@ufam.edu.br)

Faculdade de Psicologia

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

---

<sup>1</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houve conflitos de interesse.

Departamento de Saúde Pública  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis (SC)

CEP – 88040-970

Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

**RESUMO**

O presente trabalho propõe uma análise teórica do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na Estratégia Saúde da Família - ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT**

This paper proposes a theoretical construct of worker "psychic suffering" in the Family Health Strategy (FHS) from some of the concepts of Christophe Dejours, seeking a combination of theory and practice aspects of the reorientation of primary care model in Brazil.

Keywords: Family Health; Mental Health; Health Worker.

## **RESUMEN**

Este artículo propone una construcción teórica de lo "sufrimiento psicológico" del trabajador en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) a partir de algunos de los conceptos de Christophe Dejours, que buscan una combinación de teoría y aspectos de la práctica del modelo de reorientación de la atención primaria en el Brasil.

Palabras clave: Salud de la Familia, Salud Mental, Salud del Trabajador.

## **O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O REAL E O PRESCRITO**

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamenta na política da assistência integral, do Sistema Único de Saúde –SUS, sendo constituída por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, com as quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. A ESF está atrelada à perspectiva de ação em equipe interdisciplinar, contando com os seguintes atores sociais: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Dependendo do município, das necessidades e das possibilidades locais conta ainda com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, de saúde mental e de reabilitação (Martines, 2007).

As atividades previstas para a equipe da ESF incluem: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária;

estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Particularmente, o SUS tem como base teórico-conceitual princípios como *universalidade* do acesso aos serviços, *equidade* e *integralidade* como metas a serem atingidas no processo de trabalho junto aos usuários. A adaptação do sistema às diversas realidades do país está prevista nas diretrizes como a *descentralização*, *regionalização* e *controle-social*.

Pode-se considerar, portanto, as atividades previstas para a equipe da ESF pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000) como a *prescrição do trabalho* na atenção básica e os princípios (universalidade, equidade e integralidade) como pontos norteadores desta prescrição. Segundo Abrahão e Torres (2004), a organização do trabalho prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, constituindo a “viga central” da produção.

A percepção de que existe uma distância irreduzível entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* surgiu da interface entre a psicodinâmica e a ergonomia da atividade (Dejours, 1995). Os estudos iniciais da psicodinâmica tiveram como campo empírico o processo de trabalho em indústrias, escutando as experiências subjetivas de trabalhadores semi-qualificados submetidos a uma organização de trabalho taylorista, para os quais há uma rígida prescrição das tarefas (Dejours, 1987). Observa-se uma difusão dos princípios tayloristas (controle) para outros coletivos e para outros espaços de trabalho, como é o caso dos profissionais de saúde da ESF. Assim, guardadas as devidas proporções, no presente estudo será aplicado o conceito de prescrição de trabalho aos profissionais da ESF.

Para Dejours (1997), a *prescrição* (em ergonomia: tarefa ou modos operatórios prescritos) não permite a alteração dos procedimentos determinados pela organização do trabalho; no entanto a imposição do *real* faz com que a mesma jamais possa ser integralmente respeitada, sendo sua transgressão uma maneira de dar sentido ao trabalho.

O *real* é definido como “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (Dejours, 1997, p.40). É sobre o *real*, que é imprevisível, que a técnica prescrita fracassa; assim, o *real do trabalho* está ligado consubstancialmente ao fracasso, aquilo que no mundo nos escapa e se torna um enigma a decifrar, representando um convite a prosseguir no trabalho de descoberta. O *real* não decorre do conhecimento, está além dele e é apreendido inicialmente sob a forma de experiência, no sentido de experiência vivida (Dejours, 1997).

O confronto com o real, que inicialmente se dá pela experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, também cria o espaço para mobilização subjetiva, para a manifestação da criatividade, que conduz à solução do problema e ao usufruto do prazer no trabalho (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Daí a importância de se abordar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com o *real do trabalho*, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al., 1994).

No entanto, é importante ressaltar a diferença teórica entre a “realidade da atividade” (atividade real ou trabalho real) e “real do trabalho” que diz respeito aos limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho.

Diante da realidade brasileira, os profissionais de saúde da ESF encontram uma série de dificuldades, uma delas é a sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda por atendimento, como comenta Oliveira e Albuquerque (2006):

Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de alguns PSF aponta para números de atendimentos superiores com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas (Oliveira e Albuquerque, 2006, p.238).

Os profissionais da ESF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única opção de atendimento daquela população. É nesta realidade social que o profissional se vê diante do *real do trabalho*.

Inúmeras pesquisas (Rocha e Trad, 2005; Silva e Trad, 2005; Nascimento & Nascimento, 2005) abordam a questão da sobrecarga de trabalho nestes profissionais, referindo como causas principais: a grande quantidade de famílias sob responsabilidade da equipe e a carência de serviços de atenção básica em alguns municípios. Estas condições levam à equipe a assumir uma duplicidade de papéis, apresentando alto nível de estresse e cansaço, o que representa um obstáculo a proposta do MS em substituir o modelo curativo por outro com características preventivas e promocionais.

As patologias da sobrecarga se encontram em expansão na atualidade, e se caracterizam quando o sujeito é levado a assumir uma carga de trabalho superior à sua capacidade, conduzindo ao adoecimento (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Identificar a sobrecarga e intervir na organização de trabalho que a condiciona é uma relevante faceta de promoção de saúde no trabalho.

Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de seguir a proposta do MS. Destacam-se a falta de investimentos. A precariedade nas condições estruturais e materiais de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS, surgindo o “nó crítico” principal: de um lado os ideais expressos nos princípios do SUS e do outro a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Segundo Dejours (1987), as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões relacionadas à organização do trabalho (abordada mais adiante) influenciam na saúde psíquica do sujeito. Quando as

condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido a população, o sofrimento mental resultantes da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no nível do conteúdo significativo da tarefa, pode ocorrer a manifestação de doenças, psíquicas e / ou somáticas.

Em sua pesquisa, Oliveira e Albuquerque (2006) ouviu os profissionais das Unidades da Saúde da Família (USF) verificando que as principais limitações da ESF eram as condições de trabalho precárias, tanto materiais quanto estruturais, que não condiziam nem com as necessidades da população ou os ideais do SUS, o que comprometia a qualidade da assistência refletindo na desmotivação destes profissionais.

Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável ao adoecimento no trabalho. Numa tentativa de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar que é possível alcançar um trabalho justo e digno, a fim de buscar prazer na atividade realizada, o trabalhador faz uso de alguns mecanismos (abordados mais adiante).

## **A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FONTE DE ADOECIMENTO**

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; 2007; Abrahão e Torres, 2004). Dejours e Abdoucheli (1994) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.



Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

A partir daí fica então evidente que é na organização do trabalho que estão os fatores responsáveis pelas conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo e Rocha, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo e Rocha, 2007).

Analisando particularmente o trabalho em equipe, este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2005; Kilsztajn, 2001).

Examinando o trabalho em equipe multiprofissional à luz do conceito de organização do trabalho proposta por Dejours (1987), presume-se que o sucesso desse trabalho se relaciona, dentre outros aspectos, do sistema hierárquico, das modalidades de comando e controle, das relações de poder, das questões de responsabilidade. Para que seja alcançado o projeto idealizado pelo MS é necessário que haja a construção de um projeto comum e para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

Todavia, para que isso ocorra, deve-se haver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois na carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar, o trabalho em equipe deixa de contemplar a equipe-integração passando a constituir uma equipe-aglomerado (Peduzzi, 2001).

Silva e Trad (2005) atenta para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral, que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagirem.

Segundo Dejours (2007), o sistema hierárquico e a divisão de tarefas pode se tornar fonte importante de sofrimento no trabalho, pois pode dificultar os processos de reconhecimento, de cooperação, que favorecem as vivências de prazer, identificadas a partir de manifestações de realização, satisfação ou

gratificação das pulsões, remetendo ao conceito de pulsões da psicanálise (Kupfer, 2000).

Nos resultados alcançados por Oliveira e Albuquerque (2006) sobre a percepção dos profissionais da ESF do processo de trabalho, a questão do sistema hierárquico é mencionado. As demandas internas da ESF se mostraram agravadas diante das freqüentes solicitações da coordenação municipal da cidade em questão. No entanto, as responsáveis técnicas pelo grupo são, na maioria das vezes, representadas por enfermeiras, sendo estas responsáveis por responder pela direção da USF, já que a coordenação municipal transfere para elas toda a responsabilidade relativa à ESF, principalmente no que se refere à divisão de tarefas com os demais membros da equipes e às atribuições administrativas e burocráticas. O profissional enfermeiro, nestes casos, é o principal alvo da sobrecarga de trabalho, além de atuar em dissonância com os princípios do SUS no que diz respeito ao trabalho em equipe.

Segundo Mendes (1995):

A coordenação de atividades singulares é implementada por meio da cooperação. Esta não é prescrita nem decretada; depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança (Mendes, 1995, p.37).

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados frente às insuficiências e às contradições da organização prescrita (Mendes, 1995).

No entanto, para uma tentativa de alcançar o preconizado pelo MS para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional seria necessário o que

Dejours (2007) chama de espaço público de discussão. Aonde o trabalhador tem espaço para discutir sobre a organização do trabalho, bem como da cooperação, porém, exige articulação, coordenação e evolução das regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita (Mendes, 1995).

### **QUANDO O PROFISSIONAL VENCE O SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Diante deste cenário, cabe aos profissionais de saúde da ESF fazer uso da inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995 *apud* Mendes, 1995) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade. A inteligência operária (Dejours, 1990) ou astuciosa tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível do trabalhador, e, sobretudo, é uma inteligência em constante ruptura com as normas, regras, sendo fundamentalmente transgressiva.

Dessa forma, os profissionais devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda de forma a alcançar a resolutividade do serviço, a fim de reparar as falhas nas condições e organização de trabalho, mantendo a produtividade estabelecida. Assim, os profissionais se protegem do sofrimento psíquico proveniente do trabalho precário, através do uso da criatividade para a resolução dos problemas.

Assim sendo, há a possibilidade de uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador da ESF, processo que se caracteriza pelo uso da inteligência astuciosa e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. No entanto, a

utilização deste recurso pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia (Dejours, 2007; Mendes, 1995).

Este processo, vivenciado de forma particular por cada trabalhador, não é prescrito, porém é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que evita o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

O ideal seria uma relação de trabalho baseado na confiança e solidariedade entre os pares, para que possam juntos, em uma ação de cooperação, produzir idéias e serviços, minimizando falhas e erros na tentativas de alcançar resultados cada vez melhores do que quando trabalhado sozinho (Mendes, 2007). No entanto, para isso é necessário reconhecimento e valorização da marca pessoal e do esforço a fim de fortalecer a identidade psicológica e social produzindo ações com maior poder de transformação.

Um dos obstáculos enfrentados pelos trabalhadores da ESF é a precarização do trabalho e ameaça permanente de desemprego, provocada pelos inúmeros contratos temporários existentes. Nesse clima de competição, o sujeito inicia uma busca exaustiva pelo reconhecimento (não salutar), "mostrar serviço", passando do sofrimento criativo para o sofrimento patogênico, que, ao invés de buscar sentido para si e para vida no trabalho, se vê na necessidade de se defender da ameaça iminente (Hallack, 2005).

Contudo, o uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento mental do trabalhador, embora evitem o adoecimento, não mostram eficácia no sentido da promoção de saúde e de prazer no trabalho, se não houver uma intervenção na organização de trabalho que conduz ao sofrimento. É

fundamental um olhar cuidadoso dos gestores (Secretários de Saúde) e dos níveis estratégicos da organização (Coordenadores do Programa Saúde da Família) sobre os atores que sustentam e desenvolvem a ESF, superando os desafios e obstáculos, que são ampliados diante das peculiaridades da realidade amazônica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo teve o intuito de demarcar alguns conceitos da teoria dejouriana articulando ao trabalho dos profissionais na ESF, visto que a compreensão da configuração da saúde mental dos profissionais de saúde dentro da ESF é necessária para a construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes.

Para que seja oferecido aos usuários um serviço satisfatório na Atenção Básica, caminhando desde o tratamento horizontal, acolhimento e vínculo até a resolutividade, integralidade e humanização do atendimento, a saúde mental do trabalhador se revela de suma importância, dado que a qualidade do serviço oferecido se configura como reflexo direto dessa organização de trabalho e das possibilidades de falar acerca do trabalho, ser escutado, exercitar a mobilização subjetiva e buscar a transformação das condições patogênicas. Neste sentido, a análise do sofrimento psíquico desses trabalhadores é de suma importância, uma vez que pode auxiliar na identificação de entraves desta política pública e indicar caminhos para a superação dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos em psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

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.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.

HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.

KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.

KUPFER, M. C. **Freud e a Educação**. 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde *versus* as

ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.

OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.

SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.



**Artigo 2:** Encaminhado à revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

**Avaliação da ‘Saúde do Trabalhador de Saúde’ por um modelo teórico  
Dejouriano<sup>3</sup>**

**Evaluation of ‘Health’s health worker’ through a Dejouriano theoretic  
model<sup>1</sup>**

**Evaluación da ‘Salud Del Trabajador de Salud’ por un modelo teórico  
Dejouriano<sup>1</sup>**

**Autor principal**

**Marilise Katsurayama** - [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com) / [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

**Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis (SC) CEP – 88040-970

Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

---

<sup>3</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houveram conflitos de interesse.

**Resumo**

O presente artigo propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família (ESF), suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

**Abstract**

This article proposes the construction of a theoretical model for evaluative research into the health of workers at the Family Health Strategy (FHS), supported by Christophe Dejours theory, addressing the dynamics of mental processes involved in the subject's confrontation with the reality of work.

Keywords: Health Worker; Family Health Strategy; Theoretic Model; Christophe Dejours.

**Resumen**

En este artículo se propone la construcción de un modelo teórico para las investigaciones sobre la salud de los trabajadores en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), apoyado por la teoría de Christophe Dejours, que aborda la dinámica de los procesos mentales implicados en la confrontación del sujeto con la realidad de trabajo.

Palabras-clave: Salud Del Trabajador; Estrategia de Salud de la Familia; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

## INTRODUÇÃO

Com intenção de reorganizar a Atenção primária brasileira, o Ministério da Saúde implementou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Gradativamente, o PSF tornou-se uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica. Além disso, o programa parte de nova perspectiva de prática assistencial e a adoção de novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (Brasil, 1994; Brasil, 2001).

A Unidade Saúde da Família (USF) representa o palco de atuação da equipe multiprofissional do PSF, composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal. Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (Araújo e Rocha, 2007).

Cada profissional da equipe possui atribuições específicas. No entanto, cabe a todos fomentar e desenvolver, conjuntamente, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos municípios, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho nas equipes de Saúde fundamenta-se nas relações interpessoais. Acrescida à esta característica, a organização institucionalizada do trabalho também promove relações de desejos, interesses e, por decorrência, conflitos. Particularmente nas equipes de Saúde, há um terceiro elemento que trata das competências, poderes e pressões próprias da gestão em saúde (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores ao separar o trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural que é o aparelho mental se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se deram tanto na saúde física quanto mental dos trabalhadores diante das prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995).

Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours apresenta dois momentos: 1) A década de 70 quando a disciplina psicopatologia do trabalho abordou a interface homem – liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo); 2) A década de 90, denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours, 1994).

Dentro desse cenário de reformulação da organização do trabalho, tornou-se indispensável à análise das variáveis que influenciam o processo prazer-sofrimento destes atores importantes nas práticas de saúde reorganizadoras da atenção primária. Para isso se propôs a construção de um modelo teórico destinado a uma pesquisa avaliativa da saúde do trabalhador na ESF.

## **PROPOSIÇÃO DE MODELO PARA PESQUISA AVALIATIVA**

Modelo lógico ou modelo teórico, segundo Bunge (1974) é uma representação conceitual esquemática do objeto-modelo. Este, por sua vez, consiste numa representação esquemática de uma idealização (primeiro passo para a conquista conceitual da realidade), representando traços essenciais de um objeto completo que reproduz características comuns a classes de fatos ou coisas, deixando de lado a individualidade e adotando a representatividade de toda uma classe de fatos ou coisas (Bunge, 1974).

Segundo Almeida-Filho (2000), os modelos teóricos são capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, sobre os processos, fenômenos ou eventos; alcançando o conceito da realidade através da integração da avaliação à uma teoria - conjunto de proposições relativas às propriedades de tal objeto que não seriam sensorialmente abordáveis.

No entanto, para que o modelo teórico auxilie no processo de investigação científica é necessário que seja suportado por uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, sendo considerado o segundo passo nesta construção. A teoria adotada no presente artigo origina-se de Christophe Dejours (1987), devido à análise dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Nesta perspectiva, chegou-se a construção do seguinte modelo teórico, dividido em duas partes, sendo a primeira parte o modelo geral e a segunda parte correspondente ao foco da pesquisa avaliativa.

### **Figura 1**

No âmbito nacional, o **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)** é responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional. Também é da sua esfera de ação a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, cujo propósito é a estruturação de efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas de suas competências são: realizar diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde no Brasil nos seus vários aspectos; desenvolver sistemas de informação, acerca dos trabalhadores da saúde, que possibilitem a tomada de decisão pelos gestores do SUS; apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde no Brasil; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando direitos e deveres dos trabalhadores de saúde; colaborar com os demais gestores do SUS para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado complementar nos municípios e estados; desenvolver mecanismos e instrumentos de pactuação para a gestão do trabalho nos municípios, nos estados e nas regiões; articular pactos entre os gestores do SUS em torno dos processos de trabalho, qualificação e distribuição dos profissionais em saúde; articular, em conjunto com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, a formação de profissionais para a permanente intervenção junto aos

problemas de gestão do trabalho em saúde entre outras competências (Brasil, 2005).

Para o incentivo a gestão, regulação e regulamentação do trabalho em saúde foram criadas as Ações Prioritárias: Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS e Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através das portarias 626/GM de 8 de abril de 2004 e 2.430/GM de 23 de dezembro de 2003, respectivamente.

A ação prioritária nomeada **Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)** elaborou diretrizes de forma a oferecer ao trabalhador do SUS: **carreiras unificadas** que permitam a elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o sistema; **identidade profissional**, incentivando a construção/ consolidação de uma **cultura** própria dos trabalhadores do SUS; **perspectivas de desenvolvimento na carreira**, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho; **avaliação de desempenho profissional e institucional**, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional; **gestão democrática**, compartilhada entre gestores e trabalhadores, o que proporcionará maior democratização das relações de trabalho.

Os princípios que norteiam essas diretrizes e deverão estar presentes nas decisões institucionais são: I – **universalidade**: os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abarcar todos os trabalhadores; II – **equivalência**: os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes federados; III – **concurso público**: o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso público; IV – **mobilidade**: assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos, e a progressão na



carreira; V – **flexibilidade**: garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; VI – **gestão partilhada**: estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e na gestão do plano de carreira, propiciando maior democratização das relações de trabalho; VII – **carreira como instrumento de gestão**: permite a organização dos cargos e a adoção de instrumentos gerenciais para a política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional; VIII – **educação permanente**: assegura a oferta permanente de estratégias de educação para as necessidades dos serviços; IX – **avaliação de desempenho**: refere-se ao processo focado em critérios técnicos, a serem definidos com o aprofundamento da discussão; X – **compromisso solidário**: entendido como um ajuste entre gestores e trabalhadores em favor da qualidade dos serviços.

Esses princípios buscam atender aos seguintes objetivos: I – orientar a organização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização e alocação profissional, conforme necessidade do sistema, para atender aos municípios e às regiões especialmente carentes, de forma a contemplar as demandas de trabalhadores e gestores por carreira na área de saúde; II – valorizar os trabalhadores por meio da **equidade** de oportunidades de desenvolvimento profissional, como forma de também ampliar e qualificar os cuidados progressivos à saúde e garantir os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação popular e do controle social, da autonomia das pessoas e da descentralização do sistema; III – estimular a elaboração de Planos de Carreira, com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os órgãos e instituições que compõem o Sistema Único de Saúde na

União, nos estados, no Distrito Federal, nos municípios e na rede complementar; IV – incentivar ações permanentes de qualificação dos trabalhadores; e V – buscar o estabelecimento de compromisso solidário entre gestores e trabalhadores do SUS, com qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde

Já o **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho** no SUS propõe as seguintes ações: fixar diretrizes e um cronograma para o recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada; definir um modelo de cadastro único/mínimo; monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo; dimensionar e estimular a realização de concursos públicos nas três esferas de governo; realizar o levantamento dos trabalhadores em situação precarizada quanto às formas de inserção e vínculos existentes; indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; induzir, por meio da cooperação com os entes federados, uma nova concepção de relações estáveis de trabalho, substituindo as relações precárias e informais, com o compromisso de valorizar o trabalho e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários do SUS; propor mecanismos de financiamento, pelo governo federal, que estimulem as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho no SUS, com especial ênfase aos agentes comunitários de saúde e às equipes de saúde da família; valorizar e divulgar iniciativas, adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignifiquem o trabalho humano e possibilitem a melhoria dos serviços de saúde no País, com enfoque multiprofissional, entre outros.

## Figura 2

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

As condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões supracitadas relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico (Dejours, 1994). No entanto, segundo Guareschi e Grisci (1993) esses dois tipos de sofrimento (físico e psíquico) são diferentes: o físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Para a avaliação da Saúde do Trabalhador no processo de trabalho na ESF utilizaremos a seguinte matriz conceitual embasada pelo teórico Christophe Dejours (1987):

**Organização do Trabalho** - divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Dejours e colaboradores(1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações. As questões relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico.

**Condições de trabalho** - ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho influenciam na saúde física do trabalhador. Portanto, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho a depender de sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos que não se confluem: o

trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. Dessa forma, de acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da **sublimação**, conceituada pela Psicanálise com a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade no trabalho.

Diante da **prescrição da tarefa**, cabe ao trabalhador fazer uso de suas **estratégias de mobilização subjetiva** a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento

buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser **individuais ou coletivas**, no primeiro tipo, estas se encontram interiorizadas e quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento contribuem para o surgimento do segundo tipo, este depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento no trabalho proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos: 1)**ressonância simbólica**: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória; 2)**espaço público de discussão coletiva**: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução (Mendes, 1995).

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995) como a **intelligence de la pratique**, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade.

A partir de então, surge o conceito de **mobilização subjetiva** – processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho - dependente da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a reorganização do trabalho na ESF, a investigação do processo prazer-sofrimento dos atores envolvidos é importante uma vez que a saúde do trabalhador na ESF está diretamente implicada no funcionamento do sistema. A importância da temática é evidenciada pela existência de iniciativas do governo federal para a desprecarização do trabalho no SUS.

Neste sentido, a teorização de Christophe Dejours apresenta elementos importantes para estudos avaliativos, sendo particularmente importante o binômio sofrimento-prazer no trabalho, que se relaciona às condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de

segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) mas também os aspectos psíquicos, ou seja, aqueles invisível - em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador.

Também é fundamental o entendimento de como se manifestam as questões relacionadas à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Estas características do trabalho em saúde modularão a vivência do trabalhador no SUS, e a forma com que este reagirá às dificuldades das situações de trabalho, havendo sofrimento e prazer, resultados da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza.

Em vista do exposto, há grande potencial na teoria de Christophe Dejours para a análise dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do trabalhador de Saúde da Família com sua realidade na ESF.

## **Colaboradores**

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

## **Referências**

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.



ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1990.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Humain**, v.58, p. 1-16, 1995.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.3, n.1, p. 34-38, 1995.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.





**Artigo 3** – Encaminhado para Revista de Saúde Pública

## **O Trabalho e a Subjetividade na Estratégia Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas**

Marilise Katsurayama  
Rosana Cristina Parente  
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

### **Resumo**

Este artigo traz uma análise da relação trabalho-subjetividade na Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior do Estado do Amazonas, sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, segundo a qual o trabalho é aquilo que demanda, além do saber-fazer, engajamento do corpo e mobilização da inteligência, mas também a capacidade de refletir, criar e inventar. Diante do real do trabalho, os trabalhadores da ESF na Amazônia enfrentam questões peculiares quanto aos serviços de saúde desses locais. Propôs-se a partir daí uma análise do que é invisível no trabalho na ESF desta região.

**Palavras-chave:** Trabalho; subjetividade; Estratégia Saúde da Família; Amazonas.

### **Abstract**

This paper provides an analysis of the work-subjectivity in the Family Health Strategy (FHS) in the interior of the Amazonas State, from the perspective of the work's psychodynamics, whereby the work is what we demand, not only the know-how, commitment and mobilization of the body of intelligence, but also the ability to think, create and invent. In front of the real work, the ESF workers in the Amazon face unique issues regarding the health services of these sites. It was proposed, thereafter, an analysis of what is invisible at work in the ESF in this region.

**Keywords:** Work; subjectivity; Family Health Strategy; Amazon.

## **INTRODUÇÃO**

Na região Amazônica, diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi et al, 2003).

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância para sua implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde, as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

O trabalho, no que ele tem de essencial não pertence ao mundo visível, pois o sofrimento, como tudo que é afetivo, é a origem da inteligência e constitui a própria essência do trabalhar, sendo, portanto, não mensurável. Portanto, o trabalho não pode ser objeto de uma avaliação objetiva, pois, segundo Dejours (2004), só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica.

Esta dificuldade se agrava no momento em que as atividades de trabalho evoluem na direção de tarefas imateriais, ou seja, quando não há a produção de objetos materiais, mas como nessa pesquisa, em que o objetivo principal a ser alcançado com o trabalho é a promoção da saúde da comunidade através da prevenção de patologias. Então a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível e, sem a exploração da relação trabalho e subjetividade, uma importante parte do trabalho efetivo permanece na sombra, não sendo passível de avaliação (Dejours, 2004).

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo; para subjetividade, trabalhar constitui uma provação que a transforma, não é somente produzir, é transformar a si mesmo e, assim, oferecer à subjetividade uma oportunidade para se testar ou, até mesmo, se realizar.

O objeto de atenção desta pesquisa dentro do cenário supracitado delimita-se à dimensão sócio psíquica do trabalho através de uma análise clínica da relação entre subjetividade e trabalho, descrita por Dejours (*apud* Mendes, 2007) partindo dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a inter-subjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

A presente pesquisa teve como objetivo a análise desta relação escolhendo como foco o trabalho na Estratégia Saúde da Família em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.



Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Nestes municípios a pesquisa se estendeu a, pelo menos, três equipes de Saúde da Família em cada um dos municípios. Participaram da pesquisa 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos (técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de planejamento, recepcionistas, e assistentes de cirurgião-dentista [ACD]) e 23 ACS.

As *entrevistas individuais* foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde [ACS],



Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos. Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais com duração média de 30 minutos.

O *grupo focal* seguiu um roteiro previsto e foi realizado em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e no mínimo 3 ACS. Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de

tratado, foi confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal se harmoniza com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho; enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF. No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de identificar falas e respectivos sujeitos que as formularam, pois revela a dimensão individual sobre a temática investigada.

Já a técnica da *observação participante* se aproxima neste estudo ao que Dejours (1987) definiu como observação clínica, que consiste no material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível

evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987)

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

O *tratamento e análise* do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação não participante foi através da *análise hermenêutica-dialética* proposta por Minayo (1996), segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Assim, segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e

efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Protocolo ético 121/2009), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***O conteúdo significativo do trabalho: investimentos simbólicos***

Com relação à escolha dos profissionais pela realização de atividades no nível da atenção básica os discursos dos profissionais estiveram divididos por dois grandes grupos de fatores motivadores do trabalho na ESF: 1) a satisfação em trabalhar com atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como de estar em contato direto com a comunidade, identificação com a proposta, credibilidade na eficácia da proposta e em seu poder de transformação, sentimento de utilidade para a melhoria da saúde da população de seu município; 2) a necessidade de sustentação financeira, falta de perspectiva de emprego diante da falta de especialização. Como pode ser visto nas falas a seguir:

“o que eu gosto mesmo é essa coisa do cuidado, da freqüência com que a pessoa tem com a família.” (Médico 02 – Coari)

“Então sempre pensei que sendo médico eu poderia voltar e transformar a realidade, como coariense, não só ta de passagem por aqui, mas tentar transformar mesmo, através da minha profissão tentar ajudar a população da melhor forma.” (Médico 03 – Coari)

“(…) eu prefiro trabalhar no interior pra ter um vinculo maior com os pacientes (…)” (Médico 04 – Coari)

“(…) sempre trabalhei pro lado voltado pra saúde pública, trabalhei na saúde indígena, me identifiquei bastante, tem um laço com os colegas que fazer parte da equipe e como eu vim de uma família simples, humilde eu sempre procurei cooperar e tudo aquilo que nós conseguimos pelo serviço público tem gasto ‘pra’ eles então é uma contribuição muito boa.” (Médico 01 – Manacapuru)

“(…) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim.” (Médico 02 – Manacapuru)

“(…) pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital.” (Médico 01 – Parintins)

“É uma questão de contato também, a gente consegue acompanhar o desenvolvimento da saúde das famílias, da comunidade. A comunidade ‘tá’ bem mais próxima do que era antigamente, tem as campanhas, então hoje eu vejo com bons olhos o advento da saúde da família, né?” (Médico 02 – São Gabriel da Cachoeira)

“É o trabalho que eu me identifico. Primeiro porque eu fiz a especialização e mestrado em odontologia preventiva e social, então eu me identifico muito.” (Dentista 01 – Coari)

“No interior tem carência de profissional, no interior tem como ter o diferencial, aqui a gente faz a diferença, enquanto que na capital a gente é mais um, não consegue desenvolver trabalho nenhum, o paciente muda de endereço e você não sabe mais nada e aqui não, aqui é diferente, a gente vê as crianças crescerem. É até engraçado porque a gente vê a criançadinha que a gente atendeu com cinco anos, chega em você: oi tia! E quando você olha é um baita garoto. Então você vê crescer, e eles falam: olha tia eu continuo escovando os dentes, olha tia não tive mais cárie. Então é gratificante esse trabalho.” (Dentista 03 - Parintins)

“(…) sou de família muito pobre, (…) e via e vejo uma oportunidade de trabalhar com isto e me coloquei a disposição pra atender uma vez que já aconteceu comigo, não tinha onde ficar, não tinha ninguém e eu me coloquei a disposição, a razão então foi social.” (Dentista 01 – Manacapuru)

“Porque eu me formei, foi a opção que eu tive (…)” (Enfermeiro 03 – Coari)

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade

técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Diante da teoria dejouriana, ao mesmo tempo que a atividade de trabalho envolve uma significação narcísica, ela comporta os investimentos simbólicos e materiais destinados 'a um outro', o 'Objeto'. Portanto, o conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto pode veicular um certo número de símbolos através dos gestos que ela implica, dos instrumentos que ela movimenta, da atmosfera que na qual ela opera. A natureza e encadeamento desses símbolos dependem, por sua vez, da vida interior do sujeito, do sentido simbólico que ele introduz na sua atividade de trabalho, essas significações podem ser tanto concretas, direcionadas a um objeto exterior e real, quanto abstratas, direcionadas a um objeto interiorizado por outro, cujo papel é decisivo na vida (Mendes, 2007). Portanto, no conteúdo significativo do trabalho consideram-se dois componentes: o conteúdo significativo em relação ao Sujeito e o conteúdo significativo em relação ao Objeto (Dejours, 1987).

As significações concretas encontradas nas falas em sua maioria dizem respeito à sustentação financeira (meio de complementar a renda, primeira e/ou melhor oportunidade de emprego). As significações abstratas relacionam-se a sonhos e projetos de realizações possíveis, além do desejo de ajudar a população adscrita dada a identificação com o município, na maioria das vezes devido à sua naturalidade (pertencer ao município onde trabalha). Toda essa significação "põe em questão a vida passada e presente do sujeito, sua vida íntima e sua história pessoal. De maneira que, para cada trabalhador, esta dialética do Objeto é específica e única." (Mendes, 2007, p.50).

Um número considerável de profissionais trouxe como motivo principal de trabalharem na ESF o fato de serem recém-formados e esta ter sido a única, ou a melhor oportunidade de emprego na condição que se encontravam. Questiona-se a partir daí a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, podendo implicar na satisfação pessoal do profissional e falta de dedicação para com a realização das atividades da proposta. Dado que, segundo Mendes (2007) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando seu sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Mendes, 2007).

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho, 2007).

Como confirma Dejours (1987):

Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo (Dejours, 1987, p.49).

Além de capacidade técnica e identificação com a proposta, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe (Ronzani, 2001).

A afirmação de Ronzani (2001) vai de encontro aos resultados dessa pesquisa, enquanto o profissional da ESF deveria priorizar o vínculo com o paciente e a família, para um melhor acompanhamento do paciente/família, melhor adesão ao tratamento, melhor desenvolvimento da autonomia destes, os profissionais que encontramos no interior do Estado do Amazonas apresentaram uma intensa rotatividade, havendo médicos que haviam assumido a função há menos de 15 dias, não sendo capaz dessa forma de conhecer a realidade da população adscrita, nem tão pouco estabelecer o vínculo necessário na relação médico-paciente e indispensável na atenção básica, além de profissionais que acabavam de deixar definitivamente seu posto de trabalho, sem, no momento, ter sido substituído por outro profissional. Neste caso, é comprometida a organização do trabalho no que se refere ao trabalho multiprofissional que necessita de uma relação de ajuda mútua e boa interatividade entre os diferentes profissionais, culminando num



comprometimento grave no atendimento da população, bem como um comprometimento na composição do quadro mínimo de profissionais atuantes.

Segundo Nascimento e Costa (*apud* Cohn, 2009, p.83):

(...) nas grandes cidades os trabalhadores dessas unidades exercem atividades longe do seu local de moradia, e até mesmo em outros municípios. Como decorrência, a rotatividade de profissionais é muito intensa, uma vez que estão sempre à procura de postos de trabalho próximos de suas residências, comprometendo assim a lógica de fixação de equipes no território e a conseqüente consolidação da nova organização de trabalho (Nascimento e Costa *apud* Cohn, 2009, p.83).

Além do mais, grande quantidade de profissionais (em sua maioria médicos) que participaram da pesquisa eram de outros Estados do Brasil, estando inseridos na ESF pela melhor oportunidade de emprego fora da cidade natal, havendo inclusive um profissional que era de outro país e não conseguia ainda compreender algumas perguntas ou mesmo ser compreendido em suas respostas. Reforça-se com isso a necessidade de se conhecer melhor a cultura regional através de uma imersão na realidade dessas famílias, para isso é importante que o profissional se comprometa e se dedique à realização da proposta.

### ***Estratégias Defensivas diante do Sofrimento: uma tentativa de se defender do sofrimento***

Diante das dificuldades relatadas pelos profissionais (falta de estrutura, medicamentos, recursos humanos) dos municípios do interior do Estado o profissional muitas vezes se vê na impossibilidade de rearranjar a organização do trabalho diante das condições de trabalho disponibilizadas. A partir daí,

Dejours (1993) defendem que a não canalização da descarga da energia pulsional no exercício do trabalho levará a um acúmulo no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Se este acúmulo permanece por muito tempo, as capacidades de conter esses sentimentos transbordam, desencadeando perturbações somáticas (tradução somática) (Dejours, 1993).

Segundo Dejours (1987):

De uma relação desarmoniosa entre o conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) e a estrutura da personalidade pode emergir uma insatisfação e, correlativamente, um sofrimento que são de natureza mental e não física (Dejours, 1987, p.57).

Autores como Beck (2000), Ferreira e Mendes (2001; 2003) e Morrone (2001) confirmam ser a falta de infra-estrutura um aspecto dificultador da produção e gerador de sofrimento. Portanto, com a finalidade de enfrentar esse sofrimento, o trabalhador da ESF busca estratégias inconscientes afim 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. Na pesquisa realizada foram identificadas algumas estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, uma delas, foi a racionalização, ou seja, a busca de explicações lógicas para se continuar trabalhando.

Quando questionados sobre o seguimento ou não do que é preconizado pelo SUS ao funcionamento ideal da ESF, alguns profissionais demonstraram uma atitude de resignação com as más condições de trabalho (em termos quantitativos e qualitativos), emergindo através de expressões como “a gente

faz o que pode”, “fazemos o que está ao nosso alcance”, “fazemos nossa parte na medida do possível”. Verifica-se nesses recortes uma estratégia defensiva para evitar o sofrimento eminente diante da frustração e sentimento de impotência na dificuldade para a realização de seu trabalho, dessa forma, diante do real do trabalho, o profissional fugindo do sofrimento exime sua culpa no não cumprimento do que está prescrito. Como evidenciado na fala a seguir:

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão. Então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área, tem algumas coisas que são deficientes e pra funcionar como o SUS idealiza depende só dos nossos gestores não depende da gente (...) (Membro da ESF)

Parafraseando Dejours (1987) a ideologia defensiva não é dirigida contra uma angústia proveniente de conflitos intra-psíquicos de natureza mental, mas sim contra perigo e riscos reais, é tão inevitável quanto obrigatória, pois substitui os mecanismos de defesa individuais. Como complementa Dejours (1987), a ideologia defensiva:

tem por objetivo mascarar, conter, ocultar uma ansiedade particularmente grave. (...) é a nível da ideologia defensiva, enquanto mecanismo defesa elaborado por um grupo social particular, que devemos procurar uma especificidade (Dejours, 1987, p36).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o

que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Ainda complementa Dejours (1993 In: Santos - Filho, 2007):

(...) o processo de cooperação é a base para a constituição de uma equipe; é aquilo que funda o coletivo de trabalho". E é pela cooperação que um coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus "erros" e "riscos" minimizados (Santos Filho, 2007, p.89).

Dentre as transformações que o trabalho em saúde vem sofrido nas últimas décadas, principalmente no âmbito público, a atenção se volta para alguns pontos chaves geradores dos problemas atuais. As relações sociais de trabalho é um desses pontos, o Ministério da Saúde (2006) preconiza que os serviços devem ser estruturados mediante a integração dos diferentes profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais, são as chamadas equipes multiprofissionais de referência; referência no sentido de "vínculo" a ser estabelecido com o usuário. Deseja-se também que essas equipes configurem-se "equipes colegiadas", ou seja, que planejem, avaliem e tomem decisões coletivamente, colocando em pauta o seu próprio trabalho e vivências, emitindo um "olhar para dentro", sobre seu próprio processo e condições de trabalho, partindo então da sua realidade cotidiana para negociações e intervenções (Brasil, 2006; Campos, 2006).

Para que haja esse espaço aberto à livre discussão dos trabalhadores ("espaço de discussão") é necessário confiança entre eles, pois representa um espaço onde podem ser formuladas de forma livre e pública opiniões por vezes contraditórias com o objetivo de proceder a arbitragens e de tomar decisões

que interessam ao futuro do serviço e que dizem respeito ao futuro concreto de todos os membros que o constitui. É nesse espaço de discussão aberto à deliberação coletiva que permite alcançar um consenso, mas para que isso ocorra é necessário que os sujeitos que aí intervêm possam compreender-se: falar para não dizer nada, falar sem a intenção de discutir ou ser discutido, escutar sem ouvir (Dejours, 1997).

Quando questionados sobre a existência desse espaço para reunião da equipe e discussão das atividades e questões pertinentes ao funcionamento da ESF poucas equipes relataram fazer uso de um momento como esse, as que faziam, relataram ser muito difícil reunir a equipe por completo, os profissionais médicos e dentistas eram os que tinham maior dificuldade para estar presentes nas reuniões semanais, a justificativa para tal foi o desencontro entre os horários de trabalho na UBS desses profissionais. No entanto, apesar da ESF preconizar o cumprimento de devida carga horária, supõe-se que isso não está sendo cumprido nos municípios pesquisados, visto que a dificuldade dos pesquisadores em encontrar esses dois profissionais presentes nas unidades para a realização das entrevistas (individual e grupo focal) foi grande.

Sobre a autenticidade do que foi expresso nos grupos focais, o “espaço de discussão” criado pelos pesquisadores emergem interesses estratégicos em termos de poder que se acredita terem sido transpostos da organização do trabalho local para o grupo focal, não havendo uma relação de equidade entre os membros diante do espaço de discussão, o que compromete a autenticidade da palavra expressada. Na maior parte dos grupos focais, as relações de poder foram facilmente identificáveis, em sua maioria o autoritarismo, a postura hierarquizada do profissional causadores de

intimidação, medo e silêncio partiram do médico ao enfermeiro e deste último aos ACS. De acordo com Dejours (1997):

Em regra, a autenticidade só pode ser esperada se entre o ego que fala e o outro que escuta existe uma relação de equidade. Tomar a palavra para expressar publicamente as razões de agir comporta sempre um risco; Esse risco só pode ser atenuado quando escutar representa também um risco: o de ser desestabilizado na sua análise, na sua compreensão e na sua opinião, ao considerar a opinião do outro (Dejours, 1997, p.60).

Durante os grupos focais, o observador participante notou uma considerável homogeneidade no comportamento dos ACS de todos os quatro municípios: em meio a essa entrevista coletiva, este grupo de trabalhadores (sempre em maior número que os outros profissionais) mostrava-se apáticos, calados e inibidos. Dejours (1987) ressalta que a ausência de comentários na discussão e expressão do grupo pode ter um valor expressivo se tivermos como referência a relação sofrimento-defesa, portanto, se o comentário desaparece, é porque há um dispositivo defensivo estabelecido para lutar contra a percepção, contra o patético, o sofrimento, seria a chamada “negação da percepção”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa visou essencialmente a vivência subjetiva, considerando o principal carreador o *comentário* em sua dimensão que engendra concepções subjetivas, hipóteses e interpretações do trabalhador.

A partir do momento em que se reúnem, à *solicitação*, um coletivo em função das necessidades do que se deseja pesquisar, já ao se formar, provoca

efeitos sobre a situação, até mesmo sobre as relações sociais na organização do trabalho. A pesquisa constitui-se, portanto, sempre como uma pesquisa-ação, em que o grupo homogêneo é definido, na verdade, pelas categorias subjetivas, ou seja, pelo objetivo de sustentar a solicitação de análise e compreensão de sua relação psíquica com o trabalho.

Partindo da concepção de que cada trabalhador é gestor de seu próprio trabalho, torna-se necessário vislumbrar o potencial gerador de mudanças a partir do trabalho cotidiano, mobilizando equipe e sujeitos em torno da reflexão sobre seu próprio 'fazer' (Santos Filho, 2007).

O "estado de segredo selado na vivência" esconde uma modalidade particular de existência do saber, a de somente existir na vivência coletiva do trabalho e de dissolver-se assim que há interesse pela vivência individual, mas que, para ser acessado requer o recurso à palavra (discurso operário). Torna-se então necessário, através da palavra e dos sistemas defensivos, uma leitura do sofrimento operário. É preciso ouvir e interpretar/desmascarar o sofrimento que é insidioso, silencioso.

## REFERÊNCIAS

Beck, C.L.C. *Da banalização do sofrimento à sua ressignificação ética na organização do trabalho*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

Campos, G. W. S. *Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

Cohn, A. *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo, CEDEC, 2009.

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.

Dejours, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

Dejours, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34, 2004.

Dejours, C. *Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

Ferreira M. C. & Mendes, A.M. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 6 (1), 97-108, 2001.

Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília, Fenafisp, 2003.

Lewin, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

Mendes, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Mendonza-Sassi, R.; Béria, J. U.; Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 37(3):372-8, 2003.

Minayo, M. C. de S. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

Ministério da Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.

Ministério da Saúde. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Morrone, C.F. "Só para não ficar desempregado" – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

Ronzani T. M. *O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG*. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. Anais do XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001.



Saint-Girons, B. (1968). Motivation. *Encyclopedia Universalis*.11:397-398, Paris.

Santos-Filho, B.; Barros, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

**Artigo 4** – a ser encaminhado, após a defesa, para a revista “Social Sciences and Medicine”

## **TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

### ***Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon***

Marilise Katsurayama

Rosana Cristina Pereira Parente

Rodrigo Otávio Moretti Pires

#### **RESUMO**

As peculiaridades da região Amazônica tornam a prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil diferente de outras regiões, diante disso pretendeu-se com esse estudo analisar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Para isso fez-se uso da pesquisa por métodos mistos em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, congregando o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual, grupo focal e observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* e teste AUDIT. Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais; foram realizados 17 grupos focais e 132 entrevistas individuais. A maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%) e possui mais de um vínculo empregatício (95,35%), a minoria é concursada (15,7%). Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira. O modelo de regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06).

Palavras-chave: região Amazônia, processos psíquicos, trabalho.

## TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

### *Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon*

#### ABSTRACT

The peculiarities of the Amazon region to make public provision of health services in this region of Brazil is different from other regions, whereupon it was intended with this study to analyze the psychological processes involved in the subject's confrontation with the reality of work. For that was used a mixed methods research in four municipalities in the state of Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins and São Gabriel da Cachoeira, bringing together the gathering of information with qualitative (individual interviews, focus groups and participant observation) and quantitative data collection through the Job Stress Scale Test and AUDIT. Was carried out sense of the population of 382 professionals from 37 ESF teams, with loss of 11% to 344 professionals, 17 were conducted 132 focus groups and individual interviews. Most of them receive less than one minimum salary (60.47%) and has more than one employment (95.35%), the minority is gazetted (15.7%). Between physicians and dentists predominated high wear and passive work, respectively. The city with the highest prevalence of high wear and passive job was São Gabriel da Cachoeira. The model of logistic regression indicates that the risk to realize increased demand is related to male labor, the professionalo in the last five years and not smoking; for the perception of no control, also the male labor and the habit of not smoking , with higher risk among workers of higher (OR = 3.06).

Keywords: Amazon region, mental processes, work.

#### INTRODUÇÃO

Na realidade amazônica, os serviços de saúde apresentam peculiaridades com relação ao seu funcionamento, estrutura, demanda diferenciada, entre outros aspectos. A questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas está entre as principais barreiras para a democratização na utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas. Para Ranciaro (2004) os serviços de

saúde prestados são precários, faltando saneamento e outras necessidades básicas.

A principal forma de prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza por uma lógica diferente da atenção tradicional, pautada na assistência integral e do trabalho integrado e multiprofissional.

A efetivação da ESF no contexto do interior da Amazônia, independente das peculiaridades regionais, é de suma importância em razão do direito de acesso a prestação de serviços de saúde, pautados na universalidade, equidade e integralidade, panorama que implica em contradições com a exclusão social existente na região (Ministério da Saúde, 2000).

Neste artigo, vamos nos voltar para o trabalhador da ESF no interior do Estado do Amazonas. O papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano é essencial, já que se constitui como elemento fundamental da existência humana, permitindo que o homem manifeste características especificamente humanas, junto aos espaços para a criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada. O trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

A saúde do trabalhador de saúde é mais ampla que o aparato biológico-individual e do processo 'saúde-doença' - doenças ocupacionais ou fatores de risco. Especificamente na região amazônica, é necessária a perspectiva ampla sobre o tema, na medida da inserção diferenciada dos trabalhadores de saúde em seus processos de produção de serviços para a população ribeirinha, o que

traz diante destes desafios técnicos, econômicos, socioculturais e da organização do trabalho (Oddone, 1986; Facchini, 1994).

Paralelamente, as transformações no capitalismo atual levaram a um quadro em que se abriu margem à existência de trabalho precário, caracterizado por ser atípico, irregular, eventual, temporário, marginal instável, fora do padrão ou como alternativa de emprego ou subemprego (Houseman & Osawa, 2003). Apresenta-se como um constructo multidimensional, presente atualmente no trabalho de tempo integral e nos empregos permanentes, abrangendo uma série de acordos trabalhistas, com características de instabilidade/flexibilidade, falta de benefícios, e impotência diante do empregador (Hadden et al., 2007).

Neste contexto, existem importantes processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, com manifestações nas vivências subjetivas dos sujeitos, na inter-subjetividade que permeia o trabalho e no lugar ocupado pelo trabalho junto aos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

Tendo em vista o cenário apresentado, a presente investigação delimita-se ao trabalho do trabalhador de saúde da ESF em um contexto amazônico, com o intuito de se analisar a dimensão sócio-psíquica do trabalho - e não o trabalhador, partindo da compreensão da organização do trabalho para entender a produção dos processos de subjetivação, as patologias e a saúde do trabalhador de saúde (Dejours *apud* Mendes, 2007).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa por métodos mistos, do tipo “*embedded*” (incorporado), que se caracteriza pelo desenho metodológico em que um conjunto de dados tem papel de apoio secundário em um estudo baseado principalmente no tipo de dados, partindo da premissa que este não é suficiente, que diferentes questões precisam ser respondidas e que cada questão requer um tipo de dado específico (Creswell & Clark, 2007, p.67).

As características investigadas se referiram à saúde do trabalhador nos processos subjetivos relacionados ao trabalho, no nível de desgaste da tarefa realizada e nas dimensões do estresse no trabalho (Demanda, Controle e Apoio) junto aos profissionais que atuam na ESF no contexto amazônico.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da ‘Festival Folclórico do Boi’, evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona

urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Particularmente para a presente investigação, os métodos utilizados congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* (Alves, 2004), em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades (Beck, 2002; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

Procedeu-se um censo das 37 equipes da ESF que atuam na zona urbana dos municípios. A composição mínima preconizada das equipes de Saúde da Família é de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista e oito ACS, totalizando 11 profissionais por equipe. Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais (88 ACS, 37 enfermeiros, 37 médicos e 37 cirurgiões dentistas).

### **Etapa quantitativa**

O instrumento aplicado apresentou como desfecho o estresse no processo de trabalho em função de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, e remuneração mensal), características do emprego na ESF (categoria profissional, tempo de término da formação profissional, tempo e tipo de vínculo empregatício na ESF; e existência de mais de um vínculo empregatício) e padrões de consumo de álcool - utilizando o teste AUDIT (Mendoza-Sassi, 2003); e tabaco.

A variável de exposição – estresse no trabalho – foi analisada através do uso da *Job Stress Scale*, modelo proposto por Karasek, resumido e validado por Alves (2004) para o português, abordando três categorias, equivalentes às dimensões demanda, controle e apoio social. Neste modelo, considera-se como ‘Alto desgaste’ maior demanda e menor controle; ‘Passivo’ o menor demanda e menor controle; ‘Ativo’ maior demanda e maior controle; e ‘Baixo desgaste’ menor demanda e maior controle.

Dentre as perguntas que avaliam ‘demanda’ quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Seis questões referem-se a dimensão ‘controle’, dentre as quais quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

A dimensão ‘apoio social’ contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança em 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos:



primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

### **Etapas qualitativas**

Utilizou-se da técnica de grupo focal (Morgan, 1997, p.11; Minayo, 1999, p.22) e da entrevista individual em profundidade. Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam questões relacionadas ao conteúdo e sentido da tarefa, a organização e as condições de trabalho em equipe multiprofissional. Todas as discussões foram registradas através de gravação com fita magnética, transcritas na íntegra. Seguiu-se o modelo de tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (Minayo, 1999, p.53; Morgan, 1997, p.18). A análise pautou-se na hermenêutica dialética (Minayo, 2002:96-103), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (Minayo, 1999, p.54-7). Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico de Christophe Dejours que aborda a psicodinâmica do trabalho.

### **Aspectos éticos**

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais nas 37 equipes investigadas. No entanto, conforme tabela 1, a média de profissionais por equipe foi de 9,8, revelando déficit na quantidade de profissionais, que pode resultar em sobrecarga de trabalho. Os maiores déficits foram para as categorias profissionais de nível superior, na seqüência: Médicos (déficit de 67,56%), Cirurgiões-dentistas (29,72%), Enfermeiros (18,91%) e ACS (6,75%). Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais. Os não respondentes eram ACS e estavam afastados da função por motivo de doença (n=9) ou férias (n=17); apenas 10 não concordaram em responder ao questionário.

**Tabela 1** – caracterização da composição das equipes da ESF por categoria profissional, nos municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel, Estado do Amazonas, Brasil, Julho de 2009.

Profissão	Razão entre número de profissionais e o preconizado*				Total n (déficit)
	Coari (11 equipes)	Parintins (12 equipes)	Manacapuru (10 equipes)	São Gabriel (4 equipes)	
<b>ACS</b>	0,74	0,72	0,97	0,93	276 (6,75%)
<b>Enfermeiro</b>	0,81	0,80	0,80	1,00	30 (18,91%)
<b>Médico</b>	0,09	0,60	0,40	0,50	12 (67,56%)
<b>Cirurgião Dentista</b>	0,27	0,60	0,60	1,00	26 (29,72%)

\* estabelecida entre o número total de profissionais da categoria existentes e o número preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo o ideal igual a 1.

Conforme tabela 2, há predomínio do trabalho feminino na ESF no interior do Estado do Amazonas (74,42%). O sexo feminino apresenta mais trabalhadores de nível superior (21,50%) em comparação com os do sexo masculino (15,9%), o que pode acontecer em função à predominância do sexo feminino no Estado do Amazonas. Em relação à idade, houve predomínio de profissionais com mais de 26 anos de idade (70,93%), com média de 30,9 anos.

Em termos das características do vínculo empregatício, a maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%), com média de 1,8 salários mínimos mensais e 6,4 anos após o término da formação (técnica ou universitária); estando há mais de um ano trabalhando na ESF, com média de 1,8 anos. Com relação a vínculos empregatícios, a minoria é concursada (15,7%), quando calculada em relação ao sexo, este número diminui ainda mais, 2,27% entre os homens. Houve predominância da existência de mais de um vínculo empregatício (95,35%), com média de 2 vínculos por trabalhador.

Nas características do stress do exercício profissional houve, de uma forma geral, menor demanda, menor controle e menor apoio social - para o qual não houve a classificação maior apoio social. Entre as mulheres encontram-se a menor demanda, menor controle e baixo desgastes. Entre os

homens, menor demanda, maior controle e trabalho passivo. Para ambos, o menor apoio social. Classificados pelos quadrantes de Karasek (Theorell, 1996), o 'baixo desgaste' predominou, seguido pelo trabalho 'passivo'.

Com relação ao consumo moderado/alto de álcool, estimado pelo AUDIT, houve prevalência maior entre as mulheres do que entre os homens; enquanto a prevalência de fumantes foi semelhante para ambos.

**Tabela 2** – Distribuição das características da amostra de trabalhadores de Saúde da Família, dos quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

Variável	Masculino	Feminino	Total	
	n(%)	N(%)	n(%)	Média (DP)
<b>Sexo</b>	88(25,56)	256(74,42)	344(100)	
<b>Idade</b>				30,9(8,99)
18 a 21 anos	10(11,36)	22(8,59)	32(9,30)	
22 a 25 anos	32(36,36)	36(14,06)	68(19,77)	
26 a 31 anos	18(20,45)	94(36,72)	112(32,56)	
32 ou mais	28(31,82)	104(40,63)	132(38,37)	
<b>Remuneração mensal</b>				1,8(1,35)
Menos de um salário	60(68,18)	148(57,81)	208(60,47)	
De um a dois salários mínimos	20(22,73)	32(24,22)	82(23,84)	
Três a quatro salários mínimos	0(0)	4(1,56)	4(1,16)	
Cinco salários mínimos ou mais	8(9,09)	42(16,4)	50(14,53)	
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	74(84,09)	202(78,91)	276(80,23)	
Enfermeiro	2(2,27)	28(10,94)	30(8,72)	
Médico	2(2,27)	10(3,91)	12(3,49)	
Cirurgião Dentista	10(11,36)	16(6,65)	26(7,56)	
<b>Tempo de término da profissionalização</b>				6,4(5,46)
1 a 5 anos	44(50,0)	134(52,34)	178(51,74)	
6 a 10 anos	36(40,91)	60(23,44)	96(27,91)	
11 anos ou mais	8(9,09)	62(24,22)	70(20,35)	
<b>Tempo na função na ESF</b>				1,8(0,80)
Menos de 1 ano	16(18,18)	106(41,41)	122(35,47)	
1 a 5 anos	54(61,36)	106(41,41)	160(46,51)	
6 a 10 anos	10(11,36)	38(14,84)	48(13,95)	
Mais de 10 anos	8(9,09)	6(2,34)	14(4,07)	
<b>Tipo de vínculo na ESF</b>				
Contrato	86(97,73)	204(79,69)	290(84,30)	
Concursado	2(2,27)	52(20,31)	54(15,70)	
<b>Mais de um vínculo profissional</b>				2,02(0,50)
Não	2(2,27)	14(5,47)	16(4,65)	
Sim	86(97,72)	242(94,53)	328(95,35)	
<b>Dimensão 'Demanda'</b>				
Menor demanda	52(59,09)	188(73,44)	240(69,77)	
Maior demanda	36(40,91)	68(26,56)	104(30,23)	
<b>Dimensão 'Controle'</b>				
Menor controle	38(43,18)	144(56,25)	182(52,91)	
Maior controle	50(56,82)	112(43,75)	162(47,09)	
<b>Dimensão 'Apoio Social'</b>				

Menor	60(68,18)	156(60,94)	216(62,79)
Intermediário	28(31,82)	100(39,06)	128(37,21)
Maior	0(0)	0(0)	0(0)
<b>Quadrantes de Karesek</b>			
Alto desgaste	20(22,73)	46(17,97)	66(19,19)
Passivo	30(34,09)	66(25,78)	96(27,91)
Ativo	16(18,18)	22(8,59)	38(11,05)
Baixo desgaste	22(25,00)	122(47,66)	144(41,86)
<b>Consumo moderado/alto de álcool*</b>			
Não	74(84,09)	200(78,13)	274(79,65)
Sim	14(15,91)	56(21,88)	70(20,35)
<b>Fumante</b>			
Não	54(61,36)	158(61,72)	212(61,63)
Sim	34(38,64)	98(38,28)	132(38,37)

\*conforme AUDIT; DP – desvio padrão;

As características do stress no exercício da função, segundo categoria profissional (Tabela 3), a maioria dos ACS apresenta baixo desgaste, enquanto os enfermeiros trabalho passivo e baixo desgaste. Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira; trabalho ativo foi Coari e baixo desgaste, Manacapuru. Predominou o baixo desgaste entre os municípios.

**Tabela 3** – Distribuição das características de Stress no quadrantes de Karasek, entre trabalhadores de Saúde da Família e entre os quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

<b>variável</b>	<b>Alto desgaste</b>	<b>Passivo</b>	<b>Ativo</b>	<b>Baixo desgaste</b>
<b>Categoria profissional*</b>				
ACS	50(18,12)	66(23,91)	38(13,77)	122(44,20)
Enfermeiros	6(20,00)	12(40,00)	0(0,00)	12(40,00)
Médicos	8(66,67)	2(16,67)	0(0,00)	2(16,67)
Cirurgiões Dentistas	2(7,69)	16(61,54)	0(0,00)	8(30,77)
<b>Município*</b>				
Coari	24(21,82)	24(25,0)	14(36,84)	48(33,33)
Parintins	18(16,36)	34(30,91)	10(9,09)	48(43,64)
Manacapuru	12(12,24)	26(27,08)	12(12,24)	48(48,64)
São Gabriel da Cachoeira	12(46,15)	12(46,15)	2(7,69)	0(0,00)
Total	66(16,19)	96(27,91)	38(11,05)	144(41,86)

\* conforme Teste Exato de Fisher, significante em  $p < 0,05$

Na tabela 4 apresentam-se as características relacionadas ao trabalho segundo as dimensões da *Job Stress Scale* (Alves, 2004). O modelo de

regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06). Em relação ao menor apoio social, o risco é maior entre fumantes (OR=5,98) e ao consumo moderado/alto de álcool (OR=2,9).

**Tabela 4** - Análises brutas e multivariadas entre as dimensões da *Job Stress Scale* e variáveis sócio-demográficas e características do trabalho. Amazonas, Brasil, 2009.

<b>Dimensão Variáveis</b>	<b>OR<sub>bruto</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR<sub>ajustado</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Dimensão "Demanda"***</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,52(0,31/0,86)	0,012	0,46(0,26/0,82)	0,008
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		†	†
Nível Superior	0,65(0,35/1,21)	0,181		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	0,47(0,22/0,98)	0,045		
<b>Tempo na ESF</b>				
Um a cinco anos	1,00		1,00	
Mais de cinco anos	0,72(0,53/0,98)	0,04	0,69(0,48/0,99)	0,047
<b>Consumo moderado/alto de álcool</b>				
Não	1,00		†	†
Sim	0,31(0,15/0,65)	0,002		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,19(0,10/0,35)	0,000	0,23(0,12/0,43)	0,000
<b>Dimensão "Controle"***</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,59(0,36/0,96)	0,035	0,54(0,32/0,89)	0,018
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		1,00	
Nível Superior	2,88(1,64/5,05)	0,000	3,06(1,73/5,42)	0,000
<b>Tipo de vínculo</b>				
Concursado	1,00		†	†
Contratado	2,40(1,28/4,51)	0,006		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	2,15(1,18/3,91)	0,012		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,60(0,38/0,93)	0,024	0,58(0,37/0,92)	0,022
<b>Dimensão "Apoio Social"****</b>				
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	6,86(3,41/13,7)	0,000	5,98(2,95/12,09)	0,000

Consumo moderado/alto de álcool				
Não	1,00		1,00	
Sim	5,29(2,99/9,33)	0,000	2,90(1,22/6,89)	0,016

\* Referência: Maior demanda; \*\* Referência: Menor controle; \*\*\* Referência: Menor apoio social; OR: *Odds Ratio*;  
†Removido da análise devido à perda de significância estatística na análise ajustada

Foram realizados ao todo 17 grupos focais, nos quais todos os profissionais da equipe participaram, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 1 hora e 30 minutos, totalizando cerca de 20 horas de gravação. Também foram realizadas 132 entrevistas individuais em profundidade.

A predominância do sexo feminino dentre a população pode relaciona-se a proporção de mulheres no Estado do Amazonas, que de acordo com o censo de 2000 é de aproximadamente 96 homens residentes para cada 100 mulheres (IBGE, 2004), o que pode ter se refletido na relação de 25,56% de trabalhadores para 74,42% de trabalhadoras.

Com relação à idade predominante, o perfil dos trabalhadores é jovem (61,63% abaixo de 31 anos) e, em sua maioria, recém-formados (51,74% com menos de 5 anos de profissionalização), os dados qualitativos nos trazem além da legitimação do achado, sustentação ao dado quantitativo:

Porque eu me formei, foi a opção que eu tive. Então a realidade é assim, onde a gente consegue emprego a gente vai, onde tem melhores condições de trabalho (...). (Enfermeiro 03 – Coari)

(...) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim. (Médico 02 – Manacapuru)

Na verdade eu não escolhi, (...) a gente sai da faculdade e o que pintar. (Enfermeiro 04 – Manacapuru)

Tantos os dados de natureza quantitativa quanto qualitativa refletem sobre a escolha pelo emprego devido à falta de outras oportunidades, diante do recém egresso da academia e a falta de especialização, além da necessidade de sustento próprio e da família.

Um questionamento emergente refere-se a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, contexto que se reflete no grau de satisfação pessoal do profissional e dedicação para com a realização das atividades da proposta. Segundo Dejours (1993 In: Lancman & Sznelwar) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando o sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Dejours, 1993).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público, relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas



construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho *apud* Mendes, 2007).

Como confirma Dejours “Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo” (Dejours, 1987, p.49).

A sobrecarga de trabalho foi outro achado de destaque. Um indício é o déficit na quantidade de profissionais atuantes na ESF, averiguado na etapa quantitativa (em sua maior parte médicos e cirurgiões-dentistas) e confirmado pelo discurso dos profissionais que segue:

(...) eu confesso que eu trabalho mais na área curativa, a parte preventiva, a parte da conversa, do conselho eu deixo mais com a enfermeira que tem mais tempo que o médico. Gostaria muito de ajudar, mas a demanda é grande e aqui eu atendo muita gente da zona rural, a demanda fica muito grande. (Médico 04 – Manacapuru)

(...) porque tem vezes que eu nem falo com ninguém aqui da equipe devido à falta de tempo. (Médico 01 – Coari)

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão, então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área. (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

(...) falta medicação, material, são 3 equipes, 2 médicos e 1 dentista. (Grupo Focal 03 Manacapuru)

À medida que o profissional é sobrecarregado pela demanda, devido à deficiência na quantidade do número de profissionais, há reflexos na qualidade do atendimento às famílias, tornando-se inevitável o não cumprimento de questões atividades básicas da atenção primária, como vínculo, escuta qualificada, acolhimento, interdisciplinaridade, desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção, com finalidade de reorientar a atenção no município. Vale ressaltar que os próprios profissionais trazem essas lacunas que se formam diante da sobrecarga de trabalho, o que significa dizer que os profissionais são conscientes de sua impotência diante das carências da população, estando vulneráveis à frustração gerada por esta impotência.

A partir de uma relação não harmoniosa entre o conteúdo ergonômico de trabalho (exigências físicas, neste caso, a grande e demanda) e estrutura de personalidade pode surgir uma insatisfação e frustração concretas que gerará um sofrimento de natureza mental.

Eu acho que eles têm um tempo maior. Não posso falar do dentista, mas eu creio que no caso da enfermeira e do ACS, eles têm um tempo maior, um contato maior com o paciente (...). O médico tem uma demanda obrigatória (...) de vinte pacientes por turno, por exemplo, vinte pacientes por manhã e eu tenho cerca de quatro horas, de oito às doze pra atender esses pacientes, que dá uma média de doze minutos por pessoa. Então, o próprio SUS preconiza quinze minutos por paciente, então doze minutos é pouco. Existe casos que, é claro, você já conhece, que você 'tá' acompanhando, que 'tá' controlado e que pode atender de forma mais rápida, mas existem casos que você precisa investigar um pouco mais a fundo (...), não dá tempo, então a demanda na verdade teria que ser bem menor (...). (Médico 04 – São Gabriel da Cachoeira)

Pode-se dizer que, para o atendimento da grande demanda de pacientes, o profissional da saúde neutraliza sua atividade mental, explorando o corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural que é o aparelho mental. Inicia-se o sofrimento, já que o trabalhador foi desprovido da sua atividade intelectual pela organização científica do trabalho. Esta é a chamada, alienação do trabalhador – substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto, a fim de se proteger do sofrimento. Essa alienação “passa pelas ideologias defensivas, de modo que o trabalhador acaba por confundir com seus desejos próprios a injunção organizacional que substitui o livre arbítrio” (Dejours, 1987, p.137).

A grande demanda junto ao déficit de recursos humanos na unidade leva a sobrecarga de trabalho que, por sua vez, culminará à um atendimento pouco humanizado, curativo, que não compreende o indivíduo na sua integralidade, tornando o atendimento na atenção básica uma tarefa desgastante que passa a ter como objetivo principal, desafogar os serviços de saúde, diminuindo a demanda, sem, contudo, trabalhar de forma interdisciplinar e humanizada para alcançar a resolutividade. Como confirma Dejours (1987):

(...) A gente até costuma brincar, cada um no seu quadrado e a gente segue uma hierarquia, cada um fazendo sua parte, seu trabalho (...) aqui no posto é assim médico, enfermeiro, técnico e agente de saúde (...) o dentista (...) é mais restrito lá na salinha dele (...)” ( Grupo Focal 01 – Manacapuru)

A fala anterior demonstra a falta de interação da equipe, podendo relacionar-se à demanda excessiva pelo déficit de profissionais. Particularmente, a equipe entrevistada se localizava em um dos bairros mais

populosos do município. Como afirma Dejours (1987) a divisão do trabalho leva a maioria dos trabalhadores a ignorar o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa.

Neste caso, a sobrecarga de trabalho foi estimada pela quantificação do déficit de profissionais por equipe, no entanto, quando se fala em “carga psíquica, não é possível quantificar uma vivência, que é em primeiro lugar e antes de tudo qualitativa.” (Dejours et al, 1993). Diante disso traz-se o discurso destes profissionais para fins de confirmação, pois segundo Dejours e colaboradores (1993):

O prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números. Da mesma forma pode falar-se de uma armadilha quando se quer dar conta em termos objetivos de uma vivência individual ou coletiva que é, por definição, subjetiva. Essa vivência subjetiva não pode, por sua vez, ser relegada a uma simples classificação de fantasmas ou quantidades negligenciáveis (Dejours et al, 1993, p.22).

Outro indício importante refere-se ao número de não respondentes. Nove ACS estavam afastados por motivo de doença, o que pode ser um valor numérico passivo de ser interpretado como uma resposta ao sofrimento no trabalho, e uma menor capacidade de utilização de estratégias defensivas, quando comparados aos profissionais de ensino superior que não apresentaram algum afastamento pelo mesmo motivo.

Na relação Homem-Trabalho a subjetividade tem muitos efeitos concretos e reais, mesmo que, em muitas vezes, descontínuos, pode-se considerar como um deles o absenteísmo, uma saída individual para manter o equilíbrio mental, pois segundo Dejours (1987, p.121) “o sofrimento mental e a

fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só a doença é admissível.”. O que acontece, portanto, é uma desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.

Três achados importantes na etapa quantitativa (salário, qualidade e quantidade de vínculo empregatício) levam a pensar para uma articulação com a subjetivação dos trabalhadores (no comentário) frente a condição atual de trabalho e suas conseqüências na saúde física e mental. Entre os respondentes constatou-se que 60,47% recebem menos que 1 (um) salário mínimo, a minoria deles é concursada (15,7%) e a maioria (95,35%) possui mais de um vínculo de trabalho.

O Ministério da Saúde, em 2005, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, instituiu o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS com a finalidade de acompanhar as diversas modalidades de vinculação – flexibilização do trabalho ou do emprego - elaborando políticas e formulando diretrizes no intuito de resolver as questões que envolvem a precarização do trabalho surgidas com a efetuação da terceirização de serviços sem observância da Lei, visando regulariza a situação desses trabalhadores.

Segundo Santos-Filho (2007) dentre os principais problemas atuais no “mundo do trabalho” em saúde, destacam-se a degeneração de vínculos, a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho. A ESF diante de suas particularidades próprias de seu funcionamento tem sido alvo de insatisfações e reivindicações das equipes, seja pela “precarização” do trabalho (não formalização de vínculos ou garantia de direitos), seja pela precariedade que

envolve as relações e condições de trabalho (Ministério da Saúde, 2003; Santos Filho, 2007).

Entrevistador: a gente falou de alguns direitos trabalhistas, e ajuda alimentação, transporte, vocês têm?

A gente tem ajuda da família, do marido (risos)

Entrevistador: e seguro desemprego?

'Tá' sonhando 'né'? (risos)

(Grupo Focal 01 – São Gabriel da Cachoeira)

São diversas as definições de 'trabalho precário', entre elas estão os baixos salários e as inadequadas condições de trabalhos, ou em suma, alguma irregularidade no trabalho que desrespeita alguma norma do direito administrativo e do direito do trabalho, que visa a proteção social ao trabalho.

A contratação sem concurso público, referente a 84,3% da amostra pesquisada, na administração pública, representa uma forma irregular de inserção do trabalhador – a terceirização - visto que seu vínculo com o Estado não tem base legal. Como é considerado pelo Ministério da Saúde (2005):

Assim, a terceirização sem limites se configura fraude à lei, uma vez que ofende o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade-fim da administração pública. Nesse sentido, a terceirização pode ser associada à precarização, visto que o trabalho realizado pelo empregado da prestadora coincide com os objetivos da instituição. Nesse caso, a contratação de mão-de-obra por meio de empresa terceirizada é considerada irregular (MS, 2005, p.25).

Dessa forma, pode-se concluir que o trabalhador contratado, não possui qualquer garantia de proteção social, estando sujeito a ilegalidade do vínculo.

No que se entende por "precarização", o Ministério da Saúde realizou um

estudo mostrando até 80% de situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, apresentando vínculos precários de trabalho, o que tem contribuído para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. Como consequência da fragilidade dessas modalidades de contratação fica comprometida a dedicação desses profissionais (MS, 2005; 2003; Santos Filho, 2007), facilmente identificada no discurso gerado pelo coletivo da ESF em Manacapuru:

(...) e quando a pessoa tem vontade de aprender, ela se dedica e quando ela não tem, ela sabe que ela 'tá' ali por estar, que às vezes acontecem muito, então elas não se dedica sabendo que isso pode acontecer com elas, assim como eu entrei eu posso sair. Então não se dedicam tanto e às vezes isso acaba prejudicando o todo, porque somos uma equipe e o pior de tudo é que quando chega certas épocas elas sabem que isso pode acontecer, então elas não se dedicam tanto porque sabem que podem sair como os outros. (Grupo Focal 02 – Manacapuru)

O comportamento produtivo deste trabalhador passa a ser movido pelo salário ou mesmo pela necessidade de sustentação, no entanto esse preço é pago em função da repressão do desejo e alienação do sujeito, o que acontece aqui é que a Motivação caminha opostamente ao Desejo, não havendo *ressonância simbólica* - quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória - não sendo possível, portanto, diante do sofrimento no trabalho a transformação deste em criatividade (Dejours, 1997; Mendes, 1995). No entanto, como é legitimado pelas falas a seguir, que há, entre alguns profissionais, a identificação com o conteúdo e proposta da tarefa realizada, havendo satisfação no trabalho e credibilidade no serviço; o que contrasta com

um outro processo de subjetivação do trabalho nas falas seguintes, uma subjetivação um tanto quando 'vazia' que torna evidente a vulnerabilidade do trabalhador frente a prezarização dos serviços prestados, diante das significações atribuídas à escolha de seu trabalho, visto que o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória.

(...) trabalho no PSF pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital. (Médico 01 – Parintins)

eu vou ser sincera com você, eu to trabalhando aqui por falta de opção, me ofereceram e eu vim fazer o trabalho ambulatorial aqui. (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Diante da situação salarial do trabalhador inserido nesse estudo, justifica-se a necessidade do engajamento em outros vínculos empregatícios a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida frente a um salário tão baixo, podendo levar a um desgaste na saúde física e psíquica do trabalhador. Retoma-se aqui o conceito dejouriano de alienação do trabalhador que, frente a fadiga e esgotamento do corpo torna-se cada vez mais vulnerável a ela, seria a primeira etapa de sujeição do corpo, sentindo-se o trabalhador, em função da organização do trabalho, habitado pelo estranho (Dejours, 1987;1997).

Em todos os municípios pesquisados, emergiram nos grupos focais a questão da pressão política no trabalho, o que se deve ao fato de os trabalhadores, não absorvidos na forma de concurso público, sentirem-se inseguros, instáveis em seus empregos, vulneráveis ao desemprego e ao remanejamento de postos de trabalho, o que torna a tarefa prescrita muito mais desgastante de ser seguida. Como teoriza Dejours (1987) o trabalhador frente a pressões de trabalho que o fazem sofrer faz aparecer estratégias defensivas



coletivamente construídas para lutar contra os fatores desestabilizadores e patogênicos do trabalho, dessa forma, suavizam-se as características dos sofrimentos individualmente experimentados.

Essas estratégias defensivas dependem de ações de cooperação entre a equipe da ESF, dado que ela visa um trabalho baseado na confiança e solidariedade, permitindo uma construção conjunta e coordenado para produzir idéias e serviços, minimizando assim, erros e falhas individuais através do desempenho coletivo do trabalho que tende a produzir ações com mais poder de transformação que as ações individuais (Mendes, 2007; Dejours, 1997; Brasil, 2009). Como se verifica nos discursos emergentes no grupo focal a seguir que surgiram logo após comentários a cerca das pressões políticas, trazendo a cooperação como estratégia de lidar com a instabilidade nos vínculos, dada a alta rotatividade de profissionais:

(...) a gente percebe também o seguinte: que quando a gente aproxima a equipe, faz uma dinâmica de trabalho, a gente tem uma tranqüilidade, um conforto melhor entre nós, mas aí quando começa a trocar muito, muitas pessoas são trocadas e se fossem pessoas qualificadas pra trabalhar ai tudo bem é só encaixar nas funções mas muitos que vem não sabem de nada e a gente precisa começar tudo de novo (...) é tão rápido que atrapalha o trabalho da gente (..) (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

No entanto, essas defesas, mesmos as individuais, podem ser utilizadas a favor da produtividade, como por exemplo, a auto-aceleração, descrita por Dejours em 1980 como acelerações frenéticas das cadências de trabalho, de forma que o medo passa a ser a engrenagem determinante da organização do trabalho (Dejours, 1987). Como se confirma pelos comentários a seguir:

(...) dá uma insegurança, principalmente quando chega em tempo de política (...) nós sabemos que tem muitas pessoas com qualidade, com competência e por causa de política elas são menosprezadas e saem às vezes até desmoralizadas, e acredito que a pior coisa pra um profissional é você saindo do seu local de trabalho com os outros dizendo que você não teve competência e nem trabalhava, é a pior coisa pra qualquer pessoa que gosta de fazer o que faz e tem pessoas aqui que gostavam que se dedicavam e saíram por causa disso, dizendo que eles não tinham qualificação e que não trabalhavam a até mesmo eram preguiçosos. (Grupo Focal 01 – Coari)

Pesquisador: Para entrar na equipe vocês passaram por processo seletivo?

Não é bem assim, não, aqui é jogo político. Por isso que a gente tem medo de perder o emprego.

(Grupo Focal 03 – Manacapuru)

(...) basta falar com o prefeito, com o vereador e ai se der certo você começa a trabalhar já (...) (Grupo Focal 01 – Parintins)

Parafrazeando Dejours (1987), o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, sua extensão responde, ao nível psicológico, a todos os riscos que não são controlados pela prevenção coletiva; junto a ansiedade, angústia e sofrimento, podem ser utilizados para a produtividade, como diz Dejours (1987, p.103): “O trabalho não causa o sofrimento, é o sofrimento que produz o trabalho.”

O medo, seja proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo e inelutável, como o carvão que asfixia os pulmões do mineiro com silicose (Dejours, 1987, p.74).

Outra questão importante a ser comentada é a questão salarial, que foi um achado significativo tanto na etapa quantitativa quanto qualitativa, mas em sua maioria fazendo parte do discurso dos trabalhadores de nível técnico e ACS. Segundo Dejours (1987) salário, diante das várias significações no jogo simbólico, pode conter sonhos, fantasias e projetos de realizações possíveis, mas também pode veicular todas as significações negativas que implicam as limitações materiais que ele impõe, como acontece na ESF do local pesquisado, onde o profissional passa a atribuir o salário a sua menor ou maior importância para a equipe, considerando-o decisivo para o posicionamento na pirâmide da hierarquia socioprofissional (status social).

eu acho que não é justo, mas ajuda, assim porque o nosso salário era pra ter aumentado e até agora nada (...) eu acessei o site lá da internet e diz que o ACS, o salário dele há um 3 meses atrás era R\$687 e depende da prefeitura se ela quiser complementar ou não, mas a nossa prefeitura, ela não complementa, e aqui em Manacapuru o salário tá em 531 e ainda desconta e ainda desconta porque a gente recebe 489 fora quando o banco não rouba porque as vezes agente recebe 400 e pouco,(...) é ainda mais complicado pro técnico, porque a situação é pior do que a deles, a gente tem (...) 500 reais e só recebe 470, nós temos recebendo menos que um ACS, mesmo trabalhando, fazendo sua atividade a gente recebe menos que o ACS, pra você ver a injustiça que é! (Grupo Focal 03 – Manacapuru, ACS e técnico de enfermagem)

Entrevistador: Vocês consideram o salário adequado ao trabalho de vocês?

'tá' não. Não somos tão importantes, mas somos importantíssimos na função, porque buscamos o problema 'né?'. Arriscamos nossa vida também. Nesse sol quente corremos risco de câncer de pele (...)

(Grupo Focal 02 – Parintins, ACS)

Através deste instrumento podemos chegar aos seguintes achados quantitativos de relevância estatística, tomando por base o modelo desenvolvido a partir da década de 1970, por Robert Karasek (Karasek e Theorell, 1990; Theorell, 2000). Com relação à dimensão Demanda Psicológica - ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho – foi averiguada maior demanda psicológica entre os homens com menos de 5 anos de profissionalização, não fumantes. Como já comentado anteriormente, sugere-se certa inexperiência entre os profissionais pesquisados, dado o pouco tempo de formação e recém-ingresso na ESF, espera-se também desses profissionais um déficit na qualificação profissional (residência médica, especialização, pós-graduação, mestrado profissionalizante), além do, já citado, pouco investimento subjetivo na tarefa devido à escolha pela primeira e melhor oportunidade de trabalho.

O déficit na formação do profissional alocado na atenção básica irá refletir em dificuldades para lidar com situações que demandam experiência e conhecimento na área de saúde pública (muitos profissionais relataram ser o primeiro contato com a área), seus princípios norteadores e sua função numa equipe interdisciplinar. Já as significações do conteúdo da tarefa refletem em desinteresse e falta de engajamento pessoal e profissional na tarefa, dificuldade em elaborar estratégias defensivas e maior vulnerabilidade de entrar em contato com o sofrimento patogênico.

Com relação à desqualificação, trata-se mais da imagem de si que repercute do trabalho, ou seja, quanto mais responsabilidades e riscos se assumem pela tarefa, mais honrosa, complexa e admirada pelos outros é a

tarefa. Estes elementos contam na formação da imagem de si (narcisismo), porém, o nível de qualificação, de formação não é suficiente em relação às aspirações, dando início ao sofrimento quando a evolução desta relação é bloqueada.

Segundo a teoria dejouriana é através do contato forçado com uma tarefa desinteressante que nasce uma imagem de indignidade e sentimento de inutilidade, este último remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Dejours (1987) afirma que “a falta de significação, a frustração narcísica, a inutilidade dos gestos, formam, ciclo por ciclo, uma imagem narcísica pálida, feia, miserável. (Dejours, 1987, p.49)”.

A dimensão Controle, segundo Karasek e Theorell (1990) representa a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos. Com relação a esta dimensão foi verificado menor controle entre os homens, não fumantes de nível superior sendo considerado segundo Karasek e Theorell (1990) como trabalho com maior desgaste (maior demanda combinado com menor controle).

Trabalhos considerados de alto desgaste apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico (tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física), principalmente se o tempo de exposição ao estímulo estressor for longo, o indivíduo não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias

ambientais, o desgaste então se acumula podendo culminar na doença psicossomática (Karasek & Theorell, 1990)

O maior desgaste no trabalho pode representar uma menor tolerância em explorar os recursos defensivos, em re-significar, com auxílio da criatividade, o sofrimento, prevalecendo o sentimento de impotência, frustração, permanecendo o sofrimento residual, que empurra o equilíbrio psíquico do sujeito lentamente para a descompensação (mental e psicossomática), eis que surge o sofrimento patogênico. Aqui ainda está relacionada à falta de motivação e desejo na tarefa que é o cerne na busca pela ausência de dor (Mendes, 2007).

Mas questiona-se onde estará a causa do fracasso da mobilização subjetiva do trabalhador: na ressonância simbólica (sentido que a tarefa tem para o sujeito) ou no espaço público para a discussão não favorecido pela organização do trabalho?

A dimensão Apoio Social no Ambiente de Trabalho, incluída posteriormente por Johnson (Johnson & Hall, 1988), proveniente de colaboradores e chefes, atua como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (Karasek & Theorell, 1990, p. 68). O achado que apresentou relevância estatística foi o menor apoio social entre fumantes e usuários de álcool, estas duas condições podem ser justificadas pelo uso de alternativas na busca pelo prazer no trabalho, supondo que o menor apoio social no trabalho reflete uma organização do trabalho que possui relações dificultosas, como por exemplo, a falta de reconhecimento, falta de cooperação, confiança, resultando na dificuldade em se realizar um trabalho interdisciplinar.

Algumas associações foram encontradas entre estresse no trabalho com desordens psiquiátricas menores (Stansfeld *et al.*, 2002), doenças do sistema digestivo (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), desordens músculo-esqueléticas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), autoavaliação negativa do estado de saúde (Ibrahim *et al.*, 2001), absenteísmo no trabalho (North *et al.*, 1993; 1996), doenças cardiovasculares (Wamala *et al.*, 2000; Kuper & Marmot, 2003) e seus principais fatores de risco tais como hipertensão arterial e hábitos considerados pouco saudáveis como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Landsbergis *et al.* 1994; Tsutsumi *et al.*, 1999; Stansfeld *et al.*, 2002).

O apoio sócio-emocional seria medido pelo:

(...) grau de integração social e emocional e confiança entre colaboradores, supervisores e outros. Por sua vez, o apoio instrumental estaria referido aos recursos extras ou assistência com tarefas de trabalho, fornecidos por colaboradores e supervisores. (Karasek & Theorell, 1990, p. 71).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo

precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Os municípios em geral apresentaram trabalhos de menor desgaste (combinando menor demanda e maior controle), ou seja, possuem poucas demandas psicológicas, porém muito controle por quem o executa. Configuraria um estado altamente desejável, ideal.

No entanto, no município de São Gabriel da Cachoeira predominou o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), são considerados trabalhos que produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. O trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Os trabalhos mecanizados também provocam essa sensação. O desinteresse parece se generalizar para outras esferas da vida (Karasek & Theorell, 1990).

Pode-se inferir, portanto, que a alienação provocada pelo trabalho nesse município pode estar ligada a falta de perspectiva de crescimento e aperfeiçoamento no trabalho na atenção básica, visto que os profissionais não têm acesso a atividades de educação permanente, ficam dependendo dos próprios recursos para dar conta de sua qualificação. Além do que, os profissionais são, em sua maioria, militares ou familiares de militares proveniente de outros Estados, que podem não ter tido outra opção ou oportunidade de escolha, como demonstram as falas a seguir:

(...) trabalho pelo exercito né? eu fui selecionada lá na faculdade, e os mais novos, talvez pra prejudicar menos, porque a maioria dos meus colegas são mais 2 anos mais velhos do que eu (...) porque eu tenho



24, e eu penso que é pra evitar maior atraso profissional pros outros.”  
(Médico 01 – São Gabriel da Cachoeira)

(...) porque eu fui obrigado, e acabei aceitando a transferência e estou cumprindo com maior prazer! (...) não sei se você sabe, mas os médicos são todos militares (...) (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Meu marido é militar e ele veio pra cá e vim junto. (Enfermeira 02 – São Gabriel da Cachoeira)

Segundo Karasek e Theorell (1990) o estresse no trabalho, é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes, no ambiente de trabalho.

## **CONCLUSÃO**

As características da pós-modernidade junto à reestruturação produtiva da última década causaram mudanças radicais nos processos de trabalho, e no trabalho da área da saúde não foi diferente. As novas formas de organização do trabalho trazem consigo novas formas de subjetivação, o que desencadeará outras possibilidades de reação dos trabalhadores, trazendo novas formas de sofrimento e patologias relacionadas a essa atividade essencial da condição humana de existir (Mendes, 2007).

O Ministério da Saúde tem, entre suas prioridades, a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver esse grave problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde. Tal preocupação decorre da política deste governo, que reconhece e valoriza o trabalho humano

em todas as suas dimensões. Sendo assim, o Ministério da Saúde entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que tal situação acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos direitos dos trabalhadores. Deve-se também analisar alternativas de ação com o intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis.

Dignidade, posição social, sobrevivência, poder e independência são representações sociais do trabalho para o Homem, o trabalho pode trazer alegrias dignificar e ainda representar fonte de sofrimento de degradação. Mesmo a sua ausência, o desemprego, exclui e traz um sentimento de inutilidade. O sofrimento pode advir do medo de não ser suficientemente competente para ser valorizado, reconhecido e fazer manter seu emprego, da pressão para trabalhar mal e da falta de reconhecimento.

Toda e qualquer ação em benefício do trabalhador na busca do prazer e fuga do desprazer depende diretamente da intervenção e da gestão, do comprometimento dos níveis estratégicos da organização. Portanto, torna-se fundamental um olhar cuidadoso para esses trabalhadores que constituem o motor que faz funcionar o primeiro nível de atenção a saúde no país.

Fazendo uma analogia com os “carros de sexta-feira” – carros defeituosos que haviam sido produzidos no nível máximo de tolerância de uma semana de trabalho – produzidos pelas fábricas descritas por Dejours, espera-se que nenhum paciente seja atendido pelo profissional em seu nível máximo de exaustão profissional, pois esse profissional não proporcionará o atendimento humanizado e integral que o paciente da atenção básica

necessita, não havendo a resolutividade esperada, sendo todos os atendimentos considerados “atendimentos de sexta-feira”.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I., & TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. *Rev. Produção*, 14(3), 67-76, 2004.

ALVES, M. G. de M., CHOR, D., FAERSTEIN, E., LOPES, C. de S., WERNECK, G. L. Versão Resumida da “*job stress scale*”: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164 – 71, 2004.

BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). *Metodologia da pesquisa na saúde*. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

BRASIL, H. G. *Psicodinâmica do Trabalho: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal*. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.

CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.

CROTTY M. *The foundations of Social Research – meaning d perspective in the research process*. London, Sage Publications, 2003.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K. *Focus Group Fundamentals*. Iowa State University, University Extension, 2004.

HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G.. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(1), 6–8, 2007.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2001.

HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). *Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences*. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003.

IBGE (2004). *Anuário estatístico do Brasil*, p. 2-81. Citado em: ADAS, Melhem e ADAS, Sergio. *Panorama geográfico do Brasil*. 4a. ed. São Paulo: Editora Moderna, 2001.

IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women & Health*, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.

JOHNSON, J. V., & HALL, E. M Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336 – 1342, 1988.

KARASEK, R., THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

KRUEGER, R. A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*, 57, 147 – 53, 2003.

LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 20 (5), 349 – 363, 1994.

LEWIN, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

MENDES, A. M. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia Ciência e Profissão*, 3(1), 34-38.

MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª edição, HUBITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social*. [Social research.] Rio de Janeiro, Brazil: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS, 2005.

MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Braz Addiction, 98, 799-804, 2003.

MORGAN D.L. *Focus groups as qualitative research*. London: Sage, 1997.

NORTH, F., SYME, S. L., FEENEY, A., HEAD, J., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the *Whitehall II* study. *British medical Journal*, 306, 361 – 6, 1993.

NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86 (3), 332 – 340, 1996.

ODDONE, I. *Ambiente de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1986.

RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 655–660, 2004.

RANCIARO, M. M. M. de A. *Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais*. Manaus, EDUA, 2004.

RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. *Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social*, 2001.

SAINT-GIRONS, B. Motivation. *Encyclopedia Universalis*. 11(1), 397-398, Paris, 1968.

SANTOS-FILHO, B., BARROS, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.

SIEGRIST, J.. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scand J Public Health*, 30(1), 49 – 53, 2002.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 248 – 55, 2002.

THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth- Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease*. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.

TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. *J Epidemiol Community Health*, 53 (1), 348 – 54, 1999.

WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Social Science & Medicine*, 51(1), 481 – 9, 2000.

## 5. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. de S., Werneck, G. L.. Versão Resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, 38(2), 164 – 71, 2004.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007
- BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.
- BRASIL, H. G. **Psicodinâmica do Trabalho**: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS. 2005,
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família -2001/2002**. Brasília, MS, 2003.



- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.
- BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.
- COHN, A. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo, CEDEC, 2009.
- CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P.. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.
- CROTTY M. **The foundations of Social Research – meaning and perspective in the research process**. London, Sage Publications, 2003.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.
- DEJOURS, C. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.
- DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Human**, v.58, p. 1-16, 1995.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, 14(3), 27-34, 2004.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994,
- FERREIRA M. C. & Mendes, A.M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, 6 (1), 97-108, 2001.
- FERREIRA, M.C. & MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília, Fenafisp, 2003.
- GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K.. **Focus Group Fundamentals**. Iowa State University, University Extension, 2004.
- GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.
- HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 61(1), 6–8, 2007.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2007.
- HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.
- HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). **Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences**. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003,
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 2001**. Brasília: IBGE, 2000.

- IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. **Women & Health**, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.
- JOHNSON, J. V., & HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, 78, 1336 – 1342, 1988.
- KARASEK, R., THEORELL, T.. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.
- KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.
- KRUEGER, R.A **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **J Epidemiol Community Health**, 57, 147 – 53, 2003.
- KUPFER, M. C. **Freud e a Educação**. 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.
- LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, 20 (5), 349 – 363, 1994.
- LEWIN, K. **Intelligence and motivation**. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.
- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, 3(1), 34-38, 1995.
- MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.
- MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern. **Braz Addiction**, 98, 799-804, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- MORGAN D.L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage, 1997.
- MORRONE, C.F. “**Só para não ficar desempregado**” – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.
- NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**, 86 (3), 332 – 340, 1996.
- ODDONE, I. **Ambiente de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.
- RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. **Proceedings of the Nutrition Society**, 63, 655–660, 2004.
- RANCIARO, M. M. M. de A. **Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais**. Manaus, EDUA, 2004.
- ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova

- prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- SAINT-GIRONS, B. **Motivation**. Encyclopedia Universalis. 11(1), 397-398, Paris, 1968.
- SANTOS-FILHO, B.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Injuí: Ed. Injuí, 2007.
- SIEGRIST, J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. **Scand J Public Health**, 30(1), 49 – 53, 2002.
- SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.
- STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. **International Journal of Epidemiology**, 31(1), 248 – 55, 2002.
- THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.
- THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth-Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. **Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease**. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.
- TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. **J Epidemiol Community Health**, 53 (1), 348 – 54, 1999.

- VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.
- WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. **Social Science & Medicine**, 51(1), 481 – 9, 2000.
- WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

## APÊNDICE 1

### Roteiro para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde

1. Por que você trabalha em Saúde da Família?
2. Teve algum tipo de formação específica para este trabalho?
3. O que diferencia a atuação em Saúde da Família do trabalho tradicional de sua profissão? *(pular para a próxima, na entrevista como ACS)*
4. Por que você trabalha no interior do Estado?
5. Onde vc se capacitou profissionalmente?
6. Em que é diferente trabalhar no PSF?
7. Em que a prática de PSF é como idealizada pelo Ministério da Saúde?
8. Em que é diferente do que o Ministério idealiza para o Programa?
9. O que é equipe e trabalho em equipe?
10. Como se dá a relação entre as competências profissionais que são específicas e o trabalho em equipe?
11. Como as equipes diagnosticam os problemas de saúde da comunidade?
12. Quais os limites do trabalho em equipe?
13. Como se dá a articulação entre o enfermeiro, o médico e o dentista desta equipe?
14. O ACS trabalha em conjunto com eles? Como?
15. Quais são as principais necessidades da população na sua área profissional?
16. Quais são as principais necessidades da população em relação ao trabalho da equipe?
17. As equipes de Saúde da Família conseguem trabalhar conforme os princípios do SUS? No que conseguem, como conseguem? No que não conseguem, por que não conseguem?
18. Descreva as ações de Educação Permanente que acontecem nesta equipe.
19. Existe articulação com a Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Mental, Farmácia?

## APÊNDICE 2

### Roteiro de entrevista para Gestores

- 1) A Equipe é equipe? Ou qual equipe é a equipe? Ela foi formada para ser equipe? O que faltou? O que não faltou?
- 2) Como a equipe articula-se com os usuários?
- 3) A equipe articula-se com outros órgãos públicos? Gestores? Atenção secundária e terciária?
- 4) Descreva como está referência e contra-referência atualmente no PSF.
- 5) Quais são as necessidades de Saúde da Família no interior do Amazonas?
- 6) Com as equipes as identificam?
- 7) Como tem se dado a questão da Educação Permanente às equipes neste município?
- 8) Como as equipes vencem a limitação geográfica desta região?
- 9) Em que a limitação geográfica interfere na prestação de serviços de saúde?
- 10) Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?



## APÊNDICE 3

### Roteiro para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família

#### Processo de trabalho

1. Descrevam o dia a dia do trabalho nesta equipe.
2. Neste trabalho, vocês se relacionam com outros setores além da saúde? Quais?
3. Descrevam situações cotidianas em que participe mais de um profissional desta equipe?
4. Em algum momento da semana vocês discutem ações conjuntas? Como é?
5. Descrevam as atividades realizadas, diferenciando aquelas que são executadas pelo próprio profissional daquelas que são executadas em equipe como um todo.
6. Quais são os principais problemas para esta equipe desempenhar suas funções conforme o Ministério da Saúde idealiza?
7. Qual a diferença do trabalho tradicional em Saúde Pública e o trabalho em Saúde da Família?
8. Descrevam conflitos entre os profissionais para a realização do trabalho em equipe?
9. O que é diferente no trabalho em Saúde da Família dos outros tipos de trabalho em Saúde?

#### Peculiaridade da Amazônia

1. Falem sobre o acesso a atenção secundária e terciária?
2. Quais as diferenças encontradas no trabalho aqui no interior do Estado do Amazonas comparado com outros locais do país?
3. Como vocês identificam as necessidades da população?
4. Como a equipe vence a limitação geográfica desta região?
5. Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## APÊNDICE 4

### Roteiro para Observação participante

A Observação não se pautará exclusivamente, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao **processo de trabalho em saúde da Família**. Além do ato de observar em si, será promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os *profissionais*, com os *usuários* no serviço, como junto aos *comunitários*. No entanto, minimamente se observará os seguintes itens:

- a. Principais impressões sobre o atendimento aos usuários na unidade e o atendimento domiciliar.

Atendimento na unidade:

Atendimento domiciliar:

- b. Existem ações junto ao programa hiperdia?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- c. As ações enfocam assistência contínua, racionalizada (além do atendimento pela procura do usuário à unidade, seguindo os casos crônicos)?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- d. Impressões sobre Referência e contra-referência.

- e. Ações educativas e intersetoriais.  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- f. Impressões sobre o conhecimento da realidade de saúde das famílias

- g. A equipe realiza ações de planejamento?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- h. Impressões sobre o acesso do usuário a consultas médicas, odontológicas e de enfermagem;  
Médico:

Enfermeiro:

Odontólogo:

- i. Impressões sobre a dinâmica dos programas de saúde na unidade.
- j. Dados e impressões sobre adscrição de clientela e seu cadastramento.
- k. Impressões sobre acesso e acessibilidade da população aos serviços
- l. Impressões sobre Mapa de risco quanto às famílias: existência e utilização.

## APÊNDICE 5

### Formulário para Verificação da Estrutura Física

Itens	Sim	Não	Número	NSA
Recepção para pacientes e acompanhantes				
Cadeiras				
Mesa de Escritório				
Mesa de impressora e computador				
Arquivos fichário de metal				
Sala de espera para pacientes e acompanhantes				
Bebedouro				
Suporte para TV e Vídeo				
Televisor				
Cesto de Lixo				
Sanitário para usuário				
Sanitário para deficiente				
Banheiro para funcionários				
Sala de procedimentos				
Sala de ACS				
Almoxarifado				
Consultório odontológico com área para escovário				
Área para compressor e bomba a vácuo				
Sala de recepção, lavagem e descontaminação				
Área de depósito de material de limpeza				
Sanitário para usuários				
Área para reunião e educação em saúde				
Abrigo de resíduos sólidos				
Iluminação natural/adequada				
Ventilação natural/adequada				

NSA – não se aplica

\*\*UBS para 1 ESF - Comportar aproximadamente 15 pessoas.

UBS para 2 ESF - Comportar aproximadamente 30 pessoas.

UBS para 3 ESF - Comportar aproximadamente 45 pessoas.

Para as UBS com mais de uma ESF, o espaço da sala de espera e da recepção podem fazer parte do mesmo ambiente interno.

## APÊNDICE 6

### Instrumento quantitativo

Solicitamos sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é parte de um estudo sobre a avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Amazonas. Está no momento sendo realizado em todas as equipes deste município, e em outros três municípios do interior do Amazonas. Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa. Devem se referir a Saúde da Família.

1) Local de trabalho (marque com um X uma ou mais opções):

- ( 1 ) Unidade Básica de Saúde
- ( 2 ) Equipe de Saúde da Família
- ( 3 ) Hospital
- ( 4 ) Outro: \_\_\_\_\_

2) Especifique sua profissão:

- (1) Enfermeiro
- (2) Médico
- (3) Agente Comunitário de Saúde
- (4) Cirurgião Dentista
- (5) Técnico de Enfermagem
- (6) Auxiliar de Consultório Dentário
- (7) Técnico de Higiene Dental
- (8) Outra \_\_\_\_\_

3) Sexo:

- (1) Feminino (2) Masculino

4) Idade:

\_\_|\_\_ anos

5) Ano de formatura:

\_\_|\_\_|\_\_|\_\_

6) Tempo de trabalho neste serviço (em anos):

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos
- (3) Entre 6 e 10 anos
- (4) Mais de 10 anos

7) Qual o seu vínculo empregatício (marque com um X uma ou mais opções):

- (1) Estatutário
- (2) Contrato Administrativo
- (3) Outra \_\_\_\_\_

8) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

9) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

10) Seu trabalho exige demais de você?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

11) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

12) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 13) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 14) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 15) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 16) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 17) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 18) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 19) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 20) Nós relacionamos bem uns com os outros no trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 21) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 22) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 23) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 24) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
- (1) concordo totalmente

- (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 25) Alguma vez experimentou cigarro/tabaco?
- (1) Sim, e gostei
  - (2) Não – salte para 67
  - (3) Sim e não gostou – salte para 67
- 26) O (a) Sr.(a) fuma atualmente?
- (1) Sim
  - (2) Não – salte para 33
- 27) Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma, em média, por dia?
- 
- 28) Quanto tempo depois de acordar, o (a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro?
- (0) Após 60 min
  - (1) 31-60 min
  - (2) 6 – 30 min
  - (3) primeiros 5 min
- 29) Tem dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido?
- (1) Sim
  - (0) Não
- 30) Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?
- (0) Qualquer um
  - (1) O 1º manhã
- 31) Quantos Cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia?
- (0) até 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) 31 ou mais
- 31) Fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia?
- (1) Sim
  - (0) Não
- 32) O (a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado?
- (1) Sim
  - (0) Não
- 33) Com que frequência o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?
- (0) Nunca – Salte para 41
  - (1) Mensalmente ou menos
  - (2) de 2 a 4 vezes por mês
  - (3) De 2 a 3 vezes por semana
  - (4) 4 ou mais vezes por semana
- 34) Pense em um dia em que o(a) Sr.(a) bebe. Quantas doses de sua bebida mais utilizada o(a) Sr.(a) bebe?
- (0) 0 ou 1
  - (1) 2 ou 3
  - (2) 4 ou 5
  - (3) 6 ou 7
  - (4) 8 ou mais
- 35) Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma mais que 6 doses em uma mesma ocasião?
- (0) Nunca
  - (1) Menos do que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 36) Quantas vezes o(a) Sr.(a) achastes que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 37) Quantas vezes depois de ter bebido, o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês

- (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 38) Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido na noite anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 39) Quantas vezes o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 40) Quantas vezes o(a) Sr.(a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 41) Já aconteceu do(a) Sr.(a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses
- 42) Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o(a) Sr.(a) bebe ou sugeriu que diminuísse?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses



## APÊNDICE 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Pública



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, em que vamos avaliar como está o SUS no interior do Estado do Amazonas. Esta pesquisa está sendo feita também nos outros municípios do interior, com os profissionais de outras equipes de Saúde da Família. Você pode levar este documento para ler em casa e depois trazer para assinar. Se alguma parte não estiver clara, pode perguntar que lhe explicaremos.

O SUS foi construído para garantir a população universalidade no acesso, equidade na atenção (atender mais quem mais precisa) e integralidade no cuidado. Para melhorar estes princípios, foi criada a Estratégia de Saúde da Família. Nossa pesquisa quer descobrir se estes três princípios estão acontecendo aqui no interior do Amazonas.

Para isso, vamos usar algumas formas de coletar as informações: entrevistaremos profissionais de saúde tanto individualmente como junto com os outros profissionais que trabalham com eles nas equipes; entrevistaremos os Gestores de Saúde; entrevistaremos os usuários dos serviços; e também observaremos o dia a dia dos trabalhadores, percebendo suas dificuldades e como superam estas. As entrevistas serão gravadas com gravadores digitais, e as observações serão anotadas. Caso haja interesse e você autorize, também filmaremos/fotografaremos alguns momentos do seu processo de trabalho.

Registramos que não existe risco na sua participação, nem mesmo desconforto, sendo um espaço para você dizer tudo que quer ou sente sobre a Saúde da Família, por que não revelaremos quem nos deu a informação. Sua identidade será preservada. Você também tem liberdade tanto para deixar de falar alguma coisa que não se sinta a vontade para dizer, ou não queira, e até mesmo para sair do projeto a qualquer momento.

Os benefícios que nosso projeto pretende trazer são as melhorias para o funcionamento da Saúde da Família de acordo com o que o Ministério da Saúde oficializa no seus documentos.

Qualquer problema que tiver ou dúvida, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Projeto, o Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, que é o responsável pela pesquisa.

Ressaltamos: qualquer dúvida, agora ou em outro momento, poderá ser questionada ao coordenador diretamente ou a qualquer outro pesquisador de nosso projeto.

Também deixamos claro que você poderá retirar sua autorização para participar do projeto, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou custo, entrando em contato com o coordenador do projeto, nos contatos que estão abaixo da linha deste termo.

Mais uma vez ressaltamos: nenhuma informação que possa identificar você será utilizada no projeto, de forma que tem nosso compromisso de manter sigilo sobre tudo que nos for dito.

Agradecemos sua colaboração.

Local:

Data:

Assinatura do sujeito

Nome completo:  
R.G.:  
Fone:  
E-mail:

Assinatura do pesquisador

RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES  
R.G.: 30.455.294-X  
Fone: (48) 99086582  
E-mail: [rodrigo.moretti@pq.cnpq.br](mailto:rodrigo.moretti@pq.cnpq.br)

Espaço para digital

## ANEXO 1: Aprovação Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 122

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 121/09 FR- 259768**

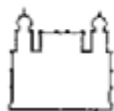
**TÍTULO: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS**

**AUTOR: Rodrigo Otavio Moretti Pires.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em "Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia"

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

MARILISE KATSURAYAMA

MANAUS, 2010.

Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em ‘Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia’.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS, 2010.

MARILISE KATSURAYAMA

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da  
saúde do trabalhador no interior do Estado do  
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da UFAM, FIOCRUZ e UFPA como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Aprovado em 25 de Fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Presidente.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosângela Dutra de Moraes, Membro.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Membro.  
Universidade de São Paulo

K18t Katsurayama, Marilise.

Trabalho e Saúde da Família: análise dejouriana da saúde do trabalhador no interior do Estado do Amazonas. / Marilise Katsurayama. – Manaus: UFAM/Fiocruz, 2010.

153p.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – 2010.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Morreti-Pires.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela dedicação e preocupação em minha formação e construção de valores que fizeram a diferença em minha educação e profissionalização, tendo sempre como engrenagem principal o amor. As palavras e ensinamentos foram essenciais para meu engrandecimento como ser humano, a humildade e determinação foram meus maiores aprendizados.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado em todas as etapas, que possam ver nessa produção um incentivo para buscar seu aperfeiçoamento.

Aos trabalhadores da atenção básica que com muitos esforços diante de todas as dificuldades inventam e reinventam formas de levar a saúde a quem necessita, que essa dissertação possa indicar novos horizontes a favor desses profissionais da saúde.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo suporte emocional, financeiro e técnico que me permitiram todas as fases de educação concluídas com sucesso até hoje, bem como o amor incondicional que me proporcionaram enquanto filha, compartilhando toda a preocupação e angústia das etapas conclusivas de todas essas fases, e ainda a compreensão com relação à minha ausência e falta de atenção em muitos momentos.

A minha irmã querida, que mesmo longe continua presente em forma de cuidado e amor. Ao Leandro por ter feito parte de tantas etapas e ter acreditado e torcido em todas elas.

Aos amigos, pessoas especiais que me apoiaram e torceram por mim, tornando os momentos da minha vida mais prazerosos e os obstáculos menores de serem ultrapassados, sem vocês, o ser humano que sou não estaria tão completo, obrigada por me lembrarem disso todos os dias! Daniele, Cassandra, Ritinha, Juliana, Flávia e Renilda vocês são minha segunda família, obrigada pelos afagos. Renato, Francis, Marta, Alyce, obrigada pela compreensão e carinho.

Ao Professor Rodrigo Moretti pela paciência e dedicação em suas orientações, sempre permeada de muita amizade, carinho e cooperação, que tornaram essa caminhada muito mais tranquila do que eu pensava ser. A sintonia entre nós foi essencial para a conclusão de mais esta fase.

Ao Professor Marcelo Cordeiro pelo suporte em momentos importantes de decisão, que não me levaram, em momento algum, a arrependimentos; suas palavras exatas, experientes e práticas foram o cerne na escolha de alguns caminhos, além de representar o exemplo de profissional que almejo ser.

A Professora Rosângela Dutra por ter feito parte dessa caminhada, colaborando não só com o desenvolvimento dessa dissertação, mas



fornecendo um apoio fundamental em minha vida profissional, sua serenidade e sensatez foram confortantes em momentos difíceis.

Aos Professores Neila Falconi e Cristiano Paiva pela confiança depositada em meus trabalhos e amizade cultivada nesses últimos anos, o aprendizado e oportunidades permitidos fizeram diferença em minha formação profissional.

A Fiocruz, seu corpo técnico, docente e discente: aos professores Luíza Garnelo, Paulo Basta, David Lopes, Ana Cyra, Rosana Parente e Jacirema Gonçalves que, de alguma forma, estão presentes nessa dissertação, fruto de todo o conhecimento acumulado durante as aulas; aos técnicos: Ellen, Laura e Rose pela atenção e cuidado comigo em todos os processos necessários para a conclusão dessa dissertação. Aos discentes: Hadelândia e Thiago, pela amizade cultivada em momentos de trabalho e lazer; Amandia, Raquel, Lívea e Mailza, pela preocupação, cuidado, cooperação e palavras amigas em todo esse percurso, vocês tornaram as aulas mais divertidas e prazerosas de frequentar.

Aos trabalhadores da saúde, que foram os atores principais dessa pesquisa, sem a colaboração deles a realização desse trabalho não teria sido possível.

## Resumo

O trabalho constitui-se como um elemento da existência que possibilita ao homem revelar características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica seu papel nos processos psíquicos. Portanto, é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo. Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de realizarem o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme preconizado nos documentos oficiais. Uma dessas dificuldades é a falta de investimentos nas condições estruturais e materiais de trabalho, o que implica em incoerência entre a prática e o discurso oficial sobre o funcionamento do SUS. A realidade atual é representada por abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde. Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável a psicopatologia do trabalho, sendo de suma importância tal análise destes trabalhadores. O presente trabalho objetivou avaliar a saúde dos trabalhadores da ESF no interior do Estado do Amazonas, mais especificamente, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, realizando uma análise com base na teoria dejouriana. O percurso metodológico se pautou em Triangulação de dados, através da utilização de técnicas qualitativas (Grupo Focal, Entrevistas Individuais e Observação Participante) e técnicas quantitativas (inquérito com o uso de *Job Stress Scale*), cujos sujeitos são os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, de forma a estabelecer características, desafios e limites. Através dos resultados obtidos nessa pesquisa foram produzidos 4 (quatro) artigos: 1) um ensaio teórico que propõe uma análise do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil; 2) um artigo que propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na ESF, suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho; 3) um artigo empírico qualitativo que explora a subjetividade e o trabalho na ESF diante dos dados coletados com base na teoria de Christophe Dejours; e 4) um artigo empírico que faz uso da triangulação de dados para a análise da relação homem-trabalho na ESF, embasado pela teoria de Christophe Dejours.

**Descritores:** Saúde e Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Psicodinâmica do Trabalho.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>08</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
Tipo de Pesquisa	26
Local de Pesquisa	26
Participantes	28
Procedimento de Pesquisa	29
Tratamento e Análise de Dados	36
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>39</b>
Artigo 1	40
Artigo 2	56
Artigo 3	75
Artigo 4	98
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>134</b>
<b>Apêndices</b>	<b>142</b>
<b>Anexos</b>	<b>155</b>

## **Apresentação**

Esta pesquisa é um dos desmembramentos do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Edital MCT/CNPq 14/2008). Constitui o subprojeto da etapa qualitativa (primeira etapa do projeto) que irá focar a saúde mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando para isso uma avaliação da saúde do trabalhador da ESF no Amazonas, sustentada pelo marco teórico de Christophe Dejours.

Esta dissertação de mestrado está assim dividida: uma breve introdução sobre os aspectos teóricos da problemática na Estratégia de Saúde da Família; a descrição do percurso metodológico adotado; resultados apresentados no formato ‘artigos’. São apresentados quatro artigos: um ensaio teórico dejouriano sobre a ESF; a proposta do modelo teórico utilizado para a avaliação; e dois artigos empíricos, um utilizando os métodos qualitativos de análise, outro utilizando a triangulação de métodos.

## **1. INTRODUÇÃO**

## **A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de trabalho**

Há alguns anos o Ministério da Saúde tem apontado diversos paradoxos existentes no Brasil e que limitam a progressão da implementação do Sistema Único de Saúde em conformidade plena com seus princípios.

Como alternativa para problemas com a Atenção Primária, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorganização da atenção à saúde respeitando os princípios do SUS, alcançando desde pequenos municípios aos grandes centros urbanos de todo o país. Em 1997, o Ministério da Saúde propõe a mudança para Estratégia Saúde da Família (ESF), dando uma nova interpretação, considerando-o não mais um programa, mas sim uma estratégia de atenção voltada à modificação do modelo assistencial vigente, compreendendo a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2002; Brasil, 1997).

Este modelo de atenção primária orienta para a existência de novas práticas de assistência (Brasil, 2000), com ações estruturadas em equipe, em um processo de trabalho a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas em que residam de 2.500 a 4.500 pessoas, com unidade espacial de atuação de um agente comunitário de saúde para cada 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do sistema de informação de atenção básica (SIAB). No âmbito do PSF preconizam-se ações específicas para saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de *diabetes melittus*; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal.

São atividades previstas para a equipe: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o

planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Os aspectos envolvidos na relação entre o usuário, o serviço de saúde e o profissional de saúde no serviço são complexos, dado que a solução de problema de saúde, seja a que nível de atenção se referir, é fenômeno social e histórico que não pode ser analisada como um processo linear, apesar da tradição e estrutura dos sistemas de saúde não se pautarem nesta perspectiva (Campos, 2003).

Deve ser percebido como um processo em que interagem diversos aspectos concomitantemente, convergindo na dicotomia entre a disponibilidade de um conjunto de ações e serviços e a dificuldade de acesso aos mesmos. Qualquer ação no sistema de saúde deve paralelamente considerar a historicidade, na medida em que existem aspectos íntimos de como o processo

de trabalho se dá em cada Unidade de Saúde, com diferentes conformações e espaços (Campos, 2003).

Neste sentido, o debate caminhou para firmar como padrão a ser assegurado o tratamento horizontalizado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais e humanas dos pacientes, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos possuem significado frente às demandas não pautadas nas questões que podiam ser respondidas pelo modelo biomédico (Brasil, 2004).

Pela importância desses princípios na instituição da Saúde da Família, o PSF pode ser entendido como uma estratégia não apenas para reordenar a atenção primária em termos administrativos, mas principalmente como estratégia de humanização da atenção, haja vista aos objetivos oficiais do Programa encaminhando para a humanização das práticas de saúde, trabalho em equipe multiprofissional de saúde, limite de atuação a uma população adscrita e controle social (Brasil, 2004).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado em função de sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo. Além disso, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da



equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo, 2007).

Em particular, o trabalho em equipe não é idealizado neste modelo de atenção como a simples sobreposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2004; Kilsztain, 2001).

### **Trabalho e o marco teórico de Christophe Dejours**

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que

justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar, ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores. Neste 'modo de trabalho' há separação do trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural, que é o aparelho mental, se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se dão tanto na saúde física quanto mental. Os trabalhadores encontram-se diante de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995). Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours<sup>1</sup> apresenta dois momentos:

- 1) Década de 70: na disciplina psicopatologia do trabalho, que abordou a interface homem/liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do

---

<sup>1</sup> Doravante grafada como 'Dejouriana'

trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo);

2) Década de 90: denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al,1994).

Por 'organização do trabalho' entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se, então, do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador, na dependência dos interesses econômicos, ideológicos e políticos de atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

Entende-se por 'condições de trabalho' o ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho. Influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto a organização do trabalho atua no nível de funcionamento psíquico (Dejours *apud* Betiol, 1994).

Partindo destes conceitos, Guareschi & Grisci (1993) classificam dois tipos de sofrimento diferentes: o sofrimento físico e o sofrimento psíquico. O sofrimento físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador, a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Na abordagem teórica que fundamenta o presente trabalho, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho, o que é modulado por sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos, que não se confluem: o trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências

contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico, que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours *apud* Betiol (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa do trabalho autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da *sublimação*, conceituada pela Psicanálise como a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade.

Diante da *prescrição da tarefa*, cabe ao trabalhador fazer uso de suas *estratégias defensivas* a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento, buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um

processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser *individuais ou coletivas*. As do primeiro tipo encontram-se interiorizadas e, quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento, contribuem para o surgimento do segundo tipo, que depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores (Mendes, 1995).

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos (Mendes, 1995):

1) *ressonância simbólica*: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória;

2) *espaço público de discussão coletiva*: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução.

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours

(1997) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho. É a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade (*op.cit*).

O conceito de 'mobilização subjetiva' refere-se ao processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. Depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

### **Saúde da Família no interior da Amazônia**

Na realidade amazônica, a questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas constitui-se uma barreira a democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas.

Para Mendonza-Sassi e Béria (2003) a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde é um importante fator para a limitação no contexto de acesso. A literatura também aponta que barreiras físicas, tais como áreas montanhosas ou de topografia difícil são fatores limitantes para o acesso (Grant, 2000; Perry, 2000). Transpondo estes pressupostos ao universo das comunidades ribeirinhas, distâncias físicas que são vencidas com facilidade em áreas que possuem estradas, não apresentam a mesma facilidade no caso da população estudada, uma vez que dependem exclusivamente do rio.

Porém, não apenas o acesso, mas diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar na Amazônia em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. Para Raciaro (2004) os serviços de saúde prestados a essas comunidades são em sua maioria qualitativamente precários, havendo falta de saneamento e outras questões básicas, que tornam o cidadão incapaz de decidir sobre sua própria vida frente à falta de resolutividade dos serviços.

Para Santos e Victora (2004) “A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados (...) cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados”.

A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi, 2003).



Conforme Pinheiro e colaboradores (2002) a utilização de serviços de saúde por uma população é uma questão complexa, envolvendo o perfil de necessidades em saúde, mas também está condicionado a fatores internos e externos ao setor da saúde, dentre estes a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos, a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos.

Na atenção primária, a transformação que se propõe no SUS, impele à ação que atinja a população mas superando as concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais, principalmente no que se refere ao acesso das populações ribeirinhas aos serviços de atenção à saúde.

Teixeira (1996) discorre sobre a falta de estudos que revelem as condições de vida da população do interior da Amazônia, afirmando que mesmo em estudos como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, talvez a mais importante pesquisa de impacto para o conhecimento da realidade da população brasileira, “reside em cobrirem para a Região Norte, apenas as áreas urbanas, impedindo maior aprofundamento da análise para a população total em anos recentes”.

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância

para sua real implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

Não foram encontrados estudos que se refiram à saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia.

## **2. OBJETIVOS**

## **Objetivo Geral**

Avaliar a Saúde dos trabalhadores de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.

## **Objetivos Específicos**

1. Elaborar um modelo de estudo avaliativo capaz de avaliar o sofrimento/prazer dos trabalhador na ESF no interior do Estado do Amazonas, por uma perspectiva dejouriana;
2. Construir e testar um Modelo Lógico para orientar a avaliação da ESF, na perspectiva referida;
3. Avaliar o trabalho em Saúde da Família sob os três aspectos: demanda psicológica, controle de trabalho e apoio social;
4. Avaliar o tipo de trabalho e o nível de desgaste do trabalhador de Saúde da Família no contexto amazônico.

### **3. METODOLOGIA**

### **Tipo de Pesquisa**

A operacionalização da presente pesquisa se pautou na avaliação por triangulação de métodos (Denzin, 1973; Samaja, 1992; Minayo, 2001), abordagem pretende entrecruzar múltiplos pontos de vista sobre determinado contexto complexo.

Se utilizou de métodos que levantem informações de cunho qualitativo e dados quantitativos, em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades.

A perspectiva qualitativa se pauta na busca do entendimento e da compreensão de como determinado contexto se dá através da vivência e experiência pessoal dos próprios sujeitos envolvidos (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003), de forma que permite levantar características e dinâmicas de determinado fenômeno, no entanto sem a prerrogativa da generalização, a qual é pertinente para os trabalhos de cunho quantitativo, em que a abordagem estatística com amostra representativa do todo é preconizada, orientada para a verificação e confirmação de hipóteses, enfatizando a confiabilidade e a reaplicabilidade dos dados (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

### **Local da Pesquisa**

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas, nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si, assim como características e peculiaridades relacionadas ao trabalho em Saúde da Família.

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 km<sup>2</sup>.



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

A população de Coari é de 66.991 habitantes distribuídos numa área de 57.230 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009 o que a coloca na posição de quinta maior cidade do Amazonas, atrás apenas da capital Manaus e de Parintins, Itacoatiara e Manacapuru. A densidade demográfica corresponde 2,20 habitantes por km<sup>2</sup>. A distância até a capital é de 363 km. O IDH é de 0,627 (médio), o PIB R\$ 980.166 mil. O PIB per capita R\$ 11.626,00 (IBGE, 2004). O município se destaca por produzir petróleo e gás natural, que ocorre em uma região denominada de Urucu. Outro fato importante é que está sendo construído um gasoduto que ligará sua província produtora ao mercado consumidor localizado em Manaus.

Manacapuru tem uma população 86.472 habitantes distribuídos numa área de 7.329,23 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A distância até a capital é de 78 km. A densidade demográfica corresponde a

11,49 hab./km<sup>2</sup>. O IDH é de 0,663 (*médio*), PIB R\$ 282.213 mil e PIB per capita R\$ 3.372,00 (IBGE, 2004).

Parintins dista 315 quilômetros de Manaus, e conta com 107.250 habitantes distribuídos em uma área de 5.952 km<sup>2</sup>, se configura como a segundo maior cidade do estado e um dos pontos turísticos mais importantes da Amazônia. Trata-se de um dos principais Patrimônios Culturais e Festivais da América Latina devido ao Festival Folclórico de Parintins. A densidade demográfica corresponde a 22,9 hab./km<sup>2</sup>, com IDH de 0,696, PIB R\$ 312.226 mil, PIB per capita R\$ 2.861,00 (IBGE, 2004).

São Gabriel da Cachoeira dista 852 km da capital, possui uma área de 109.185 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 41.885 habitantes segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A densidade demográfica corresponde a 0,31 hab./km<sup>2</sup>, IDH 0,673, PIB R\$ 111.093 mil, PIB per capita R\$ 3.261,00 (IBGE, 2004). Situa-se no extremo noroeste do Estado do Amazonas, na bacia do Alto Rio Negro. Limita-se ao norte com a Colômbia e a Venezuela, ao sul e ao leste com o município de Santa Isabel do Rio Negro, ao sul com o Japurá e com a Colômbia. Boa parte do seu território é abrangido pelo Parque Nacional do Pico da Neblina. O município é considerado um ponto estratégico pelo país, e por essa razão a cidade é classificada como área de Segurança Nacional, pela Lei Federal número 5.449. Foi a primeira cidade brasileira a escolher prefeito e vice-prefeito indígenas. No município, nove de cada dez habitantes são comprovadamente indígenas. É o município com maior número de indígenas no país..

## **Participantes**



O projeto de pesquisa previa a inserção de pelo menos três equipes de Saúde da Família de cada um dos municípios. No entanto, foram estudadas quatro equipes em Coari, cinco equipes em Manacapuru e Parintins e quatro equipes em São Gabriel da Cachoeira. Na etapa qualitativa participaram 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos de enfermagem e 23 ACS.

Na etapa quantitativa procedeu-se o censo de 382 profissionais das 37 equipes da ESF entre os quatro municípios, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais.

Todos os profissionais das equipes foram convidados a integrar o corpo de sujeitos da presente pesquisa.

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Apêndice 8), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 7) aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

### **Procedimentos de Pesquisa**

Em termos qualitativos, o presente utilizou técnicas de Grupo Focal, Entrevista Individual Semi-Estruturada e Observação Participante (Beck, 2002; Almeida, 2004; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994).

Em termos quantitativos, foi aplicado instrumento contendo características sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho e ao estresse, assim como o uso de tabaco e álcool.

A entrevista individual é a técnica em que o investigador, perante ao informante, formula questões relativas ao seu problema, que são padronizadas através de um roteiro de questões elaborado a partir das proposições que estudo enseja, de forma a ter uma linha mestra sobre a qual coletar as informações dos diversos informantes, mas também coletando informações não previstas inicialmente, de caráter complementar, explicativo ou inesperado. Conceitualmente é produto dinâmico da interação entre o mundo que os entrevistados trazem em si - o indivíduo não representa a totalidade das características do grupo a que pertence, mas traz consigo traços comuns aos demais integrantes de seu grupo - e o mundo do pesquisador-entrevistador, momento no qual se confronta a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos pertinentes a proposição da pesquisa (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

O uso das entrevistas individuais utilizando roteiro de questões semi-estruturadas revela seu valor ao não se determinar as respostas para cada uma das questões pelo pesquisador, havendo a possibilidade de se coletar o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa e não as opções oriundas da visão do próprio pesquisador, como no uso de questionário. Através das entrevistas individuais garante-se a perspectiva individual sobre determinada problemática.

As entrevistas individuais foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros,

técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde, Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos (Apêndice 1).

Foi também realizada entrevista individual com os gestores em cada município seguindo roteiro de entrevista semi-estruturado específico para esses participantes (Apêndice 2). Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais.

A técnica denominada de grupo focal se trata de entrevistas realizadas coletivamente, em grupo, cujo registro produz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na verbalização de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas sim se trata de um produto coletivo, de sentido mais amplo, sendo útil em situações complexas, envolvendo diversos atores e perspectivas (Berg, 2004; Morgan, 1997; Beck, 2002; Almeida, 2004). Sua relevância está na interação entre o grupo, por se constituir como uma entrevista dinâmica, em que as perspectivas individuais se convergem e divergem de posicionamento sobre as questões propostas, o que permite levantar não apenas as diferentes perspectivas de determinada temática, mas também a interação destas perspectivas. A técnica apresenta importância e singularidade na medida em que esta dinâmica, entre os diversos olhares do mesmo tema, poderia ser menos acessíveis sem a comunicação e interação na forma de grupo.

Para a operacionalização desta técnica, a literatura sugere a utilização de um roteiro de questões pertinentes à temática trabalhada no âmbito da pesquisa. Estas questões devem servir como ativadores das discussões, contendo os diversos questionamentos a cerca da temática investigada.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de tratado, será confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal coincide com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho;

enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF.

O grupo focal seguiu um roteiro previsto (Apêndice 3) e foi realizado em cada UBS com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e 3 ACS. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Com relação a terceira técnica qualitativa empregada, a Observação Participante, trata-se de um tipo de método que tem como finalidade levantar como os processos investigados se dão dinamicamente, na ação propriamente dita, imergindo no empírico avaliando ações, relações e evasivos da atividade cotidiana. Pelo fato de que o investigador se insere no contexto e, pela simples presença e mesmo pelas questões que levanta por ali estar, considera-se este tipo de técnica como promotora de certa intervenção nas condições em que os contextos se dão, de forma que o investigador participa mais ou menos dos processos durante o levantamento de informações (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001).

Esta técnica também coincide com a perspectiva dejouriana, que define como observação clínica, o material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que

Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987).

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio (Apêndice 4), tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em Saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

Paralelamente utilizou-se um formulário para a identificação das Condições Estruturais de trabalho das unidades em que ocorre Saúde da Família (Apêndice 5). Estes recursos também foram utilizados para o registro da área adscrita, assim como do deslocamento que os usuários fazem para chegar até a unidade, de forma a possibilitar aos pesquisadores entender mais profundamente como se dá o acesso destes usuários ao serviço de saúde.

Também foi investigada a dinâmica interna nas unidades, tanto quanto acompanharão visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e quaisquer outras que forem realizadas por outros profissionais durante o período de observação.

Diversas são as técnicas quantitativas para coleta de dados em Saúde Coletiva. Em particular para a presente pesquisa, optou-se pelo uso de um questionário sócio demográfico e uma Escala nomeada *Job Stress Scale* originalmente elaborado por Karasek (1990) com 27 e, em seguida, 49 perguntas, foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões: cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para apoio social. A versão resumida da escala validada por Alves (2004) para o português foi o instrumento utilizado para a etapa quantitativa desta pesquisa (Apêndice 6).

Dentre as perguntas que avaliam demanda, quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

O bloco referente ao apoio social contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em

escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

### **Tratamento e Análise dos Dados**

Para as informações qualitativas, o tratamento e análise do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação participante deu-se através da análise hermenêutica-dialética proposta por Minayo (1996). Segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O método utilizado compreende dois níveis de interpretação:

- 1) Nível das Determinações Fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise;



2) Nível de Encontro com os Fatos Empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica.

Utilizou-se os passos seguintes:

1) Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados recolhidos;

2) Classificação dos dados: segundo Minayo (1996), aqui é preciso se compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos;

3) Análise final: é o momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados.

No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de tomá-lo como um revelações da dimensão individual sobre a temática investigada.

Para os dados quantitativos, utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de

cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança à 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos: primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

## 4. RESULTADOS

**Artigo 1** – encaminhado à Revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

### **Folha de Rosto**

**Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

**Work and Psychic Suffering in the Family Health Strategy: a Dejouriana's perspective<sup>1</sup>**

**Trabajo y Sufrimiento Psicológico en la Estrategia de Salud de la Familia: una perspectiva Dejouriana<sup>1</sup>**

### **Autor principal**

**Marilise Katsurayama**– [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br) , [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

### **Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rosângela Dutra de Moraes** – [rosangeladutra@ufam.edu.br](mailto:rosangeladutra@ufam.edu.br)

Faculdade de Psicologia

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

---

<sup>1</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houve conflitos de interesse.

Departamento de Saúde Pública  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC  
Campus Universitário – Trindade  
Florianópolis (SC)  
CEP – 88040-970  
Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

**RESUMO**

O presente trabalho propõe uma análise teórica do constructo “sofrimento psíquico” do trabalhador na Estratégia Saúde da Família - ESF a partir de alguns dos conceitos de Christophe Dejours, visando uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT**

This paper proposes a theoretical construct of worker "psychic suffering" in the Family Health Strategy (FHS) from some of the concepts of Christophe Dejours, seeking a combination of theory and practice aspects of the reorientation of primary care model in Brazil.

Keywords: Family Health; Mental Health; Health Worker.

## **RESUMEN**

Este artículo propone una construcción teórica de lo "sufrimiento psicológico" del trabajador en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) a partir de algunos de los conceptos de Christophe Dejours, que buscan una combinación de teoría y aspectos de la práctica del modelo de reorientación de la atención primaria en el Brasil.

Palabras clave: Salud de la Familia, Salud Mental, Salud del Trabajador.

## **O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O REAL E O PRESCRITO**

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamenta na política da assistência integral, do Sistema Único de Saúde –SUS, sendo constituída por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, com as quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. A ESF está atrelada à perspectiva de ação em equipe interdisciplinar, contando com os seguintes atores sociais: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Dependendo do município, das necessidades e das possibilidades locais conta ainda com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, de saúde mental e de reabilitação (Martines, 2007).

As atividades previstas para a equipe da ESF incluem: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária;

estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (Brasil, 2000).

Particularmente, o SUS tem como base teórico-conceitual princípios como *universalidade* do acesso aos serviços, *equidade* e *integralidade* como metas a serem atingidas no processo de trabalho junto aos usuários. A adaptação do sistema às diversas realidades do país está prevista nas diretrizes como a *descentralização*, *regionalização* e *controle-social*.

Pode-se considerar, portanto, as atividades previstas para a equipe da ESF pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000) como a *prescrição do trabalho* na atenção básica e os princípios (universalidade, equidade e integralidade) como pontos norteadores desta prescrição. Segundo Abrahão e Torres (2004), a organização do trabalho prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, constituindo a “viga central” da produção.

A percepção de que existe uma distância irreduzível entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* surgiu da interface entre a psicodinâmica e a ergonomia da atividade (Dejours, 1995). Os estudos iniciais da psicodinâmica tiveram como campo empírico o processo de trabalho em indústrias, escutando as experiências subjetivas de trabalhadores semi-qualificados submetidos a uma organização de trabalho taylorista, para os quais há uma rígida prescrição das tarefas (Dejours, 1987). Observa-se uma difusão dos princípios tayloristas (controle) para outros coletivos e para outros espaços de trabalho, como é o caso dos profissionais de saúde da ESF. Assim, guardadas as devidas proporções, no presente estudo será aplicado o conceito de prescrição de trabalho aos profissionais da ESF.

Para Dejours (1997), a *prescrição* (em ergonomia: tarefa ou modos operatórios prescritos) não permite a alteração dos procedimentos determinados pela organização do trabalho; no entanto a imposição do *real* faz com que a mesma jamais possa ser integralmente respeitada, sendo sua transgressão uma maneira de dar sentido ao trabalho.

O *real* é definido como “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (Dejours, 1997, p.40). É sobre o *real*, que é imprevisível, que a técnica prescrita fracassa; assim, o *real do trabalho* está ligado consubstancialmente ao fracasso, aquilo que no mundo nos escapa e se torna um enigma a decifrar, representando um convite a prosseguir no trabalho de descoberta. O *real* não decorre do conhecimento, está além dele e é apreendido inicialmente sob a forma de experiência, no sentido de experiência vivida (Dejours, 1997).



O confronto com o real, que inicialmente se dá pela experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, também cria o espaço para mobilização subjetiva, para a manifestação da criatividade, que conduz à solução do problema e ao usufruto do prazer no trabalho (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Daí a importância de se abordar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com o *real do trabalho*, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al., 1994).

No entanto, é importante ressaltar a diferença teórica entre a “realidade da atividade” (atividade real ou trabalho real) e “real do trabalho” que diz respeito aos limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho.

Diante da realidade brasileira, os profissionais de saúde da ESF encontram uma série de dificuldades, uma delas é a sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda por atendimento, como comenta Oliveira e Albuquerque (2006):

Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de alguns PSF aponta para números de atendimentos superiores com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas (Oliveira e Albuquerque, 2006, p.238).

Os profissionais da ESF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única opção de atendimento daquela população. É nesta realidade social que o profissional se vê diante do *real do trabalho*.

Inúmeras pesquisas (Rocha e Trad, 2005; Silva e Trad, 2005; Nascimento & Nascimento, 2005) abordam a questão da sobrecarga de trabalho nestes profissionais, referindo como causas principais: a grande quantidade de famílias sob responsabilidade da equipe e a carência de serviços de atenção básica em alguns municípios. Estas condições levam à equipe a assumir uma duplicidade de papéis, apresentando alto nível de estresse e cansaço, o que representa um obstáculo a proposta do MS em substituir o modelo curativo por outro com características preventivas e promocionais.

As patologias da sobrecarga se encontram em expansão na atualidade, e se caracterizam quando o sujeito é levado a assumir uma carga de trabalho superior à sua capacidade, conduzindo ao adoecimento (Dejours, 2007; Mendes, 2007). Identificar a sobrecarga e intervir na organização de trabalho que a condiciona é uma relevante faceta de promoção de saúde no trabalho.

Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de seguir a proposta do MS. Destacam-se a falta de investimentos. A precariedade nas condições estruturais e materiais de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS, surgindo o “nó crítico” principal: de um lado os ideais expressos nos princípios do SUS e do outro a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Segundo Dejours (1987), as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões relacionadas à organização do trabalho (abordada mais adiante) influenciam na saúde psíquica do sujeito. Quando as

condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido a população, o sofrimento mental resultantes da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no nível do conteúdo significativo da tarefa, pode ocorrer a manifestação de doenças, psíquicas e / ou somáticas.

Em sua pesquisa, Oliveira e Albuquerque (2006) ouviu os profissionais das Unidades da Saúde da Família (USF) verificando que as principais limitações da ESF eram as condições de trabalho precárias, tanto materiais quanto estruturais, que não condiziam nem com as necessidades da população ou os ideais do SUS, o que comprometia a qualidade da assistência refletindo na desmotivação destes profissionais.

Diante disso, o profissional pertencente à equipe saúde da família se torna vulnerável ao adoecimento no trabalho. Numa tentativa de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar que é possível alcançar um trabalho justo e digno, a fim de buscar prazer na atividade realizada, o trabalhador faz uso de alguns mecanismos (abordados mais adiante).

## **A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FONTE DE ADOECIMENTO**

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; 2007; Abrahão e Torres, 2004). Dejours e Abdoucheli (1994) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

A partir daí fica então evidente que é na organização do trabalho que estão os fatores responsáveis pelas conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (Araújo e Rocha, 2007). Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (Araújo e Rocha, 2007).

Analisando particularmente o trabalho em equipe, este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Perspectiva que prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (Vieira, 2005; Kilsztajn, 2001).

Examinando o trabalho em equipe multiprofissional à luz do conceito de organização do trabalho proposta por Dejours (1987), presume-se que o sucesso desse trabalho se relaciona, dentre outros aspectos, do sistema hierárquico, das modalidades de comando e controle, das relações de poder, das questões de responsabilidade. Para que seja alcançado o projeto idealizado pelo MS é necessário que haja a construção de um projeto comum e para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

Todavia, para que isso ocorra, deve-se haver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois na carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar, o trabalho em equipe deixa de contemplar a equipe-integração passando a constituir uma equipe-aglomerado (Peduzzi, 2001).

Silva e Trad (2005) atenta para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral, que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagirem.

Segundo Dejours (2007), o sistema hierárquico e a divisão de tarefas pode se tornar fonte importante de sofrimento no trabalho, pois pode dificultar os processos de reconhecimento, de cooperação, que favorecem as vivências de prazer, identificadas a partir de manifestações de realização, satisfação ou

gratificação das pulsões, remetendo ao conceito de pulsões da psicanálise (Kupfer, 2000).

Nos resultados alcançados por Oliveira e Albuquerque (2006) sobre a percepção dos profissionais da ESF do processo de trabalho, a questão do sistema hierárquico é mencionado. As demandas internas da ESF se mostraram agravadas diante das freqüentes solicitações da coordenação municipal da cidade em questão. No entanto, as responsáveis técnicas pelo grupo são, na maioria das vezes, representadas por enfermeiras, sendo estas responsáveis por responder pela direção da USF, já que a coordenação municipal transfere para elas toda a responsabilidade relativa à ESF, principalmente no que se refere à divisão de tarefas com os demais membros da equipes e às atribuições administrativas e burocráticas. O profissional enfermeiro, nestes casos, é o principal alvo da sobrecarga de trabalho, além de atuar em dissonância com os princípios do SUS no que diz respeito ao trabalho em equipe.

Segundo Mendes (1995):

A coordenação de atividades singulares é implementada por meio da cooperação. Esta não é prescrita nem decretada; depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança (Mendes, 1995, p.37).

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados frente às insuficiências e às contradições da organização prescrita (Mendes, 1995).

No entanto, para uma tentativa de alcançar o preconizado pelo MS para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional seria necessário o que

Dejours (2007) chama de espaço público de discussão. Aonde o trabalhador tem espaço para discutir sobre a organização do trabalho, bem como da cooperação, porém, exige articulação, coordenação e evolução das regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita (Mendes, 1995).

### **QUANDO O PROFISSIONAL VENCE O SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Diante deste cenário, cabe aos profissionais de saúde da ESF fazer uso da inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995 *apud* Mendes, 1995) como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade. A inteligência operária (Dejours, 1990) ou astuciosa tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível do trabalhador, e, sobretudo, é uma inteligência em constante ruptura com as normas, regras, sendo fundamentalmente transgressiva.

Dessa forma, os profissionais devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda de forma a alcançar a resolutividade do serviço, a fim de reparar as falhas nas condições e organização de trabalho, mantendo a produtividade estabelecida. Assim, os profissionais se protegem do sofrimento psíquico proveniente do trabalho precário, através do uso da criatividade para a resolução dos problemas.

Assim sendo, há a possibilidade de uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador da ESF, processo que se caracteriza pelo uso da inteligência astuciosa e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. No entanto, a

utilização deste recurso pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia (Dejours, 2007; Mendes, 1995).

Este processo, vivenciado de forma particular por cada trabalhador, não é prescrito, porém é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que evita o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

O ideal seria uma relação de trabalho baseado na confiança e solidariedade entre os pares, para que possam juntos, em uma ação de cooperação, produzir idéias e serviços, minimizando falhas e erros na tentativas de alcançar resultados cada vez melhores do que quando trabalhado sozinho (Mendes, 2007). No entanto, para isso é necessário reconhecimento e valorização da marca pessoal e do esforço a fim de fortalecer a identidade psicológica e social produzindo ações com maior poder de transformação.

Um dos obstáculos enfrentados pelos trabalhadores da ESF é a precarização do trabalho e ameaça permanente de desemprego, provocada pelos inúmeros contratos temporários existentes. Nesse clima de competição, o sujeito inicia uma busca exaustiva pelo reconhecimento (não salutar), "mostrar serviço", passando do sofrimento criativo para o sofrimento patogênico, que, ao invés de buscar sentido para si e para vida no trabalho, se vê na necessidade de se defender da ameaça iminente (Hallack, 2005).

Contudo, o uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento mental do trabalhador, embora evitem o adoecimento, não mostram eficácia no sentido da promoção de saúde e de prazer no trabalho, se não houver uma intervenção na organização de trabalho que conduz ao sofrimento. É



fundamental um olhar cuidadoso dos gestores (Secretários de Saúde) e dos níveis estratégicos da organização (Coordenadores do Programa Saúde da Família) sobre os atores que sustentam e desenvolvem a ESF, superando os desafios e obstáculos, que são ampliados diante das peculiaridades da realidade amazônica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo teve o intuito de demarcar alguns conceitos da teoria dejouriana articulando ao trabalho dos profissionais na ESF, visto que a compreensão da configuração da saúde mental dos profissionais de saúde dentro da ESF é necessária para a construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes.

Para que seja oferecido aos usuários um serviço satisfatório na Atenção Básica, caminhando desde o tratamento horizontal, acolhimento e vínculo até a resolutividade, integralidade e humanização do atendimento, a saúde mental do trabalhador se revela de suma importância, dado que a qualidade do serviço oferecido se configura como reflexo direto dessa organização de trabalho e das possibilidades de falar acerca do trabalho, ser escutado, exercitar a mobilização subjetiva e buscar a transformação das condições patogênicas. Neste sentido, a análise do sofrimento psíquico desses trabalhadores é de suma importância, uma vez que pode auxiliar na identificação de entraves desta política pública e indicar caminhos para a superação dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos em psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. **O fator humano.** Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

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.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho.** p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.

HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.

KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.

KUPFER, M. C. **Freud e a Educação.** 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde *versus* as

ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.

OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.

SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.

**Artigo 2:** Encaminhado à revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

**Avaliação da ‘Saúde do Trabalhador de Saúde’ por um modelo teórico  
Dejouriano<sup>3</sup>**

**Evaluation of ‘Health’s health worker’ through a Dejouriano theoretic  
model<sup>1</sup>**

**Evaluación da ‘Salud Del Trabajador de Salud’ por un modelo teórico  
Dejouriano<sup>1</sup>**

**Autor principal**

**Marilise Katsurayama** - [marilise\\_k@hotmail.com](mailto:marilise_k@hotmail.com) / [marilise@ufam.edu.br](mailto:marilise@ufam.edu.br)

Programa de Pós-Graduação em “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”

UFAM/Fiocruz/UFPA

**Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis (SC) CEP – 88040-970

Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

---

<sup>3</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado, em que não houveram conflitos de interesse.

**Resumo**

O presente artigo propõe a construção de um modelo teórico destinado às pesquisas avaliativas da saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família (ESF), suportado pela teoria de Christophe Dejours, que aborda a dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

**Abstract**

This article proposes the construction of a theoretical model for evaluative research into the health of workers at the Family Health Strategy (FHS), supported by Christophe Dejours theory, addressing the dynamics of mental processes involved in the subject's confrontation with the reality of work.

Keywords: Health Worker; Family Health Strategy; Theoretic Model; Christophe Dejours.

**Resumen**

En este artículo se propone la construcción de un modelo teórico para las investigaciones sobre la salud de los trabajadores en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), apoyado por la teoría de Christophe Dejours, que aborda la dinámica de los procesos mentales implicados en la confrontación del sujeto con la realidad de trabajo.

Palabras-clave: Salud Del Trabajador; Estrategia de Salud de la Familia; Modelo Teórico; Christophe Dejours.

## INTRODUÇÃO

Com intenção de reorganizar a Atenção primária brasileira, o Ministério da Saúde implementou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Gradativamente, o PSF tornou-se uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica. Além disso, o programa parte de nova perspectiva de prática assistencial e a adoção de novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (Brasil, 1994; Brasil, 2001).

A Unidade Saúde da Família (USF) representa o palco de atuação da equipe multiprofissional do PSF, composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal. Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (Araújo e Rocha, 2007).

Cada profissional da equipe possui atribuições específicas. No entanto, cabe a todos fomentar e desenvolver, conjuntamente, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos municípios, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho nas equipes de Saúde fundamenta-se nas relações interpessoais. Acrescida à esta característica, a organização institucionalizada do trabalho também promove relações de desejos, interesses e, por decorrência, conflitos. Particularmente nas equipes de Saúde, há um terceiro elemento que trata das competências, poderes e pressões próprias da gestão em saúde (Araújo e Rocha, 2007).

O trabalho constitui elemento fundamental da existência humana, pois permite que o homem revele características especificamente humanas, abrindo espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada, o que justifica o papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano. Portanto, o trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

O interesse pelo estudo da relação do trabalho com os processos psíquicos teve origem a partir da Primeira Guerra Mundial com as repercussões do taylorismo na saúde dos trabalhadores ao separar o trabalho intelectual do manual, neutralizando assim a atividade mental dos operários (Dejours, 1987). Segundo Dejours (1987) o corpo privado de seu protetor natural que é o aparelho mental se torna fragilizado, sem defesas, explorado.

As repercussões da aplicação dos princípios tayloristas na racionalização do trabalho se deram tanto na saúde física quanto mental dos trabalhadores diante das prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, fadiga física e, sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas (Mendes, 1995).

Portanto, há indícios que a organização do trabalho possui elementos que apresentam conseqüências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A teoria de Christophe Dejours apresenta dois momentos: 1) A década de 70 quando a disciplina psicopatologia do trabalho abordou a interface homem – liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador - e organização do trabalho – sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis (taylorismo-fordismo); 2) A década de 90, denominada Psicodinâmica do Trabalho que caracteriza a organização do trabalho pela mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pela mobilização subjetiva (Mendes, 1995).

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours, 1994).

Dentro desse cenário de reformulação da organização do trabalho, tornou-se indispensável à análise das variáveis que influenciam o processo prazer-sofrimento destes atores importantes nas práticas de saúde reorganizadoras da atenção primária. Para isso se propôs a construção de um modelo teórico destinado a uma pesquisa avaliativa da saúde do trabalhador na ESF.

## **PROPOSIÇÃO DE MODELO PARA PESQUISA AVALIATIVA**



Modelo lógico ou modelo teórico, segundo Bunge (1974) é uma representação conceitual esquemática do objeto-modelo. Este, por sua vez, consiste numa representação esquemática de uma idealização (primeiro passo para a conquista conceitual da realidade), representando traços essenciais de um objeto completo que reproduz características comuns a classes de fatos ou coisas, deixando de lado a individualidade e adotando a representatividade de toda uma classe de fatos ou coisas (Bunge, 1974).

Segundo Almeida-Filho (2000), os modelos teóricos são capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, sobre os processos, fenômenos ou eventos; alcançando o conceito da realidade através da integração da avaliação à uma teoria - conjunto de proposições relativas às propriedades de tal objeto que não seriam sensorialmente abordáveis.

No entanto, para que o modelo teórico auxilie no processo de investigação científica é necessário que seja suportado por uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, sendo considerado o segundo passo nesta construção. A teoria adotada no presente artigo origina-se de Christophe Dejours (1987), devido à análise dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com sua realidade de trabalho.

Nesta perspectiva, chegou-se a construção do seguinte modelo teórico, dividido em duas partes, sendo a primeira parte o modelo geral e a segunda parte correspondente ao foco da pesquisa avaliativa.

### **Figura 1**

No âmbito nacional, o **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)** é responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional. Também é da sua esfera de ação a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, cujo propósito é a estruturação de efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas de suas competências são: realizar diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde no Brasil nos seus vários aspectos; desenvolver sistemas de informação, acerca dos trabalhadores da saúde, que possibilitem a tomada de decisão pelos gestores do SUS; apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde no Brasil; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando direitos e deveres dos trabalhadores de saúde; colaborar com os demais gestores do SUS para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado complementar nos municípios e estados; desenvolver mecanismos e instrumentos de pactuação para a gestão do trabalho nos municípios, nos estados e nas regiões; articular pactos entre os gestores do SUS em torno dos processos de trabalho, qualificação e distribuição dos profissionais em saúde; articular, em conjunto com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, a formação de profissionais para a permanente intervenção junto aos

problemas de gestão do trabalho em saúde entre outras competências (Brasil, 2005).

Para o incentivo a gestão, regulação e regulamentação do trabalho em saúde foram criadas as Ações Prioritárias: Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS e Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através das portarias 626/GM de 8 de abril de 2004 e 2.430/GM de 23 de dezembro de 2003, respectivamente.

A ação prioritária nomeada **Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)** elaborou diretrizes de forma a oferecer ao trabalhador do SUS: **carreiras unificadas** que permitam a elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o sistema; **identidade profissional**, incentivando a construção/ consolidação de uma **cultura** própria dos trabalhadores do SUS; **perspectivas de desenvolvimento na carreira**, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho; **avaliação de desempenho profissional e institucional**, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional; **gestão democrática**, compartilhada entre gestores e trabalhadores, o que proporcionará maior democratização das relações de trabalho.

Os princípios que norteiam essas diretrizes e deverão estar presentes nas decisões institucionais são: I – **universalidade**: os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abarcar todos os trabalhadores; II – **equivalência**: os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes federados; III – **concurso público**: o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso público; IV – **mobilidade**: assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos, e a progressão na

carreira; V – **flexibilidade**: garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; VI – **gestão partilhada**: estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e na gestão do plano de carreira, propiciando maior democratização das relações de trabalho; VII – **carreira como instrumento de gestão**: permite a organização dos cargos e a adoção de instrumentos gerenciais para a política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional; VIII – **educação permanente**: assegura a oferta permanente de estratégias de educação para as necessidades dos serviços; IX – **avaliação de desempenho**: refere-se ao processo focado em critérios técnicos, a serem definidos com o aprofundamento da discussão; X – **compromisso solidário**: entendido como um ajuste entre gestores e trabalhadores em favor da qualidade dos serviços.

Esses princípios buscam atender aos seguintes objetivos: I – orientar a organização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização e alocação profissional, conforme necessidade do sistema, para atender aos municípios e às regiões especialmente carentes, de forma a contemplar as demandas de trabalhadores e gestores por carreira na área de saúde; II – valorizar os trabalhadores por meio da **equidade** de oportunidades de desenvolvimento profissional, como forma de também ampliar e qualificar os cuidados progressivos à saúde e garantir os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação popular e do controle social, da autonomia das pessoas e da descentralização do sistema; III – estimular a elaboração de Planos de Carreira, com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os órgãos e instituições que compõem o Sistema Único de Saúde na

União, nos estados, no Distrito Federal, nos municípios e na rede complementar; IV – incentivar ações permanentes de qualificação dos trabalhadores; e V – buscar o estabelecimento de compromisso solidário entre gestores e trabalhadores do SUS, com qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde

Já o **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho** no SUS propõe as seguintes ações: fixar diretrizes e um cronograma para o recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada; definir um modelo de cadastro único/mínimo; monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo; dimensionar e estimular a realização de concursos públicos nas três esferas de governo; realizar o levantamento dos trabalhadores em situação precarizada quanto às formas de inserção e vínculos existentes; indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; induzir, por meio da cooperação com os entes federados, uma nova concepção de relações estáveis de trabalho, substituindo as relações precárias e informais, com o compromisso de valorizar o trabalho e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários do SUS; propor mecanismos de financiamento, pelo governo federal, que estimulem as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho no SUS, com especial ênfase aos agentes comunitários de saúde e às equipes de saúde da família; valorizar e divulgar iniciativas, adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignifiquem o trabalho humano e possibilitem a melhoria dos serviços de saúde no País, com enfoque multiprofissional, entre outros.

## Figura 2

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito (Dejours, 1987; Abrahão, 2004). Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (Mendes, 1995).

As condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões supracitadas relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico (Dejours, 1994). No entanto, segundo Guareschi e Grisci (1993) esses dois tipos de sofrimento (físico e psíquico) são diferentes: o físico é visível e o psíquico é invisível, sendo em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador a depender do contexto sócio-profissional e da própria estrutura de personalidade do sujeito (Mendes, 1995).

Para a avaliação da Saúde do Trabalhador no processo de trabalho na ESF utilizaremos a seguinte matriz conceitual embasada pelo teórico Christophe Dejours (1987):

**Organização do Trabalho** - divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Dejours e colaboradores(1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações. As questões relacionadas à organização do trabalho atuam no nível de funcionamento psíquico.

**Condições de trabalho** - ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho influenciam na saúde física do trabalhador. Portanto, o sofrimento não tem origem na realidade exterior, mas sim nas relações que o trabalhador estabelece com esta realidade, ou seja, define-se a dimensão psíquica do trabalho em termos de níveis de conflitos no interior da representação das relações entre pessoa e a organização do trabalho (Wisner *apud* Mendes, 1995). O sofrimento surge do choque entre uma história individual constituída de projetos, esperanças e desejos e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1987).

O trabalhador então reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho a depender de sua história de vida pessoal e da representação da sua relação com a organização do trabalho. Diante disso encontra-se construída uma via de duas mãos que não se confluem: o

trabalhador buscando prazer no trabalho e fugindo do desprazer; as exigências contidas no processo, nas relações e na organização do trabalho (Mendes, 1995).

No entanto, a organização do trabalho contém um caráter processual e dinâmico que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, uma vez que exige sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos, dada a insuficiência da definição técnica frente à realidade produtiva (Mendes, 1995).

Assim, se haverá sofrimento ou prazer no trabalho depende do produto das relações subjetivas condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. Dessa forma, de acordo com a psicodinâmica do trabalho, a relação homem-trabalho deve ser estudada do ponto de vista normal e não apenas do patológico.

Dejours (1994) considera que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza. As vivências de prazer no trabalho decorrem de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da **sublimação**, conceituada pela Psicanálise com a derivação de uma pulsão para um alvo não sexual, permitindo ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Abrahão e Torres, 2004). A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade no trabalho.

Diante da **prescrição da tarefa**, cabe ao trabalhador fazer uso de suas **estratégias de mobilização subjetiva** a fim da manutenção do equilíbrio do sujeito diante do real do trabalho, ou seja, o imprevisto, o inesperado. As estratégias defensivas representam uma tentativa de evitar o sofrimento



buscando transformar, modificar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, sendo um processo exclusivamente mental, já que não modifica a realidade na qual está inserido (Mendes, 1995).

Essas estratégias podem ser **individuais ou coletivas**, no primeiro tipo, estas se encontram interiorizadas e quando são insuficientes para lutar contra o sofrimento contribuem para o surgimento do segundo tipo, este depende da presença de condições externas, se sustentando no consenso de um grupo de trabalhadores

Outra possibilidade para o trabalhador diante do sofrimento no trabalho proveniente da rigidez da organização do trabalho seria a transformação desse sofrimento em criatividade. Para isso faz-se necessário a discussão de dois elementos: 1)**ressonância simbólica**: quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória; 2)**espaço público de discussão coletiva**: representa o espaço da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. No entanto, estes dois elementos são limitados pelos preceitos rígidos do controle organizacional, exigências de responsabilidades, separação entre o real e o prescrito e entre a concepção e execução (Mendes, 1995).

Diante de uma organização do trabalho pouco maleável, o trabalhador utiliza outra alternativa como a inteligência astuciosa, denominada por Dejours (1995) como a **intelligence de la pratique**, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade.

A partir de então, surge o conceito de **mobilização subjetiva** – processo caracterizado pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho - dependente da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, representado pelo reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. A utilização deste recurso é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito, evitando o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica (Mendes, 1995).

A instalação do sofrimento ou das estratégias defensivas ocorrem no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório, seja por restrições de sua estrutura de personalidade, seja por imposições do modelo de organização do trabalho (Mendes, 1995).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a reorganização do trabalho na ESF, a investigação do processo prazer-sofrimento dos atores envolvidos é importante uma vez que a saúde do trabalhador na ESF está diretamente implicada no funcionamento do sistema. A importância da temática é evidenciada pela existência de iniciativas do governo federal para a desprecarização do trabalho no SUS.

Neste sentido, a teorização de Christophe Dejours apresenta elementos importantes para estudos avaliativos, sendo particularmente importante o binômio sofrimento-prazer no trabalho, que se relaciona às condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de

segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) mas também os aspectos psíquicos, ou seja, aqueles invisível - em grande parte vivenciado de forma particular por cada trabalhador.

Também é fundamental o entendimento de como se manifestam as questões relacionadas à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, definição de cadências, o modo operatório prescrito. Estas características do trabalho em saúde modularão a vivência do trabalhador no SUS, e a forma com que este reagirá às dificuldades das situações de trabalho, havendo sofrimento e prazer, resultados da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza.

Em vista do exposto, há grande potencial na teoria de Christophe Dejours para a análise dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do trabalhador de Saúde da Família com sua realidade na ESF.

### **Colaboradores**

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

### **Referências**

ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1990.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Humain**, v.58, p. 1-16, 1995.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.3, n.1, p. 34-38, 1995.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.





**Artigo 3** – Encaminhado para Revista de Saúde Pública

## **O Trabalho e a Subjetividade na Estratégia Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas**

Marilise Katsurayama  
Rosana Cristina Parente  
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

### **Resumo**

Este artigo traz uma análise da relação trabalho-subjetividade na Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior do Estado do Amazonas, sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, segundo a qual o trabalho é aquilo que demanda, além do saber-fazer, engajamento do corpo e mobilização da inteligência, mas também a capacidade de refletir, criar e inventar. Diante do real do trabalho, os trabalhadores da ESF na Amazônia enfrentam questões peculiares quanto aos serviços de saúde desses locais. Propôs-se a partir daí uma análise do que é invisível no trabalho na ESF desta região.

**Palavras-chave:** Trabalho; subjetividade; Estratégia Saúde da Família; Amazonas.

### **Abstract**

This paper provides an analysis of the work-subjectivity in the Family Health Strategy (FHS) in the interior of the Amazonas State, from the perspective of the work's psychodynamics, whereby the work is what we demand, not only the know-how, commitment and mobilization of the body of intelligence, but also the ability to think, create and invent. In front of the real work, the ESF workers in the Amazon face unique issues regarding the health services of these sites. It was proposed, thereafter, an analysis of what is invisible at work in the ESF in this region.

**Keywords:** Work; subjectivity; Family Health Strategy; Amazon.

## **INTRODUÇÃO**

Na região Amazônica, diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil. A literatura apresenta que a visitação aos serviços de saúde modula-se a partir da interação de variados fatores, tais como os demográficos, os socioeconômicos, aspectos psicológicos e a estrutura dos próprios serviços de saúde, sendo que a efetividade e importância relativa de cada um desses fatores estão na dependência do aporte cultural, das políticas de saúde e da possibilidade dos sistemas de saúde (Mendonza-Sassi et al, 2003).

A real efetivação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância para sua implementação na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde, as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo da construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/deprecação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (Ministério da Saúde, 2000).

O trabalho, no que ele tem de essencial não pertence ao mundo visível, pois o sofrimento, como tudo que é afetivo, é a origem da inteligência e constitui a própria essência do trabalhar, sendo, portanto, não mensurável. Portanto, o trabalho não pode ser objeto de uma avaliação objetiva, pois, segundo Dejours (2004), só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica.



Esta dificuldade se agrava no momento em que as atividades de trabalho evoluem na direção de tarefas imateriais, ou seja, quando não há a produção de objetos materiais, mas como nessa pesquisa, em que o objetivo principal a ser alcançado com o trabalho é a promoção da saúde da comunidade através da prevenção de patologias. Então a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível e, sem a exploração da relação trabalho e subjetividade, uma importante parte do trabalho efetivo permanece na sombra, não sendo passível de avaliação (Dejours, 2004).

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo; para subjetividade, trabalhar constitui uma provação que a transforma, não é somente produzir, é transformar a si mesmo e, assim, oferecer à subjetividade uma oportunidade para se testar ou, até mesmo, se realizar.

O objeto de atenção desta pesquisa dentro do cenário supracitado delimita-se à dimensão sócio psíquica do trabalho através de uma análise clínica da relação entre subjetividade e trabalho, descrita por Dejours (*apud* Mendes, 2007) partindo dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a inter-subjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

A presente pesquisa teve como objetivo a análise desta relação escolhendo como foco o trabalho na Estratégia Saúde da Família em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho conforme conceituado no marco teórico dejouriano.

De acordo com a psicodinâmica do trabalho, a análise da relação trabalho-subjetividade sugere que o trabalho de ofício engaja toda a subjetividade (Dejours, 1993; Dejours, 2004).

## MÉTODOS

A operacionalização da presente pesquisa se pautou em métodos que congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante).

A presente pesquisa foi conduzida no Estado do Amazonas mais especificamente nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira. Os municípios foram escolhidos pela diversidade sócio-cultural e geográfica existentes entre si.

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 [km<sup>2</sup>](#).



Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Nestes municípios a pesquisa se estendeu a, pelo menos, três equipes de Saúde da Família em cada um dos municípios. Participaram da pesquisa 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos (técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de planejamento, recepcionistas, e assistentes de cirurgião-dentista [ACD]) e 23 ACS.

As *entrevistas individuais* foram realizadas com todos os profissionais da ESF presentes no momento da coleta: médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos (enfermagem e laboratório), Agentes Comunitários de Saúde [ACS],

Assistente de Cirurgião-dentista, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturado específico para estes sujeitos. Ao todo foram realizadas 90 entrevistas individuais com duração média de 30 minutos.

O *grupo focal* seguiu um roteiro previsto e foi realizado em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com a maior quantidade de profissionais presentes no momento da coleta, devendo ser presença obrigatória: médico, enfermeiro e no mínimo 3 ACS. Foram realizados ao todo 15 grupos focais, tendo a duração mínima de 40 min e máxima de 1h e 30 min, totalizando mais de 15 horas de gravação.

Para ambas as técnicas (entrevista individual e grupo focal), a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação. A amostra é considerada intencional, portanto. A principal forma de registro, tanto para o grupo focal com para as entrevistas individuais foi o sonoro digital.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros. Na etapa da interpretação, o produto final, depois de

tratado, foi confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

A escolha pela técnica do grupo focal se harmoniza com a proposta metodológica dejouriana que privilegia o contexto coletivo, sendo todo o processo de coleta de dados realizado no local de trabalho ou em um espaço físico a ele relacionado (Dejours, 2004). O grupo focal produziu respostas que refletem a perspectiva do funcionamento do grupo, do processo de trabalho; enquanto as entrevistas individuais refletem a perspectiva individual do trabalhador que, quando analisadas sistematicamente através da técnica de análise proposta permitem articular as diferenças e semelhanças, alcançando uma perspectiva coletiva com relação ao trabalho realizado na ESF. No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de identificar falas e respectivos sujeitos que as formularam, pois revela a dimensão individual sobre a temática investigada.

Já a técnica da *observação participante* se aproxima neste estudo ao que Dejours (1987) definiu como observação clínica, que consiste no material essencial para a elaboração e a discussão psicopatológicas, visto que o sofrimento e o prazer somente podem ser identificados através da subjetividade de um receptor do discurso, ação que Dejours chama de objetivação da intersubjetividade. É através desta técnica que é possível

evidenciar a movimentação, os desvios, as reações que surgem, permitindo explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador (Dejours, 1987)

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados. No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo.

A Observação se pautou em roteiro prévio, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao processo de trabalho em saúde da Família. Além do ato de observar em si, foi promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os profissionais, com os usuários no serviço como junto aos comunitários.

O *tratamento e análise* do produto empírico oriundo do grupo focal, entrevistas individuais e observação não participante foi através da *análise hermenêutica-dialética* proposta por Minayo (1996), segundo a autora corresponde a análise “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (Minayo, 1996, p.231), pois coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Assim, segundo Minayo (1996) é através de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e

efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada, tornando com centro de análise a prática social, a ação humana que “atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas” (Minayo, 1996, p.232).

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Protocolo ético 121/2009), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***O conteúdo significativo do trabalho: investimentos simbólicos***

Com relação à escolha dos profissionais pela realização de atividades no nível da atenção básica os discursos dos profissionais estiveram divididos por dois grandes grupos de fatores motivadores do trabalho na ESF: 1) a satisfação em trabalhar com atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como de estar em contato direto com a comunidade, identificação com a proposta, credibilidade na eficácia da proposta e em seu poder de transformação, sentimento de utilidade para a melhoria da saúde da população de seu município; 2) a necessidade de sustentação financeira, falta de perspectiva de emprego diante da falta de especialização. Como pode ser visto nas falas a seguir:

“o que eu gosto mesmo é essa coisa do cuidado, da freqüência com que a pessoa tem com a família.” (Médico 02 – Coari)

“Então sempre pensei que sendo médico eu poderia voltar e transformar a realidade, como coariense, não só ta de passagem por aqui, mas tentar transformar mesmo, através da minha profissão tentar ajudar a população da melhor forma.” (Médico 03 – Coari)

“(…) eu prefiro trabalhar no interior pra ter um vinculo maior com os pacientes (…)” (Médico 04 – Coari)

“(…) sempre trabalhei pro lado voltado pra saúde pública, trabalhei na saúde indígena, me identifiquei bastante, tem um laço com os colegas que fazer parte da equipe e como eu vim de uma família simples, humilde eu sempre procurei cooperar e tudo aquilo que nós conseguimos pelo serviço público tem gasto ‘pra’ eles então é uma contribuição muito boa.” (Médico 01 – Manacapuru)

“(…) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim.” (Médico 02 – Manacapuru)

“(…) pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital.” (Médico 01 – Parintins)

“É uma questão de contato também, a gente consegue acompanhar o desenvolvimento da saúde das famílias, da comunidade. A comunidade ‘tá’ bem mais próxima do que era antigamente, tem as campanhas, então hoje eu vejo com bons olhos o advento da saúde da família, né?” (Médico 02 – São Gabriel da Cachoeira)

“É o trabalho que eu me identifico. Primeiro porque eu fiz a especialização e mestrado em odontologia preventiva e social, então eu me identifico muito.” (Dentista 01 – Coari)

“No interior tem carência de profissional, no interior tem como ter o diferencial, aqui a gente faz a diferença, enquanto que na capital a gente é mais um, não consegue desenvolver trabalho nenhum, o paciente muda de endereço e você não sabe mais nada e aqui não, aqui é diferente, a gente vê as crianças crescerem. É até engraçado porque a gente vê a criançadinha que a gente atendeu com cinco anos, chega em você: oi tia! E quando você olha é um baita garoto. Então você vê crescer, e eles falam: olha tia eu continuo escovando os dentes, olha tia não tive mais cárie. Então é gratificante esse trabalho.” (Dentista 03 - Parintins)

“(…) sou de família muito pobre, (...) e via e vejo uma oportunidade de trabalhar com isto e me coloquei a disposição pra atender uma vez que já aconteceu comigo, não tinha onde ficar, não tinha ninguém e eu me coloquei a disposição, a razão então foi social.” (Dentista 01 – Manacapuru)

“Porque eu me formei, foi a opção que eu tive (…)” (Enfermeiro 03 – Coari)

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade



técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Diante da teoria dejouriana, ao mesmo tempo que a atividade de trabalho envolve uma significação narcísica, ela comporta os investimentos simbólicos e materiais destinados 'a um outro', o 'Objeto'. Portanto, o conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto pode veicular um certo número de símbolos através dos gestos que ela implica, dos instrumentos que ela movimenta, da atmosfera que na qual ela opera. A natureza e encadeamento desses símbolos dependem, por sua vez, da vida interior do sujeito, do sentido simbólico que ele introduz na sua atividade de trabalho, essas significações podem ser tanto concretas, direcionadas a um objeto exterior e real, quanto abstratas, direcionadas a um objeto interiorizado por outro, cujo papel é decisivo na vida (Mendes, 2007). Portanto, no conteúdo significativo do trabalho consideram-se dois componentes: o conteúdo significativo em relação ao Sujeito e o conteúdo significativo em relação ao Objeto (Dejours, 1987).

As significações concretas encontradas nas falas em sua maioria dizem respeito à sustentação financeira (meio de complementar a renda, primeira e/ou melhor oportunidade de emprego). As significações abstratas relacionam-se a sonhos e projetos de realizações possíveis, além do desejo de ajudar a população adscrita dada a identificação com o município, na maioria das vezes devido à sua naturalidade (pertencer ao município onde trabalha). Toda essa significação "põe em questão a vida passada e presente do sujeito, sua vida íntima e sua história pessoal. De maneira que, para cada trabalhador, esta dialética do Objeto é específica e única." (Mendes, 2007, p.50).

Um número considerável de profissionais trouxe como motivo principal de trabalharem na ESF o fato de serem recém-formados e esta ter sido a única, ou a melhor oportunidade de emprego na condição que se encontravam. Questiona-se a partir daí a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, podendo implicar na satisfação pessoal do profissional e falta de dedicação para com a realização das atividades da proposta. Dado que, segundo Mendes (2007) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando seu sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Mendes, 2007).

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho, 2007).

Como confirma Dejours (1987):

Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo (Dejours, 1987, p.49).

Além de capacidade técnica e identificação com a proposta, o trabalho deve ocorrer sob a organização em equipe, imergindo na realidade das famílias da área adscrita. A rotina e processo de trabalho, por conseqüência, serão diferenciados em relação ao modelo de atenção primária tradicional, exigindo capacitação da equipe para esta nova realidade. Do contrário, somam-se ações individuais isoladas, que não configuram o trabalho genuinamente em equipe (Ronzani, 2001).

A afirmação de Ronzani (2001) vai de encontro aos resultados dessa pesquisa, enquanto o profissional da ESF deveria priorizar o vínculo com o paciente e a família, para um melhor acompanhamento do paciente/família, melhor adesão ao tratamento, melhor desenvolvimento da autonomia destes, os profissionais que encontramos no interior do Estado do Amazonas apresentaram uma intensa rotatividade, havendo médicos que haviam assumido a função há menos de 15 dias, não sendo capaz dessa forma de conhecer a realidade da população adscrita, nem tão pouco estabelecer o vínculo necessário na relação médico-paciente e indispensável na atenção básica, além de profissionais que acabavam de deixar definitivamente seu posto de trabalho, sem, no momento, ter sido substituído por outro profissional. Neste caso, é comprometida a organização do trabalho no que se refere ao trabalho multiprofissional que necessita de uma relação de ajuda mútua e boa interatividade entre os diferentes profissionais, culminando num

comprometimento grave no atendimento da população, bem como um comprometimento na composição do quadro mínimo de profissionais atuantes.

Segundo Nascimento e Costa (*apud* Cohn, 2009, p.83):

(...) nas grandes cidades os trabalhadores dessas unidades exercem atividades longe do seu local de moradia, e até mesmo em outros municípios. Como decorrência, a rotatividade de profissionais é muito intensa, uma vez que estão sempre à procura de postos de trabalho próximos de suas residências, comprometendo assim a lógica de fixação de equipes no território e a conseqüente consolidação da nova organização de trabalho (Nascimento e Costa *apud* Cohn, 2009, p.83).

Além do mais, grande quantidade de profissionais (em sua maioria médicos) que participaram da pesquisa eram de outros Estados do Brasil, estando inseridos na ESF pela melhor oportunidade de emprego fora da cidade natal, havendo inclusive um profissional que era de outro país e não conseguia ainda compreender algumas perguntas ou mesmo ser compreendido em suas respostas. Reforça-se com isso a necessidade de se conhecer melhor a cultura regional através de uma imersão na realidade dessas famílias, para isso é importante que o profissional se comprometa e se dedique à realização da proposta.

### ***Estratégias Defensivas diante do Sofrimento: uma tentativa de se defender do sofrimento***

Diante das dificuldades relatadas pelos profissionais (falta de estrutura, medicamentos, recursos humanos) dos municípios do interior do Estado o profissional muitas vezes se vê na impossibilidade de rearranjar a organização do trabalho diante das condições de trabalho disponibilizadas. A partir daí,

Dejours (1993) defendem que a não canalização da descarga da energia pulsional no exercício do trabalho levará a um acúmulo no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Se este acúmulo permanece por muito tempo, as capacidades de conter esses sentimentos transbordam, desencadeando perturbações somáticas (tradução somática) (Dejours, 1993).

Segundo Dejours (1987):

De uma relação desarmoniosa entre o conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) e a estrutura da personalidade pode emergir uma insatisfação e, correlativamente, um sofrimento que são de natureza mental e não física (Dejours, 1987, p.57).

Autores como Beck (2000), Ferreira e Mendes (2001; 2003) e Morrone (2001) confirmam ser a falta de infra-estrutura um aspecto dificultador da produção e gerador de sofrimento. Portanto, com a finalidade de enfrentar esse sofrimento, o trabalhador da ESF busca estratégias inconscientes afim 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. Na pesquisa realizada foram identificadas algumas estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, uma delas, foi a racionalização, ou seja, a busca de explicações lógicas para se continuar trabalhando.

Quando questionados sobre o seguimento ou não do que é preconizado pelo SUS ao funcionamento ideal da ESF, alguns profissionais demonstraram uma atitude de resignação com as más condições de trabalho (em termos quantitativos e qualitativos), emergindo através de expressões como “a gente

faz o que pode”, “fazemos o que está ao nosso alcance”, “fazemos nossa parte na medida do possível”. Verifica-se nesses recortes uma estratégia defensiva para evitar o sofrimento eminente diante da frustração e sentimento de impotência na dificuldade para a realização de seu trabalho, dessa forma, diante do real do trabalho, o profissional fugindo do sofrimento exime sua culpa no não cumprimento do que está prescrito. Como evidenciado na fala a seguir:

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão. Então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área, tem algumas coisas que são deficientes e pra funcionar como o SUS idealiza depende só dos nossos gestores não depende da gente (...) (Membro da ESF)

Parafrazeando Dejours (1987) a ideologia defensiva não é dirigida contra uma angústia proveniente de conflitos intra-psíquicos de natureza mental, mas sim contra perigo e riscos reais, é tão inevitável quanto obrigatória, pois substitui os mecanismos de defesa individuais. Como complementa Dejours (1987), a ideologia defensiva:

tem por objetivo mascarar, conter, ocultar uma ansiedade particularmente grave. (...) é a nível da ideologia defensiva, enquanto mecanismo defesa elaborado por um grupo social particular, que devemos procurar uma especificidade (Dejours, 1987, p36).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o

que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Ainda complementa Dejours (1993 In: Santos - Filho, 2007):

(...) o processo de cooperação é a base para a constituição de uma equipe; é aquilo que funda o coletivo de trabalho". E é pela cooperação que um coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus "erros" e "riscos" minimizados (Santos Filho, 2007, p.89).

Dentre as transformações que o trabalho em saúde vem sofrido nas últimas décadas, principalmente no âmbito público, a atenção se volta para alguns pontos chaves geradores dos problemas atuais. As relações sociais de trabalho é um desses pontos, o Ministério da Saúde (2006) preconiza que os serviços devem ser estruturados mediante a integração dos diferentes profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais, são as chamadas equipes multiprofissionais de referência; referência no sentido de "vínculo" a ser estabelecido com o usuário. Deseja-se também que essas equipes configurem-se "equipes colegiadas", ou seja, que planejem, avaliem e tomem decisões coletivamente, colocando em pauta o seu próprio trabalho e vivências, emitindo um "olhar para dentro", sobre seu próprio processo e condições de trabalho, partindo então da sua realidade cotidiana para negociações e intervenções (Brasil, 2006; Campos, 2006).

Para que haja esse espaço aberto à livre discussão dos trabalhadores ("espaço de discussão") é necessário confiança entre eles, pois representa um espaço onde podem ser formuladas de forma livre e pública opiniões por vezes contraditórias com o objetivo de proceder a arbitragens e de tomar decisões

que interessam ao futuro do serviço e que dizem respeito ao futuro concreto de todos os membros que o constitui. É nesse espaço de discussão aberto à deliberação coletiva que permite alcançar um consenso, mas para que isso ocorra é necessário que os sujeitos que aí intervêm possam compreender-se: falar para não dizer nada, falar sem a intenção de discutir ou ser discutido, escutar sem ouvir (Dejours, 1997).

Quando questionados sobre a existência desse espaço para reunião da equipe e discussão das atividades e questões pertinentes ao funcionamento da ESF poucas equipes relataram fazer uso de um momento como esse, as que faziam, relataram ser muito difícil reunir a equipe por completo, os profissionais médicos e dentistas eram os que tinham maior dificuldade para estar presentes nas reuniões semanais, a justificativa para tal foi o desencontro entre os horários de trabalho na UBS desses profissionais. No entanto, apesar da ESF preconizar o cumprimento de devida carga horária, supõe-se que isso não está sendo cumprido nos municípios pesquisados, visto que a dificuldade dos pesquisadores em encontrar esses dois profissionais presentes nas unidades para a realização das entrevistas (individual e grupo focal) foi grande.

Sobre a autenticidade do que foi expresso nos grupos focais, o “espaço de discussão” criado pelos pesquisadores emergem interesses estratégicos em termos de poder que se acredita terem sido transpostos da organização do trabalho local para o grupo focal, não havendo uma relação de equidade entre os membros diante do espaço de discussão, o que compromete a autenticidade da palavra expressada. Na maior parte dos grupos focais, as relações de poder foram facilmente identificáveis, em sua maioria o autoritarismo, a postura hierarquizada do profissional causadores de



intimidação, medo e silêncio partiram do médico ao enfermeiro e deste último aos ACS. De acordo com Dejours (1997):

Em regra, a autenticidade só pode ser esperada se entre o ego que fala e o outro que escuta existe uma relação de equidade. Tomar a palavra para expressar publicamente as razões de agir comporta sempre um risco; Esse risco só pode ser atenuado quando escutar representa também um risco: o de ser desestabilizado na sua análise, na sua compreensão e na sua opinião, ao considerar a opinião do outro (Dejours, 1997, p.60).

Durante os grupos focais, o observador participante notou uma considerável homogeneidade no comportamento dos ACS de todos os quatro municípios: em meio a essa entrevista coletiva, este grupo de trabalhadores (sempre em maior número que os outros profissionais) mostrava-se apáticos, calados e inibidos. Dejours (1987) ressalta que a ausência de comentários na discussão e expressão do grupo pode ter um valor expressivo se tivermos como referência a relação sofrimento-defesa, portanto, se o comentário desaparece, é porque há um dispositivo defensivo estabelecido para lutar contra a percepção, contra o patético, o sofrimento, seria a chamada “negação da percepção”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa visou essencialmente a vivência subjetiva, considerando o principal carreador o *comentário* em sua dimensão que engendra concepções subjetivas, hipóteses e interpretações do trabalhador.

A partir do momento em que se reúnem, à *solicitação*, um coletivo em função das necessidades do que se deseja pesquisar, já ao se formar, provoca

efeitos sobre a situação, até mesmo sobre as relações sociais na organização do trabalho. A pesquisa constitui-se, portanto, sempre como uma pesquisa-ação, em que o grupo homogêneo é definido, na verdade, pelas categorias subjetivas, ou seja, pelo objetivo de sustentar a solicitação de análise e compreensão de sua relação psíquica com o trabalho.

Partindo da concepção de que cada trabalhador é gestor de seu próprio trabalho, torna-se necessário vislumbrar o potencial gerador de mudanças a partir do trabalho cotidiano, mobilizando equipe e sujeitos em torno da reflexão sobre seu próprio 'fazer' (Santos Filho, 2007).

O "estado de segredo selado na vivência" esconde uma modalidade particular de existência do saber, a de somente existir na vivência coletiva do trabalho e de dissolver-se assim que há interesse pela vivência individual, mas que, para ser acessado requer o recurso à palavra (discurso operário). Torna-se então necessário, através da palavra e dos sistemas defensivos, uma leitura do sofrimento operário. É preciso ouvir e interpretar/desmascarar o sofrimento que é insidioso, silencioso.

## REFERÊNCIAS

Beck, C.L.C. *Da banalização do sofrimento à sua ressignificação ética na organização do trabalho*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

Campos, G. W. S. *Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

Cohn, A. *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo, CEDEC, 2009.

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.

Dejours, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

Dejours, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34, 2004.

Dejours, C. *Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

Ferreira M. C. & Mendes, A.M. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 6 (1), 97-108, 2001.

Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília, Fenafisp, 2003.

Lewin, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

Mendes, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Mendonza-Sassi, R.; Béria, J. U.; Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 37(3):372-8, 2003.

Minayo, M. C. de S. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

Ministério da Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.

Ministério da Saúde. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Morrone, C.F. "Só para não ficar desempregado" – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

Ronzani T. M. *O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG*. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. Anais do XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001.

Saint-Girons, B. (1968). Motivation. *Encyclopedia Universalis*.11:397-398, Paris.

Santos-Filho, B.; Barros, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

**Artigo 4** – a ser encaminhado, após a defesa, para a revista “Social Sciences and Medicine”

## **TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

### ***Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon***

Marilise Katsurayama

Rosana Cristina Pereira Parente

Rodrigo Otávio Moretti Pires

### **RESUMO**

As peculiaridades da região Amazônica tornam a prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil diferente de outras regiões, diante disso pretendeu-se com esse estudo analisar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Para isso fez-se uso da pesquisa por métodos mistos em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, congregando o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual, grupo focal e observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* e teste AUDIT. Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais; foram realizados 17 grupos focais e 132 entrevistas individuais. A maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%) e possui mais de um vínculo empregatício (95,35%), a minoria é concursada (15,7%). Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira. O modelo de regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06).

Palavras-chave: região Amazônia, processos psíquicos, trabalho.

## TRABALHO PRECÁRIO E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

### *Precarious employment and primary healthcare in interior from the Amazon*

#### **ABSTRACT**

The peculiarities of the Amazon region to make public provision of health services in this region of Brazil is different from other regions, whereupon it was intended with this study to analyze the psychological processes involved in the subject's confrontation with the reality of work. For that was used a mixed methods research in four municipalities in the state of Amazonas, Coari, Manacapuru, Parintins and São Gabriel da Cachoeira, bringing together the gathering of information with qualitative (individual interviews, focus groups and participant observation) and quantitative data collection through the Job Stress Scale Test and AUDIT. Was carried out sense of the population of 382 professionals from 37 ESF teams, with loss of 11% to 344 professionals, 17 were conducted 132 focus groups and individual interviews. Most of them receive less than one minimum salary (60.47%) and has more than one employment (95.35%), the minority is gazetted (15.7%). Between physicians and dentists predominated high wear and passive work, respectively. The city with the highest prevalence of high wear and passive job was São Gabriel da Cachoeira. The model of logistic regression indicates that the risk to realize increased demand is related to male labor, the professionalo in the last five years and not smoking; for the perception of no control, also the male labor and the habit of not smoking , with higher risk among workers of higher (OR = 3.06).

Keywords: Amazon region, mental processes, work.

#### **INTRODUÇÃO**

Na realidade amazônica, os serviços de saúde apresentam peculiaridades com relação ao seu funcionamento, estrutura, demanda diferenciada, entre outros aspectos. A questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas está entre as principais barreiras para a democratização na utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas. Para Ranciaro (2004) os serviços de

saúde prestados são precários, faltando saneamento e outras necessidades básicas.

A principal forma de prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza por uma lógica diferente da atenção tradicional, pautada na assistência integral e do trabalho integrado e multiprofissional.

A efetivação da ESF no contexto do interior da Amazônia, independente das peculiaridades regionais, é de suma importância em razão do direito de acesso a prestação de serviços de saúde, pautados na universalidade, equidade e integralidade, panorama que implica em contradições com a exclusão social existente na região (Ministério da Saúde, 2000).

Neste artigo, vamos nos voltar para o trabalhador da ESF no interior do Estado do Amazonas. O papel do trabalho nos processos psíquicos do ser humano é essencial, já que se constitui como elemento fundamental da existência humana, permitindo que o homem manifeste características especificamente humanas, junto aos espaços para a criação e produção, bem como a inserção do sujeito em um contexto social, em função da atividade a ser executada. O trabalho é revelado ora como um fator que contribui para o bem-estar ora como um fator que facilita a manifestação de sintomas que afetam a saúde de modo negativo (Abrahão e Torres, 2004).

A saúde do trabalhador de saúde é mais ampla que o aparato biológico-individual e do processo 'saúde-doença' - doenças ocupacionais ou fatores de risco. Especificamente na região amazônica, é necessária a perspectiva ampla sobre o tema, na medida da inserção diferenciada dos trabalhadores de saúde em seus processos de produção de serviços para a população ribeirinha, o que

traz diante destes desafios técnicos, econômicos, socioculturais e da organização do trabalho (Oddone, 1986; Facchini, 1994).

Paralelamente, as transformações no capitalismo atual levaram a um quadro em que se abriu margem à existência de trabalho precário, caracterizado por ser atípico, irregular, eventual, temporário, marginal instável, fora do padrão ou como alternativa de emprego ou subemprego (Houseman & Osawa, 2003). Apresenta-se como um constructo multidimensional, presente atualmente no trabalho de tempo integral e nos empregos permanentes, abrangendo uma série de acordos trabalhistas, com características de instabilidade/flexibilidade, falta de benefícios, e impotência diante do empregador (Hadden et al., 2007).

Neste contexto, existem importantes processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, com manifestações nas vivências subjetivas dos sujeitos, na inter-subjetividade que permeia o trabalho e no lugar ocupado pelo trabalho junto aos processos de regulação psíquica (Dejours et al, 1994).

Tendo em vista o cenário apresentado, a presente investigação delimita-se ao trabalho do trabalhador de saúde da ESF em um contexto amazônico, com o intuito de se analisar a dimensão sócio-psíquica do trabalho - e não o trabalhador, partindo da compreensão da organização do trabalho para entender a produção dos processos de subjetivação, as patologias e a saúde do trabalhador de saúde (Dejours *apud* Mendes, 2007).

## **METODOLOGIA**



Trata-se de pesquisa por métodos mistos, do tipo “*embedded*” (incorporado), que se caracteriza pelo desenho metodológico em que um conjunto de dados tem papel de apoio secundário em um estudo baseado principalmente no tipo de dados, partindo da premissa que este não é suficiente, que diferentes questões precisam ser respondidas e que cada questão requer um tipo de dado específico (Creswell & Clark, 2007, p.67).

As características investigadas se referiram à saúde do trabalhador nos processos subjetivos relacionados ao trabalho, no nível de desgaste da tarefa realizada e nas dimensões do estresse no trabalho (Demanda, Controle e Apoio) junto aos profissionais que atuam na ESF no contexto amazônico.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da ‘Festival Folclórico do Boi’, evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona

urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Particularmente para a presente investigação, os métodos utilizados congregam o levantamento de informações de cunho qualitativo (entrevista individual e grupo focal com roteiro semi-estruturado; observação participante) e a coleta de dados quantitativos através da *Job Stress Scale* (Alves, 2004), em uma intenção de partir das especificidades para as generalidades (Beck, 2002; Rabiee, 2004; Coreil, 2005; Grudens-schuck, 2004; Krueger, 1994; Haguette, 2001; Minayo, 1999; Crotty, 2003).

Procedeu-se um censo das 37 equipes da ESF que atuam na zona urbana dos municípios. A composição mínima preconizada das equipes de Saúde da Família é de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista e oito ACS, totalizando 11 profissionais por equipe. Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais (88 ACS, 37 enfermeiros, 37 médicos e 37 cirurgiões dentistas).

### **Etapa quantitativa**

O instrumento aplicado apresentou como desfecho o estresse no processo de trabalho em função de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, e remuneração mensal), características do emprego na ESF (categoria profissional, tempo de término da formação profissional, tempo e tipo de vínculo empregatício na ESF; e existência de mais de um vínculo empregatício) e padrões de consumo de álcool - utilizando o teste AUDIT (Mendoza-Sassi, 2003); e tabaco.

A variável de exposição – estresse no trabalho – foi analisada através do uso da *Job Stress Scale*, modelo proposto por Karasek, resumido e validado por Alves (2004) para o português, abordando três categorias, equivalentes às dimensões demanda, controle e apoio social. Neste modelo, considera-se como ‘Alto desgaste’ maior demanda e menor controle; ‘Passivo’ o menor demanda e menor controle; ‘Ativo’ maior demanda e maior controle; e ‘Baixo desgaste’ menor demanda e maior controle.

Dentre as perguntas que avaliam ‘demanda’ quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas.

Seis questões referem-se a dimensão ‘controle’, dentre as quais quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1–4) variando entre “freqüentemente” e “nunca/quase nunca”.

A dimensão ‘apoio social’ contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert (1–4) com variação entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Utilizou-se a análise bivariada para comparar o estresse (nas três dimensões de Karasek) em subcategorias de cada variável independente. Foram calculados o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança em 95%(IC<sub>95%</sub>) para cada dimensão. Realizou-se Regressão Logística Múltipla, incluindo todas as variáveis com p-valor menor que 0,20 na análise bivariada. As variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla em três passos consecutivos:

primeiro as variáveis sócio demográficas, em seguida as variáveis relacionadas às características do trabalho e, finalmente, as associadas ao uso de álcool e tabaco. Somente as variáveis com p-valor menor que 0,05 permaneceram no modelo final. A análise foi realizada usando o programa Stata, versão SE 9;0.

### **Etapas qualitativas**

Utilizou-se da técnica de grupo focal (Morgan, 1997, p.11; Minayo, 1999, p.22) e da entrevista individual em profundidade. Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam questões relacionadas ao conteúdo e sentido da tarefa, a organização e as condições de trabalho em equipe multiprofissional. Todas as discussões foram registradas através de gravação com fita magnética, transcritas na íntegra. Seguiu-se o modelo de tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (Minayo, 1999, p.53; Morgan, 1997, p.18). A análise pautou-se na hermenêutica dialética (Minayo, 2002:96-103), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (Minayo, 1999, p.54-7). Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico de Christophe Dejours que aborda a psicodinâmica do trabalho.

### **Aspectos éticos**

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais nas 37 equipes investigadas. No entanto, conforme tabela 1, a média de profissionais por equipe foi de 9,8, revelando déficit na quantidade de profissionais, que pode resultar em sobrecarga de trabalho. Os maiores déficits foram para as categorias profissionais de nível superior, na seqüência: Médicos (déficit de 67,56%), Cirurgiões-dentistas (29,72%), Enfermeiros (18,91%) e ACS (6,75%). Foi realizado censo da população de 382 profissionais das 37 equipes da ESF, com perda de 11%, totalizando 344 profissionais. Os não respondentes eram ACS e estavam afastados da função por motivo de doença (n=9) ou férias (n=17); apenas 10 não concordaram em responder ao questionário.

**Tabela 1** – caracterização da composição das equipes da ESF por categoria profissional, nos municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel, Estado do Amazonas, Brasil, Julho de 2009.

Profissão	Razão entre número de profissionais e o preconizado*				Total n (déficit)
	Coari (11 equipes)	Parintins (12 equipes)	Manacapuru (10 equipes)	São Gabriel (4 equipes)	
<b>ACS</b>	0,74	0,72	0,97	0,93	276 (6,75%)
<b>Enfermeiro</b>	0,81	0,80	0,80	1,00	30 (18,91%)
<b>Médico</b>	0,09	0,60	0,40	0,50	12 (67,56%)
<b>Cirurgião Dentista</b>	0,27	0,60	0,60	1,00	26 (29,72%)

\* estabelecida entre o número total de profissionais da categoria existentes e o número preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo o ideal igual a 1.

Conforme tabela 2, há predomínio do trabalho feminino na ESF no interior do Estado do Amazonas (74,42%). O sexo feminino apresenta mais trabalhadores de nível superior (21,50%) em comparação com os do sexo masculino (15,9%), o que pode acontecer em função à predominância do sexo feminino no Estado do Amazonas. Em relação à idade, houve predomínio de profissionais com mais de 26 anos de idade (70,93%), com média de 30,9 anos.

Em termos das características do vínculo empregatício, a maioria destes profissionais recebe menos que um salário mínimo mensal (60,47%), com média de 1,8 salários mínimos mensais e 6,4 anos após o término da formação (técnica ou universitária); estando há mais de um ano trabalhando na ESF, com média de 1,8 anos. Com relação a vínculos empregatícios, a minoria é concursada (15,7%), quando calculada em relação ao sexo, este número diminui ainda mais, 2,27% entre os homens. Houve predominância da existência de mais de um vínculo empregatício (95,35%), com média de 2 vínculos por trabalhador.

Nas características do stress do exercício profissional houve, de uma forma geral, menor demanda, menor controle e menor apoio social - para o qual não houve a classificação maior apoio social. Entre as mulheres encontram-se a menor demanda, menor controle e baixo desgastes. Entre os

homens, menor demanda, maior controle e trabalho passivo. Para ambos, o menor apoio social. Classificados pelos quadrantes de Karasek (Theorell, 1996), o 'baixo desgaste' predominou, seguido pelo trabalho 'passivo'.

Com relação ao consumo moderado/alto de álcool, estimado pelo AUDIT, houve prevalência maior entre as mulheres do que entre os homens; enquanto a prevalência de fumantes foi semelhante para ambos.

**Tabela 2** – Distribuição das características da amostra de trabalhadores de Saúde da Família, dos quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

Variável	Masculino	Feminino	Total	
	n(%)	N(%)	n(%)	Média (DP)
<b>Sexo</b>	88(25,56)	256(74,42)	344(100)	
<b>Idade</b>				30,9(8,99)
18 a 21 anos	10(11,36)	22(8,59)	32(9,30)	
22 a 25 anos	32(36,36)	36(14,06)	68(19,77)	
26 a 31 anos	18(20,45)	94(36,72)	112(32,56)	
32 ou mais	28(31,82)	104(40,63)	132(38,37)	
<b>Remuneração mensal</b>				1,8(1,35)
Menos de um salário	60(68,18)	148(57,81)	208(60,47)	
De um a dois salários mínimos	20(22,73)	32(24,22)	82(23,84)	
Três a quatro salários mínimos	0(0)	4(1,56)	4(1,16)	
Cinco salários mínimos ou mais	8(9,09)	42(16,4)	50(14,53)	
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	74(84,09)	202(78,91)	276(80,23)	
Enfermeiro	2(2,27)	28(10,94)	30(8,72)	
Médico	2(2,27)	10(3,91)	12(3,49)	
Cirurgião Dentista	10(11,36)	16(6,65)	26(7,56)	
<b>Tempo de término da profissionalização</b>				6,4(5,46)
1 a 5 anos	44(50,0)	134(52,34)	178(51,74)	
6 a 10 anos	36(40,91)	60(23,44)	96(27,91)	
11 anos ou mais	8(9,09)	62(24,22)	70(20,35)	
<b>Tempo na função na ESF</b>				1,8(0,80)
Menos de 1 ano	16(18,18)	106(41,41)	122(35,47)	
1 a 5 anos	54(61,36)	106(41,41)	160(46,51)	
6 a 10 anos	10(11,36)	38(14,84)	48(13,95)	
Mais de 10 anos	8(9,09)	6(2,34)	14(4,07)	
<b>Tipo de vínculo na ESF</b>				
Contrato	86(97,73)	204(79,69)	290(84,30)	
Concursado	2(2,27)	52(20,31)	54(15,70)	
<b>Mais de um vínculo profissional</b>				2,02(0,50)
Não	2(2,27)	14(5,47)	16(4,65)	
Sim	86(97,72)	242(94,53)	328(95,35)	
<b>Dimensão 'Demanda'</b>				
Menor demanda	52(59,09)	188(73,44)	240(69,77)	
Maior demanda	36(40,91)	68(26,56)	104(30,23)	
<b>Dimensão 'Controle'</b>				
Menor controle	38(43,18)	144(56,25)	182(52,91)	
Maior controle	50(56,82)	112(43,75)	162(47,09)	
<b>Dimensão 'Apoio Social'</b>				

Menor	60(68,18)	156(60,94)	216(62,79)
Intermediário	28(31,82)	100(39,06)	128(37,21)
Maior	0(0)	0(0)	0(0)
<b>Quadrantes de Karesek</b>			
Alto desgaste	20(22,73)	46(17,97)	66(19,19)
Passivo	30(34,09)	66(25,78)	96(27,91)
Ativo	16(18,18)	22(8,59)	38(11,05)
Baixo desgaste	22(25,00)	122(47,66)	144(41,86)
<b>Consumo moderado/alto de álcool*</b>			
Não	74(84,09)	200(78,13)	274(79,65)
Sim	14(15,91)	56(21,88)	70(20,35)
<b>Fumante</b>			
Não	54(61,36)	158(61,72)	212(61,63)
Sim	34(38,64)	98(38,28)	132(38,37)

\*conforme AUDIT; DP – desvio padrão;

As características do stress no exercício da função, segundo categoria profissional (Tabela 3), a maioria dos ACS apresenta baixo desgaste, enquanto os enfermeiros trabalho passivo e baixo desgaste. Entre médicos e cirurgiões dentistas predominou alto desgaste e trabalho passivo, respectivamente. O município com maior prevalência de alto desgaste e trabalho passivo foi São Gabriel da Cachoeira; trabalho ativo foi Coari e baixo desgaste, Manacapuru. Predominou o baixo desgaste entre os municípios.

**Tabela 3** – Distribuição das características de Stress no quadrantes de Karasek, entre trabalhadores de Saúde da Família e entre os quatro municípios investigados (n = 344). Amazonas, 2009.

<b>variável</b>	<b>Alto desgaste</b>	<b>Passivo</b>	<b>Ativo</b>	<b>Baixo desgaste</b>
<b>Categoria profissional*</b>				
ACS	50(18,12)	66(23,91)	38(13,77)	122(44,20)
Enfermeiros	6(20,00)	12(40,00)	0(0,00)	12(40,00)
Médicos	8(66,67)	2(16,67)	0(0,00)	2(16,67)
Cirurgiões Dentistas	2(7,69)	16(61,54)	0(0,00)	8(30,77)
<b>Município*</b>				
Coari	24(21,82)	24(25,0)	14(36,84)	48(33,33)
Parintins	18(16,36)	34(30,91)	10(9,09)	48(43,64)
Manacapuru	12(12,24)	26(27,08)	12(12,24)	48(48,64)
São Gabriel da Cachoeira	12(46,15)	12(46,15)	2(7,69)	0(0,00)
Total	66(16,19)	96(27,91)	38(11,05)	144(41,86)

\* conforme Teste Exato de Fisher, significante em  $p < 0,05$

Na tabela 4 apresentam-se as características relacionadas ao trabalho segundo as dimensões da *Job Stress Scale* (Alves, 2004). O modelo de



regressão logística múltipla aponta que o risco para perceber maior demanda relaciona-se ao trabalho masculino, ao exercício profissional há menos de cinco anos e a não fumar; para a percepção de menor controle, também ao trabalho masculino e ao hábito de não fumar, havendo maior risco entre os trabalhadores de nível superior (OR=3,06). Em relação ao menor apoio social, o risco é maior entre fumantes (OR=5,98) e ao consumo moderado/alto de álcool (OR=2,9).

**Tabela 4** - Análises brutas e multivariadas entre as dimensões da *Job Stress Scale* e variáveis sócio-demográficas e características do trabalho. Amazonas, Brasil, 2009.

<b>Dimensão Variáveis</b>	<b>OR<sub>bruto</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR<sub>ajustado</sub> (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Dimensão “Demanda”**</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,52(0,31/0,86)	0,012	0,46(0,26/0,82)	0,008
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		†	†
Nível Superior	0,65(0,35/1,21)	0,181		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	0,47(0,22/0,98)	0,045		
<b>Tempo na ESF</b>				
Um a cinco anos	1,00		1,00	
Mais de cinco anos	0,72(0,53/0,98)	0,04	0,69(0,48/0,99)	0,047
<b>Consumo moderado/alto de álcool</b>				
Não	1,00		†	†
Sim	0,31(0,15/0,65)	0,002		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,19(0,10/0,35)	0,000	0,23(0,12/0,43)	0,000
<b>Dimensão “Controle”***</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,59(0,36/0,96)	0,035	0,54(0,32/0,89)	0,018
<b>Categoria profissional</b>				
ACS	1,00		1,00	
Nível Superior	2,88(1,64/5,05)	0,000	3,06(1,73/5,42)	0,000
<b>Tipo de vínculo</b>				
Concursado	1,00		†	†
Contratado	2,40(1,28/4,51)	0,006		
<b>Faixa Salarial</b>				
R\$ 465,00 à R\$ 930,00	1,00		†	†
Mais de R\$ 930,00	2,15(1,18/3,91)	0,012		
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,60(0,38/0,93)	0,024	0,58(0,37/0,92)	0,022
<b>Dimensão “Apoio Social”****</b>				
<b>Fumante</b>				
Não	1,00		1,00	
Sim	6,86(3,41/13,7)	0,000	5,98(2,95/12,09)	0,000

**Consumo moderado/alto de álcool**

Não	1,00		1,00	
Sim	5,29(2,99/9,33)	0,000	2,90(1,22/6,89)	0,016

\* Referência: Maior demanda; \*\* Referência: Menor controle; \*\*\* Referência: Menor apoio social; OR: *Odds Ratio*;  
 †Removido da análise devido à perda de significância estatística na análise ajustada

Foram realizados ao todo 17 grupos focais, nos quais todos os profissionais da equipe participaram, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 1 hora e 30 minutos, totalizando cerca de 20 horas de gravação. Também foram realizadas 132 entrevistas individuais em profundidade.

A predominância do sexo feminino dentre a população pode relaciona-se a proporção de mulheres no Estado do Amazonas, que de acordo com o censo de 2000 é de aproximadamente 96 homens residentes para cada 100 mulheres (IBGE, 2004), o que pode ter se refletido na relação de 25,56% de trabalhadores para 74,42% de trabalhadoras.

Com relação à idade predominante, o perfil dos trabalhadores é jovem (61,63% abaixo de 31 anos) e, em sua maioria, recém-formados (51,74% com menos de 5 anos de profissionalização), os dados qualitativos nos trazem além da legitimação do achado, sustentação ao dado quantitativo:

Porque eu me formei, foi a opção que eu tive. Então a realidade é assim, onde a gente consegue emprego a gente vai, onde tem melhores condições de trabalho (...). (Enfermeiro 03 – Coari)

(...) é uma oportunidade primeiro porque eu me formei recentemente, nesse ano e essa foi a oportunidade que surgiu pra mim. (Médico 02 – Manacapuru)

Na verdade eu não escolhi, (...) a gente sai da faculdade e o que pintar. (Enfermeiro 04 – Manacapuru)

Tantos os dados de natureza quantitativa quanto qualitativa refletem sobre a escolha pelo emprego devido à falta de outras oportunidades, diante do recém egresso da academia e a falta de especialização, além da necessidade de sustento próprio e da família.

Um questionamento emergente refere-se a identificação deste trabalhador com a proposta, bem como sua motivação para trabalhar na estratégia, contexto que se reflete no grau de satisfação pessoal do profissional e dedicação para com a realização das atividades da proposta. Segundo Dejours (1993 In: Lancman & Sznelwar) a motivação pode ser a produção do desejo, ou o desejo o cerne da motivação, ou ainda, o desejo ser a parte inconsciente e oculta da motivação. Como diria Kurt Lewin (1940), a motivação está sempre lá para mostrar, quando ela está presente, a intencionalidade de um comportamento, esgotando o sentido no prazer ou na ausência de dor, como complementa Saint-Girons (1968) (Dejours, 1993).

Para Ronzani (2001), o trabalho em Saúde da Família tem um talhe diferenciado dado sua proposta, que, além da necessidade de capacidade técnica, os profissionais das equipes necessitam identificação com a proposta de trabalho, que demanda criatividade, iniciativa e vocação, haja vista as características deste modelo.

Ainda, diante das adversidades habituais do trabalho no setor público, relacionadas aos mais diversos aspectos (infra-estrutura, salário, vínculos, direitos) mobilizam e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores provocando-os e desafiando-os à tomada de uma atitude. Compreende-se, portanto, que essas atitudes serão de acordo com as significações concretas e abstratas

construídas pelo trabalhador a cerca de sua atividade de trabalho. Sugere-se, assim, que o indivíduo que se identifica e acredita na proposta está mais motivado a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”, enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos-Filho *apud* Mendes, 2007).

Como confirma Dejours “Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo” (Dejours, 1987, p.49).

A sobrecarga de trabalho foi outro achado de destaque. Um indício é o déficit na quantidade de profissionais atuantes na ESF, averiguado na etapa quantitativa (em sua maior parte médicos e cirurgiões-dentistas) e confirmado pelo discurso dos profissionais que segue:

(...) eu confesso que eu trabalho mais na área curativa, a parte preventiva, a parte da conversa, do conselho eu deixo mais com a enfermeira que tem mais tempo que o médico. Gostaria muito de ajudar, mas a demanda é grande e aqui eu atendo muita gente da zona rural, a demanda fica muito grande. (Médico 04 – Manacapuru)

(...) porque tem vezes que eu nem falo com ninguém aqui da equipe devido à falta de tempo. (Médico 01 – Coari)

(...) era pra ter 3 equipes, não ‘tá’ funcionando, os profissionais não estão aqui, não sei o motivo porque não estão, então a gente tem que se desdobrar pra cobrir outra área. (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

(...) falta medicação, material, são 3 equipes, 2 médicos e 1 dentista. (Grupo Focal 03 Manacapuru)

À medida que o profissional é sobrecarregado pela demanda, devido à deficiência na quantidade do número de profissionais, há reflexos na qualidade do atendimento às famílias, tornando-se inevitável o não cumprimento de questões atividades básicas da atenção primária, como vínculo, escuta qualificada, acolhimento, interdisciplinaridade, desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção, com finalidade de reorientar a atenção no município. Vale ressaltar que os próprios profissionais trazem essas lacunas que se formam diante da sobrecarga de trabalho, o que significa dizer que os profissionais são conscientes de sua impotência diante das carências da população, estando vulneráveis à frustração gerada por esta impotência.

A partir de uma relação não harmoniosa entre o conteúdo ergonômico de trabalho (exigências físicas, neste caso, a grande e demanda) e estrutura de personalidade pode surgir uma insatisfação e frustração concretas que gerará um sofrimento de natureza mental.

Eu acho que eles têm um tempo maior. Não posso falar do dentista, mas eu creio que no caso da enfermeira e do ACS, eles têm um tempo maior, um contato maior com o paciente (...). O médico tem uma demanda obrigatória (...) de vinte pacientes por turno, por exemplo, vinte pacientes por manhã e eu tenho cerca de quatro horas, de oito às doze pra atender esses pacientes, que dá uma média de doze minutos por pessoa. Então, o próprio SUS preconiza quinze minutos por paciente, então doze minutos é pouco. Existe casos que, é claro, você já conhece, que você 'tá' acompanhando, que 'tá' controlado e que pode atender de forma mais rápida, mas existem casos que você precisa investigar um pouco mais a fundo (...), não dá tempo, então a demanda na verdade teria que ser bem menor (...). (Médico 04 – São Gabriel da Cachoeira)

Pode-se dizer que, para o atendimento da grande demanda de pacientes, o profissional da saúde neutraliza sua atividade mental, explorando o corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural que é o aparelho mental. Inicia-se o sofrimento, já que o trabalhador foi desprovido da sua atividade intelectual pela organização científica do trabalho. Esta é a chamada, alienação do trabalhador – substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto, a fim de se proteger do sofrimento. Essa alienação “passa pelas ideologias defensivas, de modo que o trabalhador acaba por confundir com seus desejos próprios a injunção organizacional que substitui o livre arbítrio” (Dejours, 1987, p.137).

A grande demanda junto ao déficit de recursos humanos na unidade leva a sobrecarga de trabalho que, por sua vez, culminará à um atendimento pouco humanizado, curativo, que não compreende o indivíduo na sua integralidade, tornando o atendimento na atenção básica uma tarefa desgastante que passa a ter como objetivo principal, desafogar os serviços de saúde, diminuindo a demanda, sem, contudo, trabalhar de forma interdisciplinar e humanizada para alcançar a resolutividade. Como confirma Dejours (1987):

(...) A gente até costuma brincar, cada um no seu quadrado e a gente segue uma hierarquia, cada um fazendo sua parte, seu trabalho (...) aqui no posto é assim médico, enfermeiro, técnico e agente de saúde (...) o dentista (...) é mais restrito lá na salinha dele (...)” ( Grupo Focal 01 – Manacapuru)

A fala anterior demonstra a falta de interação da equipe, podendo relacionar-se à demanda excessiva pelo déficit de profissionais. Particularmente, a equipe entrevistada se localizava em um dos bairros mais

populosos do município. Como afirma Dejours (1987) a divisão do trabalho leva a maioria dos trabalhadores a ignorar o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa.

Neste caso, a sobrecarga de trabalho foi estimada pela quantificação do déficit de profissionais por equipe, no entanto, quando se fala em “carga psíquica, não é possível quantificar uma vivência, que é em primeiro lugar e antes de tudo qualitativa.” (Dejours et al, 1993). Diante disso traz-se o discurso destes profissionais para fins de confirmação, pois segundo Dejours e colaboradores (1993):

O prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números. Da mesma forma pode falar-se de uma armadilha quando se quer dar conta em termos objetivos de uma vivência individual ou coletiva que é, por definição, subjetiva. Essa vivência subjetiva não pode, por sua vez, ser relegada a uma simples classificação de fantasmas ou quantidades negligenciáveis (Dejours et al, 1993, p.22).

Outro indício importante refere-se ao número de não respondentes. Nove ACS estavam afastados por motivo de doença, o que pode ser um valor numérico passivo de ser interpretado como uma resposta ao sofrimento no trabalho, e uma menor capacidade de utilização de estratégias defensivas, quando comparados aos profissionais de ensino superior que não apresentaram algum afastamento pelo mesmo motivo.

Na relação Homem-Trabalho a subjetividade tem muitos efeitos concretos e reais, mesmo que, em muitas vezes, descontínuos, pode-se considerar como um deles o absenteísmo, uma saída individual para manter o equilíbrio mental, pois segundo Dejours (1987, p.121) “o sofrimento mental e a

fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só a doença é admissível.”. O que acontece, portanto, é uma desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.

Três achados importantes na etapa quantitativa (salário, qualidade e quantidade de vínculo empregatício) levam a pensar para uma articulação com a subjetivação dos trabalhadores (no comentário) frente a condição atual de trabalho e suas conseqüências na saúde física e mental. Entre os respondentes constatou-se que 60,47% recebem menos que 1 (um) salário mínimo, a minoria deles é concursada (15,7%) e a maioria (95,35%) possui mais de um vínculo de trabalho.

O Ministério da Saúde, em 2005, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, instituiu o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS com a finalidade de acompanhar as diversas modalidades de vinculação – flexibilização do trabalho ou do emprego - elaborando políticas e formulando diretrizes no intuito de resolver as questões que envolvem a precarização do trabalho surgidas com a efetuação da terceirização de serviços sem observância da Lei, visando regulariza a situação desses trabalhadores.

Segundo Santos-Filho (2007) dentre os principais problemas atuais no “mundo do trabalho” em saúde, destacam-se a degeneração de vínculos, a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho. A ESF diante de suas particularidades próprias de seu funcionamento tem sido alvo de insatisfações e reivindicações das equipes, seja pela “precarização” do trabalho (não formalização de vínculos ou garantia de direitos), seja pela precariedade que



envolve as relações e condições de trabalho (Ministério da Saúde, 2003; Santos Filho, 2007).

Entrevistador: a gente falou de alguns direitos trabalhistas, e ajuda alimentação, transporte, vocês têm?

A gente tem ajuda da família, do marido (risos)

Entrevistador: e seguro desemprego?

'Tá' sonhando 'né'? (risos)

(Grupo Focal 01 – São Gabriel da Cachoeira)

São diversas as definições de 'trabalho precário', entre elas estão os baixos salários e as inadequadas condições de trabalhos, ou em suma, alguma irregularidade no trabalho que desrespeita alguma norma do direito administrativo e do direito do trabalho, que visa a proteção social ao trabalho.

A contratação sem concurso público, referente a 84,3% da amostra pesquisada, na administração pública, representa uma forma irregular de inserção do trabalhador – a terceirização - visto que seu vínculo com o Estado não tem base legal. Como é considerado pelo Ministério da Saúde (2005):

Assim, a terceirização sem limites se configura fraude à lei, uma vez que ofende o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade-fim da administração pública. Nesse sentido, a terceirização pode ser associada à precarização, visto que o trabalho realizado pelo empregado da prestadora coincide com os objetivos da instituição. Nesse caso, a contratação de mão-de-obra por meio de empresa terceirizada é considerada irregular (MS, 2005, p.25).

Dessa forma, pode-se concluir que o trabalhador contratado, não possui qualquer garantia de proteção social, estando sujeito a ilegalidade do vínculo.

No que se entende por "precarização", o Ministério da Saúde realizou um

estudo mostrando até 80% de situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, apresentando vínculos precários de trabalho, o que tem contribuído para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. Como consequência da fragilidade dessas modalidades de contratação fica comprometida a dedicação desses profissionais (MS, 2005; 2003; Santos Filho, 2007), facilmente identificada no discurso gerado pelo coletivo da ESF em Manacapuru:

(...) e quando a pessoa tem vontade de aprender, ela se dedica e quando ela não tem, ela sabe que ela 'tá' ali por estar, que às vezes acontecem muito, então elas não se dedica sabendo que isso pode acontecer com elas, assim como eu entrei eu posso sair. Então não se dedicam tanto e às vezes isso acaba prejudicando o todo, porque somos uma equipe e o pior de tudo é que quando chega certas épocas elas sabem que isso pode acontecer, então elas não se dedicam tanto porque sabem que podem sair como os outros. (Grupo Focal 02 – Manacapuru)

O comportamento produtivo deste trabalhador passa a ser movido pelo salário ou mesmo pela necessidade de sustentação, no entanto esse preço é pago em função da repressão do desejo e alienação do sujeito, o que acontece aqui é que a Motivação caminha opostamente ao Desejo, não havendo *ressonância simbólica* - quando a tarefa tem um sentido para o sujeito, com base em sua história de vida, sendo considerado um lugar de satisfação sublimatória - não sendo possível, portanto, diante do sofrimento no trabalho a transformação deste em criatividade (Dejours, 1997; Mendes, 1995). No entanto, como é legitimado pelas falas a seguir, que há, entre alguns profissionais, a identificação com o conteúdo e proposta da tarefa realizada, havendo satisfação no trabalho e credibilidade no serviço; o que contrasta com

um outro processo de subjetivação do trabalho nas falas seguintes, uma subjetivação um tanto quando 'vazia' que torna evidente a vulnerabilidade do trabalhador frente a prezarização dos serviços prestados, diante das significações atribuídas à escolha de seu trabalho, visto que o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória.

(...) trabalho no PSF pra complementar a renda que ajuda nosso trabalho no hospital. (Médico 01 – Parintins)

eu vou ser sincera com você, eu to trabalhando aqui por falta de opção, me ofereceram e eu vim fazer o trabalho ambulatorial aqui. (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Diante da situação salarial do trabalhador inserido nesse estudo, justifica-se a necessidade do engajamento em outros vínculos empregatícios a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida frente a um salário tão baixo, podendo levar a um desgaste na saúde física e psíquica do trabalhador. Retoma-se aqui o conceito dejouriano de alienação do trabalhador que, frente a fadiga e esgotamento do corpo torna-se cada vez mais vulnerável a ela, seria a primeira etapa de sujeição do corpo, sentindo-se o trabalhador, em função da organização do trabalho, habitado pelo estranho (Dejours, 1987;1997).

Em todos os municípios pesquisados, emergiram nos grupos focais a questão da pressão política no trabalho, o que se deve ao fato de os trabalhadores, não absorvidos na forma de concurso público, sentirem-se inseguros, instáveis em seus empregos, vulneráveis ao desemprego e ao remanejamento de postos de trabalho, o que torna a tarefa prescrita muito mais desgastante de ser seguida. Como teoriza Dejours (1987) o trabalhador frente a pressões de trabalho que o fazem sofrer faz aparecer estratégias defensivas

coletivamente construídas para lutar contra os fatores desestabilizadores e patogênicos do trabalho, dessa forma, suavizam-se as características dos sofrimentos individualmente experimentados.

Essas estratégias defensivas dependem de ações de cooperação entre a equipe da ESF, dado que ela visa um trabalho baseado na confiança e solidariedade, permitindo uma construção conjunta e coordenado para produzir idéias e serviços, minimizando assim, erros e falhas individuais através do desempenho coletivo do trabalho que tende a produzir ações com mais poder de transformação que as ações individuais (Mendes, 2007; Dejours, 1997; Brasil, 2009). Como se verifica nos discursos emergentes no grupo focal a seguir que surgiram logo após comentários a cerca das pressões políticas, trazendo a cooperação como estratégia de lidar com a instabilidade nos vínculos, dada a alta rotatividade de profissionais:

(...) a gente percebe também o seguinte: que quando a gente aproxima a equipe, faz uma dinâmica de trabalho, a gente tem uma tranqüilidade, um conforto melhor entre nós, mas aí quando começa a trocar muito, muitas pessoas são trocadas e se fossem pessoas qualificadas pra trabalhar ai tudo bem é só encaixar nas funções mas muitos que vem não sabem de nada e a gente precisa começar tudo de novo (...) é tão rápido que atrapalha o trabalho da gente (..) (Grupo Focal 01 – Manacapuru)

No entanto, essas defesas, mesmos as individuais, podem ser utilizadas a favor da produtividade, como por exemplo, a auto-aceleração, descrita por Dejours em 1980 como acelerações frenéticas das cadências de trabalho, de forma que o medo passa a ser a engrenagem determinante da organização do trabalho (Dejours, 1987). Como se confirma pelos comentários a seguir:

(...) dá uma insegurança, principalmente quando chega em tempo de política (...) nós sabemos que tem muitas pessoas com qualidade, com competência e por causa de política elas são menosprezadas e saem às vezes até desmoralizadas, e acredito que a pior coisa pra um profissional é você saindo do seu local de trabalho com os outros dizendo que você não teve competência e nem trabalhava, é a pior coisa pra qualquer pessoa que gosta de fazer o que faz e tem pessoas aqui que gostavam que se dedicavam e saíram por causa disso, dizendo que eles não tinham qualificação e que não trabalhavam a até mesmo eram preguiçosos. (Grupo Focal 01 – Coari)

Pesquisador: Para entrar na equipe vocês passaram por processo seletivo?

Não é bem assim, não, aqui é jogo político. Por isso que a gente tem medo de perder o emprego.

(Grupo Focal 03 – Manacapuru)

(...) basta falar com o prefeito, com o vereador e ai se der certo você começa a trabalhar já (...) (Grupo Focal 01 – Parintins)

Parafrazeando Dejours (1987), o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, sua extensão responde, ao nível psicológico, a todos os riscos que não são controlados pela prevenção coletiva; junto a ansiedade, angústia e sofrimento, podem ser utilizados para a produtividade, como diz Dejours (1987, p.103): “O trabalho não causa o sofrimento, é o sofrimento que produz o trabalho.”

O medo, seja proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo e inelutável, como o carvão que asfixia os pulmões do mineiro com silicose (Dejours, 1987, p.74).

Outra questão importante a ser comentada é a questão salarial, que foi um achado significativo tanto na etapa quantitativa quanto qualitativa, mas em sua maioria fazendo parte do discurso dos trabalhadores de nível técnico e ACS. Segundo Dejours (1987) salário, diante das várias significações no jogo simbólico, pode conter sonhos, fantasias e projetos de realizações possíveis, mas também pode veicular todas as significações negativas que implicam as limitações materiais que ele impõe, como acontece na ESF do local pesquisado, onde o profissional passa a atribuir o salário a sua menor ou maior importância para a equipe, considerando-o decisivo para o posicionamento na pirâmide da hierarquia socioprofissional (status social).

eu acho que não é justo, mas ajuda, assim porque o nosso salário era pra ter aumentado e até agora nada (...) eu acessei o site lá da internet e diz que o ACS, o salário dele há um 3 meses atrás era R\$687 e depende da prefeitura se ela quiser complementar ou não, mas a nossa prefeitura, ela não complementa, e aqui em Manacapuru o salário ta em 531 e ainda desconta e ainda desconta porque a gente recebe 489 fora quando o banco não rouba porque as vezes agente recebe 400 e pouco,(...) é ainda mais complicado pro técnico, porque a situação é pior do que a deles, a gente tem (...) 500 reais e só recebe 470, nós temos recebendo menos que um ACS, mesmo trabalhando, fazendo sua atividade a gente recebe menos que o ACS, pra você ver a injustiça que é! (Grupo Focal 03 – Manacapuru, ACS e técnico de enfermagem)

Entrevistador: Vocês consideram o salário adequado ao trabalho de vocês?

'tá' não. Não somos tão importantes, mas somos importantíssimos na função, porque buscamos o problema 'né?'. Arriscamos nossa vida também. Nesse sol quente corremos risco de câncer de pele (...)

(Grupo Focal 02 – Parintins, ACS)

Através deste instrumento podemos chegar aos seguintes achados quantitativos de relevância estatística, tomando por base o modelo desenvolvido a partir da década de 1970, por Robert Karasek (Karasek e Theorell, 1990; Theorell, 2000). Com relação à dimensão Demanda Psicológica - ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho – foi averiguada maior demanda psicológica entre os homens com menos de 5 anos de profissionalização, não fumantes. Como já comentado anteriormente, sugere-se certa inexperiência entre os profissionais pesquisados, dado o pouco tempo de formação e recém-ingresso na ESF, espera-se também desses profissionais um déficit na qualificação profissional (residência médica, especialização, pós-graduação, mestrado profissionalizante), além do, já citado, pouco investimento subjetivo na tarefa devido à escolha pela primeira e melhor oportunidade de trabalho.

O déficit na formação do profissional alocado na atenção básica irá refletir em dificuldades para lidar com situações que demandam experiência e conhecimento na área de saúde pública (muitos profissionais relataram ser o primeiro contato com a área), seus princípios norteadores e sua função numa equipe interdisciplinar. Já as significações do conteúdo da tarefa refletem em desinteresse e falta de engajamento pessoal e profissional na tarefa, dificuldade em elaborar estratégias defensivas e maior vulnerabilidade de entrar em contato com o sofrimento patogênico.

Com relação à desqualificação, trata-se mais da imagem de si que repercute do trabalho, ou seja, quanto mais responsabilidades e riscos se assumem pela tarefa, mais honrosa, complexa e admirada pelos outros é a

tarefa. Estes elementos contam na formação da imagem de si (narcisismo), porém, o nível de qualificação, de formação não é suficiente em relação às aspirações, dando início ao sofrimento quando a evolução desta relação é bloqueada.

Segundo a teoria dejouriana é através do contato forçado com uma tarefa desinteressante que nasce uma imagem de indignidade e sentimento de inutilidade, este último remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Dejours (1987) afirma que “a falta de significação, a frustração narcísica, a inutilidade dos gestos, formam, ciclo por ciclo, uma imagem narcísica pálida, feia, miserável. (Dejours, 1987, p.49)”.

A dimensão Controle, segundo Karasek e Theorell (1990) representa a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos. Com relação a esta dimensão foi verificado menor controle entre os homens, não fumantes de nível superior sendo considerado segundo Karasek e Theorell (1990) como trabalho com maior desgaste (maior demanda combinado com menor controle).

Trabalhos considerados de alto desgaste apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico (tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física), principalmente se o tempo de exposição ao estímulo estressor for longo, o indivíduo não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias



ambientais, o desgaste então se acumula podendo culminar na doença psicossomática (Karasek & Theorell, 1990)

O maior desgaste no trabalho pode representar uma menor tolerância em explorar os recursos defensivos, em re-significar, com auxílio da criatividade, o sofrimento, prevalecendo o sentimento de impotência, frustração, permanecendo o sofrimento residual, que empurra o equilíbrio psíquico do sujeito lentamente para a descompensação (mental e psicossomática), eis que surge o sofrimento patogênico. Aqui ainda está relacionada à falta de motivação e desejo na tarefa que é o cerne na busca pela ausência de dor (Mendes, 2007).

Mas questiona-se onde estará a causa do fracasso da mobilização subjetiva do trabalhador: na ressonância simbólica (sentido que a tarefa tem para o sujeito) ou no espaço público para a discussão não favorecido pela organização do trabalho?

A dimensão Apoio Social no Ambiente de Trabalho, incluída posteriormente por Johnson (Johnson & Hall, 1988), proveniente de colaboradores e chefes, atua como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (Karasek & Theorell, 1990, p. 68). O achado que apresentou relevância estatística foi o menor apoio social entre fumantes e usuários de álcool, estas duas condições podem ser justificadas pelo uso de alternativas na busca pelo prazer no trabalho, supondo que o menor apoio social no trabalho reflete uma organização do trabalho que possui relações dificultosas, como por exemplo, a falta de reconhecimento, falta de cooperação, confiança, resultando na dificuldade em se realizar um trabalho interdisciplinar.

Algumas associações foram encontradas entre estresse no trabalho com desordens psiquiátricas menores (Stansfeld *et al.*, 2002), doenças do sistema digestivo (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), desordens músculo-esqueléticas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Siegrist, 2002), autoavaliação negativa do estado de saúde (Ibrahim *et al.*, 2001), absenteísmo no trabalho (North *et al.*, 1993; 1996), doenças cardiovasculares (Wamala *et al.*, 2000; Kuper & Marmot, 2003) e seus principais fatores de risco tais como hipertensão arterial e hábitos considerados pouco saudáveis como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas (Karasek & Theorell, 1990, p. 48; Landsbergis *et al.* 1994; Tsutsumi *et al.*, 1999; Stansfeld *et al.*, 2002).

O apoio sócio-emocional seria medido pelo:

(...) grau de integração social e emocional e confiança entre colaboradores, supervisores e outros. Por sua vez, o apoio instrumental estaria referido aos recursos extras ou assistência com tarefas de trabalho, fornecidos por colaboradores e supervisores. (Karasek & Theorell, 1990, p. 71).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento dependem em grande parte da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela organização do trabalho (relações com hierarquia, com a supervisão, com os outros trabalhadores); esta relação pode por um lado ser fonte suplementar de sofrimento, porém não é o que acontece nas unidades pesquisadas. Para lidar com o real do trabalho, as dificuldades e adversidades encontradas no dia-a-dia da equipe, o grupo

precisa permear esta relação de confiança e cooperação (Dejours, 1987; Dejours, 1997).

Os municípios em geral apresentaram trabalhos de menor desgaste (combinando menor demanda e maior controle), ou seja, possuem poucas demandas psicológicas, porém muito controle por quem o executa. Configuraria um estado altamente desejável, ideal.

No entanto, no município de São Gabriel da Cachoeira predominou o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), são considerados trabalhos que produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. O trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Os trabalhos mecanizados também provocam essa sensação. O desinteresse parece se generalizar para outras esferas da vida (Karasek & Theorell, 1990).

Pode-se inferir, portanto, que a alienação provocada pelo trabalho nesse município pode estar ligada a falta de perspectiva de crescimento e aperfeiçoamento no trabalho na atenção básica, visto que os profissionais não têm acesso a atividades de educação permanente, ficam dependendo dos próprios recursos para dar conta de sua qualificação. Além do que, os profissionais são, em sua maioria, militares ou familiares de militares proveniente de outros Estados, que podem não ter tido outra opção ou oportunidade de escolha, como demonstram as falas a seguir:

(...) trabalho pelo exercito né? eu fui selecionada lá na faculdade, e os mais novos, talvez pra prejudicar menos, porque a maioria dos meus colegas são mais 2 anos mais velhos do que eu (...) porque eu tenho

24, e eu penso que é pra evitar maior atraso profissional pros outros.”  
(Médico 01 – São Gabriel da Cachoeira)

(...) porque eu fui obrigado, e acabei aceitando a transferência e estou cumprindo com maior prazer! (...) não sei se você sabe, mas os médicos são todos militares (...) (Médico 03 – São Gabriel da Cachoeira)

Meu marido é militar e ele veio pra cá e vim junto. (Enfermeira 02 – São Gabriel da Cachoeira)

Segundo Karasek e Theorell (1990) o estresse no trabalho, é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes, no ambiente de trabalho.

## **CONCLUSÃO**

As características da pós-modernidade junto à reestruturação produtiva da última década causaram mudanças radicais nos processos de trabalho, e no trabalho da área da saúde não foi diferente. As novas formas de organização do trabalho trazem consigo novas formas de subjetivação, o que desencadeará outras possibilidades de reação dos trabalhadores, trazendo novas formas de sofrimento e patologias relacionadas a essa atividade essencial da condição humana de existir (Mendes, 2007).

O Ministério da Saúde tem, entre suas prioridades, a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver esse grave problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde. Tal preocupação decorre da política deste governo, que reconhece e valoriza o trabalho humano

em todas as suas dimensões. Sendo assim, o Ministério da Saúde entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que tal situação acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos direitos dos trabalhadores. Deve-se também analisar alternativas de ação com o intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis.

Dignidade, posição social, sobrevivência, poder e independência são representações sociais do trabalho para o Homem, o trabalho pode trazer alegrias dignificar e ainda representar fonte de sofrimento de degradação. Mesmo a sua ausência, o desemprego, exclui e traz um sentimento de inutilidade. O sofrimento pode advir do medo de não ser suficientemente competente para ser valorizado, reconhecido e fazer manter seu emprego, da pressão para trabalhar mal e da falta de reconhecimento.

Toda e qualquer ação em benefício do trabalhador na busca do prazer e fuga do desprazer depende diretamente da intervenção e da gestão, do comprometimento dos níveis estratégicos da organização. Portanto, torna-se fundamental um olhar cuidadoso para esses trabalhadores que constituem o motor que faz funcionar o primeiro nível de atenção a saúde no país.

Fazendo uma analogia com os “carros de sexta-feira” – carros defeituosos que haviam sido produzidos no nível máximo de tolerância de uma semana de trabalho – produzidos pelas fábricas descritas por Dejours, espera-se que nenhum paciente seja atendido pelo profissional em seu nível máximo de exaustão profissional, pois esse profissional não proporcionará o atendimento humanizado e integral que o paciente da atenção básica

necessita, não havendo a resolutividade esperada, sendo todos os atendimentos considerados “atendimentos de sexta-feira”.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I., & TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. *Rev. Produção*, 14(3), 67-76, 2004.

ALVES, M. G. de M., CHOR, D., FAERSTEIN, E., LOPES, C. de S., WERNECK, G. L. Versão Resumida da “*job stress scale*”: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164 – 71, 2004.

BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). *Metodologia da pesquisa na saúde*. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

BRASIL, H. G. *Psicodinâmica do Trabalho: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal*. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.

CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.

CROTTY M. *The foundations of Social Research – meaning d perspective in the research process*. London, Sage Publications, 2003.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K. *Focus Group Fundamentals*. Iowa State University, University Extension, 2004.

HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G.. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(1), 6–8, 2007.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2001.

HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). *Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences*. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003.

IBGE (2004). *Anuário estatístico do Brasil*, p. 2-81. Citado em: ADAS, Melhem e ADAS, Sergio. *Panorama geográfico do Brasil*. 4a. ed. São Paulo: Editora Moderna, 2001.

IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women & Health*, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.

JOHNSON, J. V., & HALL, E. M Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336 – 1342, 1988.

KARASEK, R., THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

KRUEGER, R. A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*, 57, 147 – 53, 2003.

LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 20 (5), 349 – 363, 1994.

LEWIN, K. *Intelligence and motivation*. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.

MENDES, A. M. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia Ciência e Profissão*, 3(1), 34-38.

MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6a edição, HUBITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social*. [Social research.] Rio de Janeiro, Brazil: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS, 2005.

MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Braz Addiction, 98, 799-804, 2003.

MORGAN D.L. *Focus groups as qualitative research*. London: Sage, 1997.

NORTH, F., SYME, S. L., FEENEY, A., HEAD, J., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the *Whitehall II* study. *British medical Journal*, 306, 361 – 6, 1993.

NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86 (3), 332 – 340, 1996.

ODDONE, I. *Ambiente de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1986.

RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 655–660, 2004.

RANCIARO, M. M. M. de A. *Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais*. Manaus, EDUA, 2004.

RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. *Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social*, 2001.

SAINT-GIRONS, B. Motivation. *Encyclopedia Universalis*. 11(1), 397-398, Paris, 1968.



SANTOS-FILHO, B., BARROS, M. E. B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Injuí: Ed. Injuí, 2007.

THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.

SIEGRIST, J.. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scand J Public Health*, 30(1), 49 – 53, 2002.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 248 – 55, 2002.

THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth- Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease*. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.

TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. *J Epidemiol Community Health*, 53 (1), 348 – 54, 1999.

WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Social Science & Medicine*, 51(1), 481 – 9, 2000.

## 5. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 67-76, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 9-32, 2000.
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. de S., Werneck, G. L.. Versão Resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, 38(2), 164 – 71, 2004.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007
- BECK, C. L. C., GONZALES, R. M. B., LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. (pp. 223-244). Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.
- BRASIL, H. G. **Psicodinâmica do Trabalho**: as vivências de prazer e sofrimento nas relações de trabalho entre servidores do quadro e terceirizados em uma organização judiciário federal. Monografia do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Brasília. UNB, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed.ver.atual. Brasília: MS. 2005,
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Nacional do Programa Saúde da Família -2001/2002**. Brasília, MS, 2003.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: MS, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2005.
- BUNGE, M. **Teoria e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G W. S. et al. (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.
- COHN, A. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo, CEDEC, 2009.
- CRESWELL, J. W., CLARK V. L. P.. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage Publication, 2007.
- CROTTY M. **The foundations of Social Research – meaning and perspective in the research process**. London, Sage Publications, 2003.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; LIMA, S.C.C e FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. p. 13-26. Brasília, Paralelo 15, 2007.
- DEJOURS, C. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em, S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.
- DEJOURS, C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? **Le Travail Human**, v.58, p. 1-16, 1995.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, 14(3), 27-34, 2004.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In BETIOL, M. I. S. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994,
- FERREIRA M. C. & Mendes, A.M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, 6 (1), 97-108, 2001.
- FERREIRA, M.C. & MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília, Fenafisp, 2003.
- GRUDENS-SCHUCK, N., ALLEN, B. L., LARSON, K.. **Focus Group Fundamentals**. Iowa State University, University Extension, 2004.
- GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.
- HADDEN, W. C., MUNTANER, C., BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. G. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 3, terms from the sociology of labour markets. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 61(1), 6–8, 2007.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, 8a edição, editora Vozes, 2007.
- HALLACK, F. S; SILVA, C. O. da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia Social**, v.17, n.3, p.74-9, 2005.
- HOUSEMAN, S., & OSAWA, M. (Eds.). **Nonstandard work in developed economies: Causes and consequences**. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2003,
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 2001**. Brasília: IBGE, 2000.

- IBRAHIM, S. A., SCOTT, F. E., COLE, D. C., SHANNON, H. S., EYLES, J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. **Women & Health**, 33 (1/2), 105 – 124, 2001.
- JOHNSON, J. V., & HALL, E. M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, 78, 1336 – 1342, 1988.
- KARASEK, R., THEORELL, T.. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.
- KILZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 285-6, 2001.
- KRUEGER, R.A **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- KUPER, H., MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **J Epidemiol Community Health**, 57, 147 – 53, 2003.
- KUPFER, M. C. **Freud e a Educação**. 3.ed. São Paulo: Scipione, 2000.
- LANDSBERGIS, P. A., SCHNALL, P. L., WARREN, K., PICKERING, T. G. & SCHWARTZ, J. E. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of Job Strain. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, 20 (5), 349 – 363, 1994.
- LEWIN, K. **Intelligence and motivation**. Yearbook of the National Society for studies and Education, 1940.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.
- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, 3(1), 34-38, 1995.
- MENDES, A. M. (Org) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n. 1-3, p. 34-38, 1995.
- MENDOZA-SASSI R.A., BÉRIA J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern. **Braz Addiction**, 98, 799-804, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- MORGAN D.L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage, 1997.
- MORRONE, C.F. “**Só para não ficar desempregado**” – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 333-345, 2005.
- NORTH, F. M., SYME, S L., FEENEY, A., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. **American Journal of Public Health**, 86 (3), 332 – 340, 1996.
- ODDONE, I. **Ambiente de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.
- RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. **Proceedings of the Nutrition Society**, 63, 655–660, 2004.
- RANCIARO, M. M. M. de A. **Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais**. Manaus, EDUA, 2004.
- ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova

- prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v.9, n.17, p. 303-316, 2005.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- RONZANI T. M. O PSF e a Saúde Mental: Uma Proposta de Saúde Ampliada em Rio Pomba-MG. In: XI Encontro Nacional de Psicologia Social, 2001, Florianópolis. **Anais do do XI Encontro Nacional de Psicologia Social**, 2001.
- SAINT-GIRONS, B. **Motivation**. Encyclopedia Universalis. 11(1), 397-398, Paris, 1968.
- SANTOS-FILHO, B.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Injuí: Ed. Injuí, 2007.
- SIEGRIST, J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. **Scand J Public Health**, 30(1), 49 – 53, 2002.
- SILVA, I. Z. de Q. J. da S.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.
- STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall Study. **International Journal of Epidemiology**, 31(1), 248 – 55, 2002.
- THEORELL T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press. 95-118, 2000.
- THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: Orth-Gómer, Kristina.; Schneiderman, N. **Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease**. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. 69-85, 1996.
- TSUTSUMI, A., THEORELL, T., HALLQVIST, JOHAN, R., CHRISTINA; DE F. U. Association between job characteristics and plasma fibrinogen in a normal working population: a cross sectional analysis in referents of the SHEEP study. **J Epidemiol Community Health**, 53 (1), 348 – 54, 1999.



- VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. L.; PINHEIRO, S. E. M.; NUTO S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p. 119-26, 2004.
- WAMALA, S. P., MITTLEMAN, M. A., HORSTEN, M., SCHENCK-GUSTAFSSON, K., ORTH-GÓMER, K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. **Social Science & Medicine**, 51(1), 481 – 9, 2000.
- WISNER, A. **Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

## APÊNDICE 1

### Roteiro para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde

1. Por que você trabalha em Saúde da Família?
2. Teve algum tipo de formação específica para este trabalho?
3. O que diferencia a atuação em Saúde da Família do trabalho tradicional de sua profissão? (*pular para a próxima, na entrevista como ACS*)
4. Por que você trabalha no interior do Estado?
5. Onde vc se capacitou profissionalmente?
6. Em que é diferente trabalhar no PSF?
7. Em que a prática de PSF é como idealizada pelo Ministério da Saúde?
8. Em que é diferente do que o Ministério idealiza para o Programa?
9. O que é equipe e trabalho em equipe?
10. Como se dá a relação entre as competências profissionais que são específicas e o trabalho em equipe?
11. Como as equipes diagnosticam os problemas de saúde da comunidade?
12. Quais os limites do trabalho em equipe?
13. Como se dá a articulação entre o enfermeiro, o médico e o dentista desta equipe?
14. O ACS trabalha em conjunto com eles? Como?
15. Quais são as principais necessidades da população na sua área profissional?
16. Quais são as principais necessidades da população em relação ao trabalho da equipe?
17. As equipes de Saúde da Família conseguem trabalhar conforme os princípios do SUS? No que conseguem, como conseguem? No que não conseguem, por que não conseguem?
18. Descreva as ações de Educação Permanente que acontecem nesta equipe.
19. Existe articulação com a Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Mental, Farmácia?

## APÊNDICE 2

### Roteiro de entrevista para Gestores

- 1) A Equipe é equipe? Ou qual equipe é a equipe? Ela foi formada para ser equipe? O que faltou? O que não faltou?
- 2) Como a equipe articula-se com os usuários?
- 3) A equipe articula-se com outros órgãos públicos? Gestores? Atenção secundária e terciária?
- 4) Descreva como está referência e contra-referência atualmente no PSF.
- 5) Quais são as necessidades de Saúde da Família no interior do Amazonas?
- 6) Com as equipes as identificam?
- 7) Como tem se dado a questão da Educação Permanente às equipes neste município?
- 8) Como as equipes vencem a limitação geográfica desta região?
- 9) Em que a limitação geográfica interfere na prestação de serviços de saúde?
- 10) Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## **APÊNDICE 3**

### **Roteiro para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família**

#### **Processo de trabalho**

1. Descrevam o dia a dia do trabalho nesta equipe.
2. Neste trabalho, vocês se relacionam com outros setores além da saúde? Quais?
3. Descrevam situações cotidianas em que participe mais de um profissional desta equipe?
4. Em algum momento da semana vocês discutem ações conjuntas? Como é?
5. Descrevam as atividades realizadas, diferenciando aquelas que são executadas pelo próprio profissional daquelas que são executadas em equipe como um todo.
6. Quais são os principais problemas para esta equipe desempenhar suas funções conforme o Ministério da Saúde idealiza?
7. Qual a diferença do trabalho tradicional em Saúde Pública e o trabalho em Saúde da Família?
8. Descrevam conflitos entre os profissionais para a realização do trabalho em equipe?
9. O que é diferente no trabalho em Saúde da Família dos outros tipos de trabalho em Saúde?

#### **Peculiaridade da Amazônia**

1. Falem sobre o acesso a atenção secundária e terciária?
2. Quais as diferenças encontradas no trabalho aqui no interior do Estado do Amazonas comparado com outros locais do país?
3. Como vocês identificam as necessidades da população?
4. Como a equipe vence a limitação geográfica desta região?
5. Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## APÊNDICE 4

### Roteiro para Observação participante

A Observação não se pautará exclusivamente, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao **processo de trabalho em saúde da Família**. Além do ato de observar em si, será promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os *profissionais*, com os *usuários* no serviço, como junto aos *comunitários*. No entanto, minimamente se observará os seguintes itens:

- a. Principais impressões sobre o atendimento aos usuários na unidade e o atendimento domiciliar.

Atendimento na unidade:

Atendimento domiciliar:

- b. Existem ações junto ao programa hiperdia?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- c. As ações enfocam assistência contínua, racionalizada (além do atendimento pela procura do usuário à unidade, seguindo os casos crônicos)?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- d. Impressões sobre Referência e contra-referência.

- e. Ações educativas e intersetoriais.  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- f. Impressões sobre o conhecimento da realidade de saúde das famílias

- g. A equipe realiza ações de planejamento?  
(0) não (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- h. Impressões sobre o acesso do usuário a consultas médicas, odontológicas e de enfermagem;  
Médico:

Enfermeiro:

Odontólogo:

- i. Impressões sobre a dinâmica dos programas de saúde na unidade.
- j. Dados e impressões sobre adscrição de clientela e seu cadastramento.
- k. Impressões sobre acesso e acessibilidade da população aos serviços
- l. Impressões sobre Mapa de risco quanto às famílias: existência e utilização.

## APÊNDICE 5

### Formulário para Verificação da Estrutura Física

Itens	Sim	Não	Número	NSA
Recepção para pacientes e acompanhantes				
Cadeiras				
Mesa de Escritório				
Mesa de impressora e computador				
Arquivos fichário de metal				
Sala de espera para pacientes e acompanhantes				
Bebedouro				
Suporte para TV e Vídeo				
Televisor				
Cesto de Lixo				
Sanitário para usuário				
Sanitário para deficiente				
Banheiro para funcionários				
Sala de procedimentos				
Sala de ACS				
Almoxarifado				
Consultório odontológico com área para escovário				
Área para compressor e bomba a vácuo				
Sala de recepção, lavagem e descontaminação				
Área de depósito de material de limpeza				
Sanitário para usuários				
Área para reunião e educação em saúde				
Abrigo de resíduos sólidos				
Iluminação natural/adequada				
Ventilação natural/adequada				

NSA – não se aplica

\*\*UBS para 1 ESF - Comportar aproximadamente 15 pessoas.

UBS para 2 ESF - Comportar aproximadamente 30 pessoas.

UBS para 3 ESF - Comportar aproximadamente 45 pessoas.

Para as UBS com mais de uma ESF, o espaço da sala de espera e da recepção podem fazer parte do mesmo ambiente interno.

## APÊNDICE 6

### Instrumento quantitativo

Solicitamos sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é parte de um estudo sobre a avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Amazonas. Está no momento sendo realizado em todas as equipes deste município, e em outros três municípios do interior do Amazonas. Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa. Devem se referir a Saúde da Família.

1) Local de trabalho (marque com um X uma ou mais opções):

- ( 1 ) Unidade Básica de Saúde
- ( 2 ) Equipe de Saúde da Família
- ( 3 ) Hospital
- ( 4 ) Outro: \_\_\_\_\_

2) Especifique sua profissão:

- (1) Enfermeiro
- (2) Médico
- (3) Agente Comunitário de Saúde
- (4) Cirurgião Dentista
- (5) Técnico de Enfermagem
- (6) Auxiliar de Consultório Dentário
- (7) Técnico de Higiene Dental
- (8) Outra \_\_\_\_\_

3) Sexo:

- (1) Feminino (2) Masculino

4) Idade:

\_\_|\_\_ anos

5) Ano de formatura:

\_\_|\_\_|\_\_|\_\_

6) Tempo de trabalho neste serviço (em anos):

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos
- (3) Entre 6 e 10 anos
- (4) Mais de 10 anos

7) Qual o seu vínculo empregatício (marque com um X uma ou mais opções):

- (1) Estatutário
- (2) Contrato Administrativo
- (3) Outra \_\_\_\_\_

8) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

9) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

10) Seu trabalho exige demais de você?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

11) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

12) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?



- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 13) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 14) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 15) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 16) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 17) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 18) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
- (1) frequentemente
  - (2) às vezes
  - (3) raramente
  - (4) nunca ou quase nunca
- 19) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 20) Nós relacionamos bem uns com os outros no trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 21) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 22) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 23) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- (1) concordo totalmente
  - (2) concordo mais que discordo
  - (3) discordo mais que concordo
  - (4) discordo totalmente
- 24) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
- (1) concordo totalmente

- (2) concordo mais que discordo
- (3) discordo mais que concordo
- (4) discordo totalmente
- 25) Alguma vez experimentou cigarro/tabaco?
  - (1) Sim, e gostei
  - (2) Não – salte para 67
  - (3) Sim e não gostou – salte para 67
- 26) O (a) Sr.(a) fuma atualmente?
  - (1) Sim
  - (2) Não – salte para 33
- 27) Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma, em média, por dia?

---
- 28) Quanto tempo depois de acordar, o (a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro?
  - (0) Após 60 min
  - (1) 31-60 min
  - (2) 6 – 30 min
  - (3) primeiros 5 min
- 29) Tem dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido?
  - (1) Sim
  - (0) Não
- 30) Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?
  - (0) Qualquer um
  - (1) O 1º manhã
- 31) Quantos Cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia?
  - (0) até 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) 31 ou mais
- 31) Fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia?
  - (1) Sim
  - (0) Não
- 32) O (a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado?
  - (1) Sim
  - (0) Não
- 33) Com que frequência o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?
  - (0) Nunca – Salte para 41
  - (1) Mensalmente ou menos
  - (2) de 2 a 4 vezes por mês
  - (3) De 2 a 3 vezes por semana
  - (4) 4 ou mais vezes por semana
- 34) Pense em um dia em que o(a) Sr.(a) bebe. Quantas doses de sua bebida mais utilizada o(a) Sr.(a) bebe?
  - (0) 0 ou 1
  - (1) 2 ou 3
  - (2) 4 ou 5
  - (3) 6 ou 7
  - (4) 8 ou mais
- 35) Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma mais que 6 doses em uma mesma ocasião?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos do que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 36) Quantas vezes o(a) Sr.(a) achastes que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 37) Quantas vezes depois de ter bebido, o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês

- (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 38) Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido na noite anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 39) Quantas vezes o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 40) Quantas vezes o(a) Sr.(a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido?
- 0) Nunca
  - (1) Menos que uma vez ao mês
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Todos ou quase todos os dias
- 41) Já aconteceu do(a) Sr.(a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses
- 42) Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o(a) Sr.(a) bebe ou sugeriu que diminuísse?
- (0) não
  - (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
  - (4) sim, nos últimos 12 meses

## APÊNDICE 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Pública



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, em que vamos avaliar como está o SUS no interior do Estado do Amazonas. Esta pesquisa está sendo feita também nos outros municípios do interior, com os profissionais de outras equipes de Saúde da Família. Você pode levar este documento para ler em casa e depois trazer para assinar. Se alguma parte não estiver clara, pode perguntar que lhe explicaremos.

O SUS foi construído para garantir a população universalidade no acesso, equidade na atenção (atender mais quem mais precisa) e integralidade no cuidado. Para melhorar estes princípios, foi criada a Estratégia de Saúde da Família. Nossa pesquisa quer descobrir se estes três princípios estão acontecendo aqui no interior do Amazonas.

Para isso, vamos usar algumas formas de coletar as informações: entrevistaremos profissionais de saúde tanto individualmente como junto com os outros profissionais que trabalham com eles nas equipes; entrevistaremos os Gestores de Saúde; entrevistaremos os usuários dos serviços; e também observaremos o dia a dia dos trabalhadores, percebendo suas dificuldades e como superam estas. As entrevistas serão gravadas com gravadores digitais, e as observações serão anotadas. Caso haja interesse e você autorize, também filmaremos/fotografaremos alguns momentos do seu processo de trabalho.

Registramos que não existe risco na sua participação, nem mesmo desconforto, sendo um espaço para você dizer tudo que quer ou sente sobre a Saúde da Família, por que não revelaremos quem nos deu a informação. Sua identidade será preservada. Você também tem liberdade tanto para deixar de falar alguma coisa que não se sinta a vontade para dizer, ou não queira, e até mesmo para sair do projeto a qualquer momento.

Os benefícios que nosso projeto pretende trazer são as melhorias para o funcionamento da Saúde da Família de acordo com o que o Ministério da Saúde oficializa no seus documentos.

Qualquer problema que tiver ou dúvida, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Projeto, o Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, que é o responsável pela pesquisa.

Ressaltamos: qualquer dúvida, agora ou em outro momento, poderá ser questionada ao coordenador diretamente ou a qualquer outro pesquisador de nosso projeto.

Também deixamos claro que você poderá retirar sua autorização para participar do projeto, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou custo, entrando em contato com o coordenador do projeto, nos contatos que estão abaixo da linha deste termo.

Mais uma vez ressaltamos: nenhuma informação que possa identificar você será utilizada no projeto, de forma que tem nosso compromisso de manter sigilo sobre tudo que nos for dito.

Agradecemos sua colaboração.

Local:

Data:

Assinatura do sujeito

Nome completo:

R.G.:

Fone:

E-mail:

Assinatura do pesquisador

RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES

R.G.: 30.455.294-X

Fone: (48) 99086582

E-mail: [rodrigo.moretti@pq.cnpq.br](mailto:rodrigo.moretti@pq.cnpq.br)

Espaço para digital

## ANEXO 1: Aprovação Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 122

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 121/09 FR- 259768**

**TÍTULO: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS**

**AUTOR: Rodrigo Otavio Moretti Pires.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)