



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

ERIC CAMPOS ALVARENGA

**A CORDA BAMBA DO TRABALHAR DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE BELÉM**

Belém/PA
2018

ERIC CAMPOS ALVARENGA

A corda bamba do trabalhar das equipes de saúde da família de Belém

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

BELÉM
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C198c Campos Alvarenga, Eric
A corda bamba do trabalhar das equipes de saúde da família de Belém / Eric Campos Alvarenga. — 2018
186 f. : il. color
- Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
1. Psicologia Organizacional e do Trabalho. 2. Saúde Mental & Trabalho. 3. Atenção Básica em Saúde. I. Ribeiro de Oliveira, Paulo de Tarso , *orient.* II. Título
-

ERIC CAMPOS ALVARENGA

**A CORDA BAMBA DO TRABALHAR DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE BELÉM**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Data da avaliação: 28/05/2018
Conceito: APROVADA

Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira
(FAPSI/IFCH/UFPA - Orientador)

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira
(PPGP/UFPA - Membro)

Profa. Dra. Regina Fátima Feio Barroso
(FO/ICS/UFPA - Membro)

Profa. Dra. Laura Soares Martins Nogueira
(FUNDACENTRO - Membro)

Prof. Dr. Gilmar Pereira da Silva
(PPGED/ICED/UFPA - Membro)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, pelos diversos ensinamentos na graduação que me fizeram querer estendê-los pelo mestrado e doutorado, pelas parcerias dentro e fora da academia, pelas rodas de violão e pela forma cuidadosa que me orientou na pós-graduação e na vida.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPA por todo suporte necessário no mestrado e no doutorado, este último no qual que eu tenho orgulho de ter participado ativamente na sua construção sendo até um dos membros da comissão de escrita do projeto submetido e aprovado.

Às trabalhadoras e trabalhadores das equipes de saúde de Belém por terem aceitado participar desta pesquisa e a quem eu devo todo meu carinho, gratidão e respeito. Espero ter contribuído de alguma maneira para a melhoria de suas atividades trazendo-lhes um pouco mais de saúde no trabalho.

Ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), no qual passei parte da minha vida profissional aprendendo bastante e cultivando amizades e parcerias que levarei para pelo meu viver. Regina, Mara, Mayara, Helder, Liliane e equipe, obrigado por tudo.

À banca, Laura Nogueira, Regina Feio, Beth Moreira e Ana Cleide Guedes, pela leitura atenciosa do meu trabalho durante a qualificação e pelas contribuições extremamente pertinentes que contribuíram para a qualidade desta pesquisa.

À Lúcia, minha companheira de vida, pelo amor que faz diferença na minha existência, por estar sempre ao meu lado nestas empreitadas (acadêmicas ou não) e estar comigo em no nosso maior projeto de vida que se chama Maria.

À Maria, minha filha, que veio ao mundo no meio deste doutorado, pelo seu amor e carinho, pela impaciência, pelos choros, pelas noites sem dormir direito, pelo jeito de olhar e sorrir, por me fazer querer ser uma pessoa melhor e pelos inúmeros momentos nos quais senti que nunca fui tão feliz como estou sendo agora.

À Beatriz, Everaldo e Felipe pelo apoio fundamental em toda minha trajetória de vida, por todo amor, carinho, atenção e cuidado, criando-me da melhor maneira que puderam.

À Helena, Wladilson, Sarah, Rosa e Artur, parte importante da minha vida, família que me acolheu, que cuida de mim e que eu também cuido como uma das maiores preciosidades que essa vida me trouxe.

À dona Rose, por todo amor e cuidado que tem dado à Maria, pois sem a segurança que ela dá para a nossa família, nossa vida (e esta tese) teria sido bem mais difícil.

Aos amigos e amigas do Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia, em especial à Carol, Roberta, Darlen, Raquel, Cleyce, Inara, Mário, Sabrina, Ari, Laura, Lorena, Lívia, Joelma, Anaclan, Jennifer, Érica, Nathália e tantos outros pelos inúmeros trabalhos que fizemos em defesa do SUS e da nossa região, pela amizade e maneira sempre terna com que me tratam até hoje.

RESUMO

Esta tese analisou a organização e as condições do trabalho de equipes de saúde da família da cidade de Belém do Pará e verificou o desenvolvimento de sofrimento psíquico de seus profissionais. Por conseguinte, investigou as estratégias que as equipes utilizaram para trabalhar diante das adversidades e lidar com o sofrimento. Esta pesquisa utilizou metodologia qualitativa e quantitativa, alicerçada no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho, mais especificamente da Saúde Mental e Trabalho. Empregou a Psicodinâmica do Trabalho como aporte teórico principal. Foram feitas entrevistas coletivas com quatro equipes de saúde da família de Belém, realizando dois encontros com cada uma: um para escuta e outro para devolutiva. A fim de verificar outras informações referentes ao trabalho destas equipes, foi feita uma análise estatística de dados do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Nesta, 776 equipes do estado do Pará e de 69 equipes de Belém foram analisadas. De maneira geral, foi possível verificar que as condições e a organização do trabalho demonstraram ter ampla relação com as vivências de sofrimento e de prazer destes profissionais. As condições de trabalho foram o ponto mais ressaltado pelos trabalhadores e trabalhadoras como o de maior penúria. Em todas as pesquisas analisadas no levantamento de literatura realizado, a falta de infraestrutura adequada foi um problema. Averiguou-se um número insuficiente de profissionais para dar conta da elevada demanda por atendimentos advindos da baixa cobertura populacional de equipes de saúde na família da cidade. Observou-se um padrão de contratação temporária que flexibiliza o trabalho, produzindo insegurança e docilização de trabalhadores e trabalhadoras. O trabalho é organizado de modo que as enfermeiras assumem a coordenação das equipes na maioria das vezes, implicando numa sobrecarga de trabalho a elas. As vivências de prazer apareceram a partir do cuidado com a população e do relacionamento entre os colegas de equipe. Ao mesmo tempo, a relação com os usuários e com os pares foi marcada por sofrimentos que vinham da dificuldade de compreensão da população sobre o modelo da Estratégia de Saúde da Família e das limitações das condições de trabalho, assim como os conflitos entre a própria equipe em negociações diárias de mudanças na organização do trabalho. A relação com a gestão municipal trouxe muitas vivências de sofrimento e foi marcada por intensa vigilância, cobranças e ameaças. Como estratégias principais contra o sofrer, as equipes buscavam orientar os usuários sobre o seu trabalho, procuravam conforto na religião, tentavam seguir trabalhando sem pensar no que está acontecendo e evitavam se envolver emocionalmente de maneira exacerbada com

usuários e membros da equipe. São necessários mais investimentos na melhoria das condições de trabalho, em contratos de trabalho melhor remunerados e que garantam estabilidade, no aumento da cobertura de equipes de saúde da família e na ampliação do diálogo entre gestão municipal e equipes.

Palavras-chave: Psicologia Organizacional e do Trabalho. Saúde Mental & Trabalho. Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

This thesis analyzed the organization and working conditions of family health teams in the city of Belém of Pará and verified the development of psychic suffering of its professionals. The strategies that the teams used to deal with adversity and deal with suffering were investigated. This research used a qualitative and quantitative methodology, grounded in the field of Organizational Psychology and Work, more specifically Mental Health and Work. Psychodynamics of Work were used as the main theoretical contribution. Collective interviews were held with four family health teams of Belém, holding two meetings with each one: one for listening and one for return. In order to verify other information regarding the work of these teams, a statistical analysis of data of the second cycle of the Program of Improvement of Access and Quality (PMAQ) was made. In this, 776 teams from the state of Pará and 69 teams from Belém were analyzed. In general, it was possible to verify that the conditions and the organization of the work showed to be broadly related to the experiences of suffering and pleasure of these professionals. Working conditions were the most stressed point by workers as the most deprived. In all the surveys analyzed in the literature research, the lack of adequate infrastructure was a problem. Insufficient numbers of professionals were found to account for the high demand for care provided by the low population coverage of health care workers in the city's Family. The work is organized so that the nurses take on the coordination of the teams most of the time, implying an overload of work for them. A pattern of temporary hiring was observed. It makes work flexible producing insecurity and docilization of workers. The experiences of pleasure appeared from the care of the population and the relationship between the teammates. At the same time, the relationship with the service users and peers was marked by sufferings that came from the difficulty of the population's understanding of the Family Health Strategy model and the limitations of working conditions, as well as the conflicts between the team itself in daily negotiations of changes in work organization. The relation with the municipal administration brought many experiences of suffering and was marked by intense vigilance, requirements and threats. As main strategies against suffering, teams sought to guide service users about their work, seek comfort in religion, try to keep working without thinking about what is happening and avoid getting emotionally involved in an exacerbated way with users and team members. More investment is needed in improving working conditions, better paid work contracts and ensuring stability, increasing the coverage of family health teams, and broadening the dialogue between municipal administration and teams.

Keywords: Organizational and work psychology. Mental health & work. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: O TRABALHO PRESCRITO	16
2.1 O trabalho em equipe	17
2.2 Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe	17
2.3 O necessário para montar uma equipe de saúde da família	20
2.4 Outras modalidades de equipes de saúde da família	22
2.5 Os agentes comunitários de saúde	22
2.6 O apoio de outros profissionais	22
2.7 Uma análise da organização do trabalho na atenção básica: dialogando com trabalho real	24
3 A PSICODINÂMICA DO TRABALHO	26
3.1 O campo da Saúde Mental e do Trabalho	26
3.2 Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho	30
3.2.1 O trabalho e o trabalhar	33
3.2.2 O sofrer e as estratégias para não sofrer	36
3.2.3 O prazer	41
3.2.4 O corpo	42
3.2.5 A subjetividade no trabalho	44
3.2.6 Trabalhar é viver junto	45
3.2.7 A beleza e a utilidade do reconhecimento	47
3.2.8 Novos modos de organização do trabalho	49
4 DE 2004 A 2014, AS PESQUISAS SOBRE O TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	53
4.1 Perspectivas sobre o trabalho nas equipes de saúde da família	56

4.2 Rotatividade, infraestrutura e demanda por atendimento	58
4.3 Outras exigências ao trabalho das equipes	60
4.4 O prazer em trabalhar	62
5 METODOLOGIA	68
5.1 Participantes	69
5.2 Como foram escolhidas as equipes	70
5.3 Como foram feitos os contatos com as equipes	71
5.4 Procedimentos de coleta e análise da pesquisa qualitativa	72
5.4.1 O roteiro de entrevista	73
5.4.2 O local das entrevistas	74
5.4.3 A transcrição das entrevistas	74
5.4.4 A análise do material das entrevistas	75
5.4.5 Cuidados éticos na entrevista	75
5.5 Procedimentos e análise da pesquisa quantitativa	76
6 ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELÉM	79
6.1 O ambiente físico	79
6.2.1 O ambiente físico da equipe ribeirinha	82
6.3 O ambiente biológico	88
6.4 As condições de higiene e segurança	90
7 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DIVISÃO DO TRABALHO, FORMAÇÃO E FORMAS DE CONTRATAÇÃO	97
7.1 A divisão do trabalho das equipes	97
7.2 Tempo de atuação, formação e educação permanente	109
7.3 Agentes contratantes, tipos de vínculo de trabalho e formas de ingresso nas equipes	112
7.4 O salário das equipes de saúde da família	116

8 A RELAÇÃO ENTRE PARES E A RELAÇÃO HIERÁRQUICA	118
8.1 Cooperação e reconhecimento entre pares	120
8.2 O caso da sobrecarga de trabalho das enfermeiras como coordenadoras de equipes	125
8.3 A relação com outras equipes do território	128
8.4 A relação com os usuários	130
8.4.1 Trabalhar e morar na mesma comunidade	141
8.5 A relação com a gestão municipal	143
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICE A – Material elaborado para devolutiva	168
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	171
APÊNDICE C – Termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE)	172
ANEXO A – Parecer substanciado do CEP	174
ANEXO B – Seleção de itens dos módulos entrevista com profissionais e observação da unidade (PMAQ)	177

1 INTRODUÇÃO

Esta tese analisou a organização e as condições do trabalho de equipes de saúde da família da cidade de Belém do Pará e verificou o desenvolvimento de sofrimento psíquico em seus profissionais. Por conseguinte, investigou as estratégias que as equipes utilizam para trabalhar diante das adversidades e lidar com o sofrimento.

Nas últimas eleições municipais para prefeito de Belém e no mais recente pleito para o governo do estado do Pará, foi comum observar o quanto os mais diversos candidatos falaram da importância de se investir na “saúde básica”. Um candidato ao governo do estado disse: “É preciso investir mais na saúde básica, pois ela tem potencial de resolver até 80% dos problemas de saúde das pessoas”. Outro, que almejava a prefeitura da capital, disse: “Nós iremos dobrar a quantidade de equipes de saúde da família de Belém”. Isso possivelmente demonstra a relevância que a atenção básica em saúde tem tomado na discussão política nos últimos anos. De fato, seu potencial de resolução de até 80% dos problemas de saúde das pessoas é proposto pela Organização Mundial de Saúde (1978). Da mesma forma, esse interesse pode refletir os constantes investimentos feitos na esfera federal por meio de programas como: o “polêmico” Mais Médicos para o Brasil, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

“Saúde básica” para uns, “atenção primária à saúde” e “atenção básica” para outros. Aqui nesta pesquisa, utilizarei estes termos como sinônimos, baseado em Paulon e Neves (2013) e na nova Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Em nenhum momento, penso a palavra “básica” de forma que desconsidere a complexidade deste nível de atenção.

O que move meu interesse em direção a esta temática é ter tido a experiência de trabalhar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no Pará. Este programa, criado em 2011, tenta promover a ampliação do acesso, a qualificação dos serviços e a melhoria da atenção à saúde da população. A partir dele, os recursos começam a ser repassados com base em um amplo processo de avaliação que segue um ciclo contínuo de melhorias. No Pará, a

Universidade Federal do Pará é a instituição responsável pela fase de Avaliação Externa¹, organizada por meio de um projeto multicêntrico com outras universidades brasileiras em parceria com o Ministério da Saúde.

Centenas de unidades básicas de saúde foram visitadas no Pará de 2012 aos dias de hoje. A partir dessas visitas avaliativas, identificamos diversas situações que nos fizeram refletir sobre o modo como a atenção básica tem sido organizada no estado. Percebe-se, por exemplo, a grande dificuldade dos municípios em conseguir profissionais de nível superior para trabalhar em localidades remotas, principalmente médicos. A percepção de que Belém encontra-se em uma situação mais complicada do que várias cidades do interior também chama a atenção. Muitas unidades básicas funcionam em casas residenciais alugadas, diversas delas com o pagamento do aluguel atrasado, sem obedecer a diversas normas de estrutura. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) eram poucos e estavam funcionando como uma espécie de referência, ou seja, um outro nível de atenção, não como sua função de apoio para aumentar a resolutividade das equipes de atenção básica.

Mais dados podem ser utilizados para mostrar a especificidade da rede de saúde básica de Belém, como os disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde² (SAGE). Em 2017, a cobertura das equipes de saúde da família atinge somente 22,9% da população do município, o que se mostra bem abaixo de todo o estado do Pará (52,0%) e em comparação com a média nacional (59,7%). Para se ter uma ideia, até a cidade de Melgaço, situada na região do Marajó e que ganhou os jornais de todo o país por ter sido eleito o município com o pior Índice de Desenvolvimento Humano do país, segundo dados de 2010 do IBGE³, possui uma cobertura de equipes de saúde da família maior (77,6%). Analisando municípios que estão socioeconomicamente ligados à Belém, fazendo parte da Região Metropolitana, a “Grande Belém”, é possível notar ainda mais a disparidade no tamanho da cobertura, o que se observa na Tabela 1:

¹ Etapa de avaliação realizada pelo Diretório de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa de todo o Brasil. Diversas equipes de avaliadores de qualidade selecionados por estas instituições atuam na aplicação de instrumentos para averiguar padrões de acesso e qualidade das equipes e das gestões locais. São observadas a infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, além de entrevista com profissionais das equipes.

² <http://sage.saude.gov.br/>

³ http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/melgaco_pa

Tabela 1 – Percentual de cobertura populacional das equipes de saúde da família nos municípios da região metropolitana de Belém – 2017
(continua)

Municípios	%
Belém	22,9

Tabela 1 – Percentual de cobertura populacional das equipes de saúde da família nos municípios da região metropolitana de Belém – 2017
(continuação)

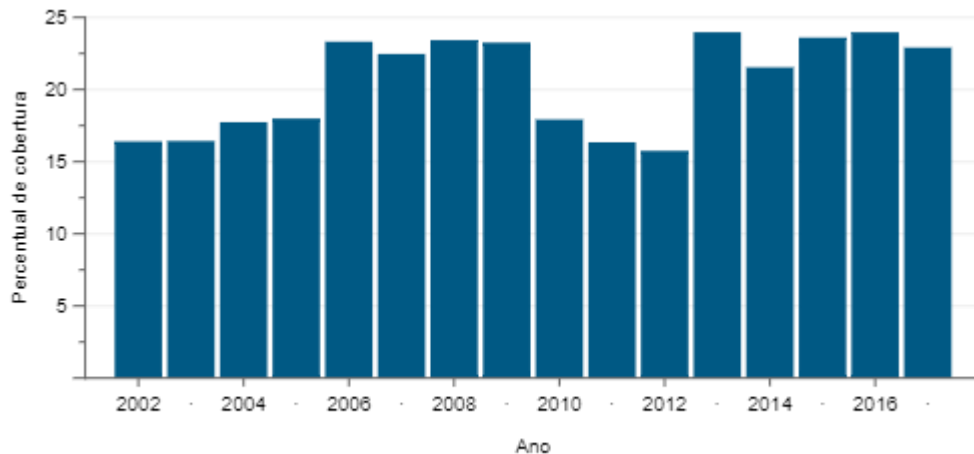
Municípios	%
Ananindeua	74,2
Benevides	90,3
Castanhal	78,8
Marituba	57,7
Santa Bárbara do Pará	89,7
Santa Isabel do Pará	81,5

Fonte: Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde

Esta discrepância aparece em outros aspectos da rede de atenção básica. Quando olhamos para a cobertura das Unidades Básicas de Saúde em 2017, ela chega à 18% da população da capital. A cobertura de agentes comunitários de saúde chega à 21%. O mais baixo dos indicadores, porém, é o das equipes de saúde da família com saúde bucal. Ele alcança somente 2% da população da cidade; são apenas nove equipes de saúde bucal implantadas em uma cidade com 1.432.844 habitantes.

Ademais, Oliveira et al. (2012) apontam que Belém, mesmo tendo a maior parte dos profissionais de saúde do Estado, não está priorizando o aumento da rede de atenção primária como forma de organizar o seu sistema de saúde. Isto reflete, segundo os autores, uma forte demanda de municípios do interior, um subfinanciamento do governo federal e estadual para este nível de atenção e uma falta de prioridade da gestão municipal, como pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Percentual de cobertura das equipes de saúde da família de Belém do Pará de 2002-2017



Fonte: <http://sage.saude.gov.br/>

A este cenário, soma-se o momento político que atravessa o Brasil. Estamos diante dos pacotes de reformas que incluem a aprovação da Emenda Constitucional 95, que limita os gastos públicos por 20 anos, o projeto de lei 13.467/17, que deforma a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o projeto de lei 4302/98, que autoriza a terceirização em todas as áreas.

Assim, com uma cobertura tão baixa, sob um contexto de flexibilização dos direitos trabalhistas e redução de investimentos em saúde, o questionamento principal da presente pesquisa é: quais são as condições e como está organizado o trabalho destas equipes na capital do Pará? Que implicações este contexto pode ter na saúde mental destes trabalhadores? Que estratégias mobilizam para se proteger do sofrimento psíquico?

Estes e diversos outros questionamentos emergem diante do contexto exposto e sob a complexa tarefa de trabalhar em condições possivelmente adversas. Investigar mais sobre as formas de organização do trabalho na atenção básica se mostra, então, de grande importância, principalmente, quando falamos da Região Norte do país, ainda pouco explorada por estudos nessa temática. Isto pode ser observado a partir da publicação de Mendes e Morrone (2010). As autoras desenvolveram um intenso levantamento de referências do que vem sendo escrito utilizando a teoria Psicodinâmica do Trabalho, abordagem principal desta pesquisa, durante os últimos anos no Brasil. Entre dissertações, teses e artigos, as autoras não identificaram nenhum estudo feito na Região Norte do país, o que me faz pensar que, em nossa região, a Psicodinâmica do Trabalho, vem se desenvolvendo, mas ainda não ganhou a relevância necessária e suas pesquisas só começaram a ser divulgadas recentemente. Algumas pesquisas produzidas no Pará e Amazonas não foram encontradas no levantamento supracitado (OLIVEIRA, 1998; OLIVEIRA;

MOREIRA, 2006; MORAES, 2008; VIEIRA, 2011; NOGUEIRA, 2011; OLIVEIRA, 2012; ALVARENGA, 2013; LOUZADA, 2014; SILVA, 2015). Contudo, nenhum desses trabalhos tem a atenção básica em saúde como foco de investigação.

A Psicodinâmica do Trabalho é o aporte teórico que vem me acompanhando desde o mestrado, quando realizei uma pesquisa que investigava o trabalho e sua implicação na saúde dos músicos de orquestra (ALVARENGA, 2013). Neste estudo, foi possível me aproximar de tais pressupostos, utilizando diversos conceitos como: o trabalhar, a organização do trabalho, o prazer, o sofrimento, os coletivos de defesa e o reconhecimento. Ao final da pesquisa, o interesse em me aprofundar nos estudos do mundo trabalho por intermédio desta teoria e minha recente experiência de trabalho avaliando serviços de atenção básica me levou a querer investigar o trabalho das equipes de saúde da família.

Procurei dividir este texto em oito seções. Na segunda seção, serão abordadas categorias como atenção básica, trabalho em saúde e equipes de saúde da família. Nela, busco apresentar como está estruturada a Política Nacional de Atenção Básica, referindo-me ao que ela apresenta a respeito de como deve ser o trabalho das equipes de saúde da família.

Na seção três, exploro a Psicodinâmica do Trabalho em seu histórico dentro do campo da Saúde Mental e Trabalho, sua mudança de Psicopatologia do Trabalho para Psicodinâmica do Trabalho e diversas categorias que são utilizadas por ela como: Organização do Trabalho, trabalhar, reconhecimento, estratégias defensivas, coletivos de defesa, prazer, sofrimento, entre outras.

A seção quatro refere-se a uma revisão de literatura feita no Portal de Periódicos da CAPES com artigos, teses e dissertações que versam sobre condições de trabalho, organização do Trabalho e equipes de saúde da família entre os anos de 2004 a 2014. Tal revisão ressalta a importância do desenvolvimento da presente pesquisa, pois somente um trabalho foi encontrado sobre essa temática, com seu campo realizado na região amazônica, especificamente, no estado do Amazonas.

Na seção cinco, estão os aspectos metodológicos da pesquisa. Detalha-se como foram feitas as entrevistas coletivas com os profissionais de equipes de saúde da família de Belém e o uso de dados quantitativos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Nesta seção, defendo o uso da metodologia da Psicodinâmica do Trabalho como forma de produzir

informações sobre o trabalho destas equipes e verificar possíveis aspectos que podem estar relacionados ao sofrimento psíquico.

A seção seis traz uma análise das condições de trabalho das equipes de saúde da família do estado do Pará e de Belém por meio de informações retiradas do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e das entrevistas coletivas com trabalhadores e trabalhadoras das equipes. Nela, abordo a estrutura das unidades de saúde que abrigam as equipes, tanto o ambiente físico, quanto o biológico.

A apresentação, a análise e a discussão da organização do trabalho vêm nas seções sete e oito. A primeira desenvolve características da divisão do trabalho das equipes, além de tratar dos processos de formação e dos tipos de vínculos contratuais. Na última, são descritas, analisadas e discutidas a relação entre os pares e as relações hierárquicas.

Finalizo essa introdução justificando a linguagem pessoal que tenho usado até aqui e que seguirá ao longo deste texto. Ela funciona para demarcar o meu posicionamento enquanto um pesquisador que está implicado em cada palavra escrita nesta tese. Diante disso, haverá um esforço de não sanear a subjetividade que é inerente a toda produção científica. Não há como escapar de nossa implicação naquilo que pesquisamos, pois toda a análise é circunstancial e provisória, como ressalta Romagnoli (2014). Não é possível abandonar a si mesmo para obter um olhar “neutro” sobre o que quer que seja. Nós estamos em tudo que produzimos. Aqui escrevo como um homem, branco, classe média, brasileiro, paraense nascido no município de Óbidos, psicólogo do trabalho e das organizações e defensor de um Sistema Único de Saúde cada vez mais público, universal e de qualidade. Em acréscimo, ressalto que sou músico. Sendo assim, como a música atravessa fortemente a minha vida em seus mais diversos aspectos, ela não ficou de fora neste texto. Ao longo dele, o(a) leitor(a) encontrará alguns versos de canções da música popular brasileira que utilizo como recurso para facilitar a compreensão do que escrevo.

2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: O TRABALHO PRESCRITO

O intuito desta seção é descrever como está prescrito o trabalho das equipes de saúde da família, ou seja, quais são as regras, as normas e o que foi concebido sobre a maneira como estas equipes devem trabalhar. Sendo assim, será exposta aqui a Política Nacional de Atenção Básica que, na época em que este trabalho foi realizado, era regulamentada pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011.

Falar em atenção básica é se referir ao nível da Rede de Atenção à Saúde que busca o maior grau de descentralização e capilaridade, tentando estar o mais perto possível do lugar onde as pessoas moram (BRASIL, 2011a). Ela deve funcionar de maneira que os usuários a tenham como referência primeira e opere como um centro de comunicação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Os serviços de atenção básica acolherão a demanda e, caso haja a necessidade de um cuidado mais complexo e especializado, encaminham para os outros níveis de atenção, acompanhando o usuário no seu trajeto pela rede de serviços de saúde.

No Brasil, a atual organização deste nível de atenção começa a se configurar a partir de 1994 com o surgimento do Programa Saúde da Família. Em seguida, a Norma Operacional Básica 96 veio solidificar o trabalho das equipes de saúde da família. Este programa aparece como uma ampliação de outro que foi bastante exitoso no início da década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Este tinha como objetivo reduzir os índices de mortalidade infantil e materna no nordeste do país. Com os bons resultados do programa, acabou ganhando âmbito nacional e sendo ampliado para uma equipe multidisciplinar. Nasce o Programa de Saúde da Família. Seu crescimento, desde então, tem sido bem acentuado. Em 1998, havia 2.054 equipes oferecendo cobertura para uma população de cerca de 7 milhões de pessoas. Em 2016, alcança mais de 40.196 equipes, cobrindo cerca de 123 milhões de brasileiros (63% da população do país)⁴.

A proposta de cuidado do Programa de Saúde da Família mostra um descontentamento com as formas majoritariamente técnicas e centradas em hospitais que dominavam (e ainda dominam) o cuidado em saúde. Esse programa coloca a família como o centro de suas

⁴ Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

preocupações e não mais apenas a pessoa que está doente. O modelo de intervir sobre a saúde muda também. Ele não espera que as pessoas busquem atendimento para oferecer ações profissionais. O trabalho deve acontecer antes que a doença apareça e para que ela não apareça, ou seja, ele é preventivo. E, se o indivíduo é acometido por algum mal, deve-se trabalhar sempre no sentido da defesa da vida e prevenção nos níveis secundário e terciário. Inclusive, isso pode significar o deslocamento dos doentes para outros âmbitos do Sistema de Saúde.

2.1 O trabalho em equipe

O trabalho na Estratégia Saúde da Família está organizado de acordo com uma equipe de profissionais composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esta equipe se responsabiliza pela atenção básica em saúde de certa área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Todas estas pessoas devem ser cadastradas e acompanhadas, sendo responsabilidade da equipe atender às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a).

De maneira geral, a equipe de saúde da família, como dito acima, está localizada próxima de onde as pessoas vivem, trazendo uma facilidade para o contato da equipe com as famílias e um acesso mais aproximado, ao ponto de as pessoas conseguirem chegar a pé às unidades. As equipes possuem uma lista de todas as famílias que estão dentro de sua área geográfica de atuação. Isso possibilita oferecer um cuidado longitudinal, que se estende por mais tempo, sendo as equipes responsáveis por cada família dentro daquele espaço determinado. Da mesma maneira, suas ações envolvem o cuidado em saúde nas escolas, nas associações, nos centros comunitários e em outros locais. Além disso, o trabalho possui integração com programas sociais (como o Bolsa Família e, mais recentemente, o Mais Médicos) e serviços de saneamento básico (MACINKO; HARRIS, 2015).

2.2 Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

Existem atribuições que são comuns a todos os profissionais da equipe de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012). Estes devem participar do processo de territorialização, ou seja, do ato de se apropriar e agir dentro de uma área geográfica determinada

previamente. Envolve ser responsável pelo mapeamento de onde a equipe irá atuar, buscando por grupos, famílias e pessoas que estão precisando de cuidados, ou que poderão precisar de cuidados em saúde futuramente. Estas informações precisam estar sempre atualizadas a fim de facilitar o trabalho da equipe.

Como mencionado, a equipe deve cuidar da população dentro daquele espaço determinado. Ela tem que fazê-lo preferencialmente na unidade de saúde em que atua, no domicílio das pessoas que residem ali e em outros espaços (escolas, centros comunitários, igrejas, associações etc.). Este cuidado precisa ser feito de acordo com a necessidade dos usuários. Cada localidade possui a sua especificidade e, portanto, deve ser vista dentro da diversidade que lhe é própria.

As equipes devem garantir a integralidade. Segundo a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da saúde, integralidade é a gama de serviços desempenhados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população nos seguintes campos: cuidado; promoção e manutenção da saúde; prevenção de doenças e agravos; cura; reabilitação; redução de danos e cuidados paliativos. A equipe deve se responsabilizar pela proposta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Outrossim, deve reconhecer que o processo de adoecimento possui diversos âmbitos de análise, como: biológico, psicológico, ambiental e social. Devendo, então, fazer uso do manejo de diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas.

A ideia de promoção de saúde diz respeito a uma busca pelo desenvolvimento da autonomia daqueles que estão sendo cuidados, desenvolvendo a capacidade de poderem gerenciar seu próprio cuidado em saúde, suas próprias vidas. Não é um trabalho solitário, no qual, o profissional de saúde deve definir tudo o que o outro deve fazer. É um trabalho em conjunto. Todos os envolvidos, tanto as pessoas que estão sendo atendidas, quanto os diversos grupos sociais que ajudam a produzir saúde, participam da formulação das ações que pretendem melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2011a). Neste ponto, o trabalho em saúde se torna transdisciplinar, isto é, reconhece-se o protagonismo do usuário e de seus familiares especialmente sobre as decisões e as condutas a serem tomadas em conjunto com a equipe de saúde.

As equipes devem garantir o atendimento àquelas pessoas que buscam as unidades básicas de saúde por uma iniciativa própria atrás de cuidados, também conhecido como demanda

espontânea. Mais a frente, nesta seção, veremos que é uma das demandas que mais sobrecarregam o trabalho dos profissionais, dificultando até que consigam fazer outras ações. É preciso, então, que haja certo equilíbrio entre a demanda que chega por decisão pessoal à unidade e a que é oferta organizada de cuidados. Buscar esse equilíbrio por meio de uma padronização das condutas, definição de protocolos⁵ e uso de estudos epidemiológicos⁶, para estabelecer quais ações devem receber uma atenção maior (GIL, 2006), faz parte das atribuições das equipes de saúde da família. Em acréscimo, sua atividade deve envolver ações de vigilância epidemiológica, abrangendo a vigilância a doenças transmissíveis ou não, seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde (BRASIL, 2011a).

Outro ponto importante no trabalho das equipes e que aparece na Política Nacional de Atenção Básica (2012) é que todas as suas ações devem apresentar uma escuta qualificada das pessoas que estão sendo atendidas. Isto significa oferecer a estas pessoas um atendimento humanizado. Sendo assim, o trabalhador da atenção básica deve estabelecer um vínculo com a população que está inscrita dentro daquela área territorial de atuação da equipe. Os laços que constroem com as pessoas atendidas são fundamentais para o trabalho em saúde. Além deste, oferecer um atendimento humanizado envolve uma relação de respeito, de não violência e de mais comunicação. Tudo centrado na ética, no diálogo e na negociação dos cuidados em saúde (DESLANDES, 2005). Ora, um cuidado centrado no vínculo trabalhador-pessoa atendida abrange um acompanhamento, mesmo quando o cuidado precisa ser compartilhado com outros serviços do sistema de saúde. Desse modo, o trabalho não é finalizado quando há o encaminhamento. Caso seja preciso conduzir uma pessoa atendida para um serviço especializado, como um Centro de Atenção Psicossocial, ou um hospital que ofereça certos exames mais específicos, a equipe de saúde da família deve continuar o contato com a pessoa e com o outro serviço. Portanto, é preciso dar seguimento à coordenação do cuidado.

⁵ Protocolo é um documento onde se registram ações e procedimentos que servem de guia para o profissional agir em determinada intervenção, situação ou problema de saúde. O protocolo é estabelecido por meio de um acordo que institui o trabalho de diferentes profissionais no contexto de um serviço. Para a sua construção, são utilizados conhecimentos científicos e outros produzidos no próprio cotidiano do trabalho em saúde, sendo adaptado de acordo com cada realidade (COREN-MG, 2012).

⁶ A epidemiologia é uma disciplina que estuda a frequência e a distribuição das doenças em grupos de pessoas e também os elementos que as influenciam. Diferentemente da clínica, que estuda a doença de maneira individual, a epidemiologia se interessa pela incidência de enfermidades dentro de uma coletividade, que geralmente envolve populações numerosas, mas da mesma forma engloba pequenos grupos (MONTILLA, 2008).

Há outras atribuições que igualmente dizem respeito às equipes segundo a Política Nacional de Atenção Básica, bem como: participar das atividades de planejamento e avaliação das ações das equipes, utilizando para isso as informações que estão a elas disponíveis; buscar formas de promover a mobilização e a participação da comunidade, assim fortalecendo a participação e o controle que a população tem sobre a gestão do SUS; verificar que parceiros e recursos estão presentes na comunidade e podem fazer parte de ações conjuntas com diferentes setores que não somente o da saúde (educação, saneamento, lazer etc.), junto com a equipe, coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde; zelar pela qualidade das informações que são registradas nos sistemas nacionais de informação da atenção básica (como por exemplo o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB); participar de atividades de Educação Permanente e de diversas outras ações e atividades que serão indicadas a partir das particularidades de cada local.

2.3 O necessário para montar uma equipe de saúde da família

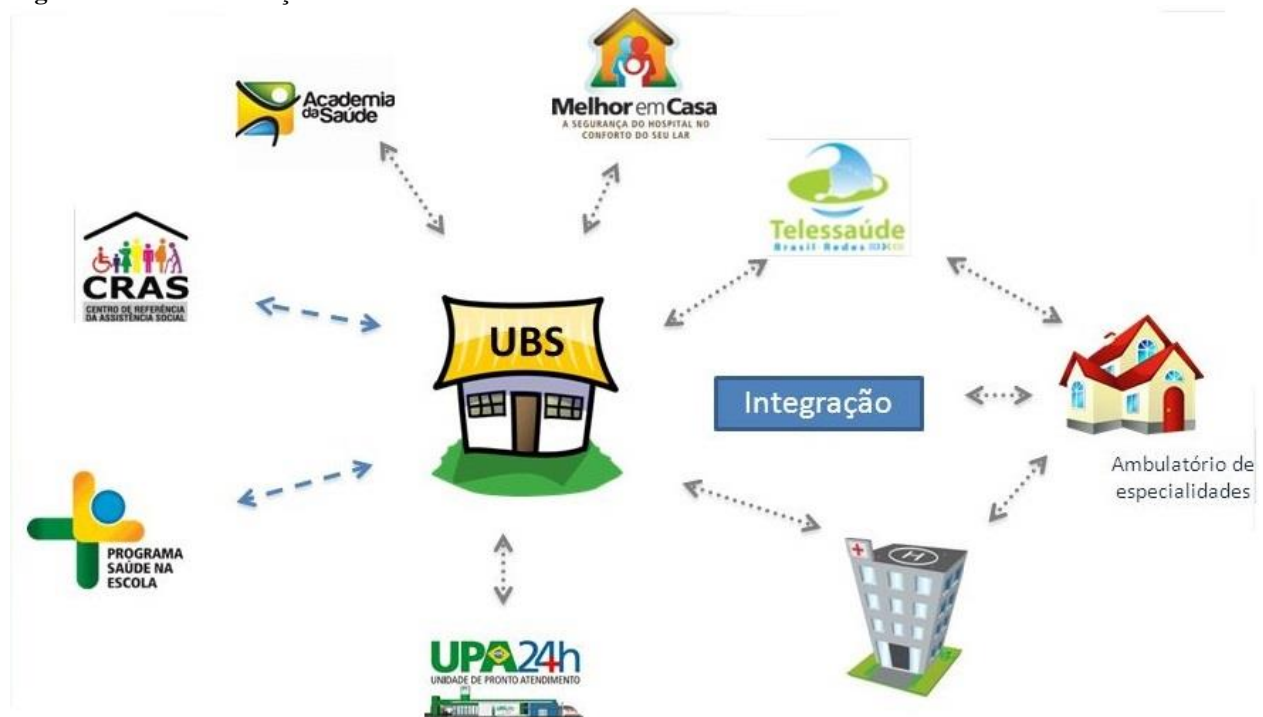
Para que um município possa montar uma equipe de saúde da família, é necessário cumprir alguns itens que estão descritos na Política Nacional de Atenção Básica (2012). O primeiro deles é ter uma equipe nos moldes já citados, com diversos tipos de profissionais – médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde – que serão responsáveis por, no máximo, 4 mil habitantes, com a recomendação de que atendam a média de 3 mil pessoas. Para cobrir esta quantidade, a Política Nacional de Atenção Básica estabelecia que devia haver um número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde. Dentro desta proporção, seria cerca de no mínimo 4 a 5 agentes, pois cada um deve ser responsável por até 750 pessoas. Além disso, todos os profissionais da equipe deverão ter uma jornada de 40 horas semanais.

Cada Unidade Básica de Saúde que abrigava estas equipes, além de estar inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, deveria oferecer uma estrutura mínima para o trabalho. Isso quer dizer que precisava ter ao menos um consultório médico e de enfermagem para as equipes que atendiam as necessidades das atividades que estão sendo desenvolvidas ali. Deve haver da mesma forma: uma área que funcione como sala de recepção; um local para guardar arquivos e registros; uma sala de cuidados básicos de enfermagem; uma sala de vacina e sanitários (para os trabalhadores e trabalhadoras e para a

população atendida). Os equipamentos e materiais usados pelos profissionais igualmente devem estar disponíveis de acordo com o trabalho que está sendo realizado na equipe, portanto, firmando que os trabalhadores e trabalhadoras da saúde tenham ferramentas suficientes para solucionar os problemas de saúde da população atendida. Os estoques destes insumos devem estar regularmente recebendo manutenção.

Os serviços ofertados precisam garantir que aconteça o trânsito da população atendida para os mais diversos pontos que compõem a rede de saúde. Destarte, as equipes precisam trabalhar para assegurar que os cidadãos, caso haja necessidade, possam ser encaminhados para serviços de saúde que ofereçam cuidados mais complexos e necessários para seus casos, isto é, assegurar o fluxo de referência. Conseqüentemente, devem atestar o retorno destas pessoas encaminhadas para o serviço de onde estavam pela primeira vez, garantindo o fluxo de contra referência. O funcionamento desta Rede de Atenção à Saúde, na qual a Unidade Básica de Saúde é o centro de comunicação, pode ser visualizado na figura à seguir:

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Ministério da Saúde

2.4 Outras modalidades de equipes de saúde da família

Além da existência deste modelo de equipe multiprofissional, há similarmente equipes nas quais os profissionais ligados à saúde bucal são incorporados, formando uma equipe de saúde da família com saúde bucal. Existe duas modalidades deste tipo de equipe. Na primeira delas, temos a presença de um cirurgião dentista e de um auxiliar de consultório dentário. Eles estarão integrados a uma ou duas equipes de saúde da família, sendo responsáveis pela mesma população que esta equipe é encarregada e trabalhando 40 horas semanais. Na segunda modalidade de equipe de saúde bucal, temos um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e, diferente da primeira, um técnico de higiene dental. Nesta modalidade, atendem a mesma demanda de uma ou duas equipes de saúde da família e igualmente trabalham 40 horas semanais. Algumas das demais exigências para se incorporar esse tipo de equipe é a de que a Unidade Básica de Saúde onde trabalham possua consultório odontológico, além de materiais e equipamentos adequados a este mesmo fim.

2.5 Os agentes comunitários de saúde

Um dos seus principais atores, ou talvez o principal, é o agente comunitário de saúde. A Unidade Básica de Saúde deve ter pelo menos um enfermeiro para supervisionar uma equipe de até 12 agentes comunitários de saúde. Estes, tanto o enfermeiro, quanto os agentes, devem ter uma carga horária de 40 horas semanais e seu território de atuação definido, sendo cada agente responsável por até 150 famílias ou 750 pessoas, como dito anteriormente, em uma área geograficamente específica de um território onde ele próprio resida e conheça.

O profissional visita cada família pela qual está designado pelo menos uma vez por mês, havendo demanda ou não. Nesta visita, ele coleta informações sobre a família e vai construindo junto com ela uma série de atividades de promoção de saúde e cuidados clínicos básicos. Caso alguém tenha perdido as consultas marcadas, são questionados por isso, havendo uma remarcação do atendimento. Se alguém naquela casa está utilizando algum tipo de medicação, há um acompanhamento, checando quais medicamentos foram prescritos e se estão sendo administrados de maneira correta.

O agente comunitário de saúde também faz uma busca por sinais de violência doméstica, negligência, uso de drogas e outras questões relacionadas à saúde. Juntamente, verificam alguns hábitos que tornam a família vulnerável a doenças, como o fumo e sintomas de doenças crônicas: hipertensão e diabetes (MACINKO; HARRIS, 2015).

2.6 O apoio de outros profissionais

A equipe de saúde da família conta com um suporte de profissionais de outras áreas, reunidos nos chamados Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Psicólogo, médico psiquiatra, farmacêutico, educador físico, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros. Estes são alguns dos profissionais que fazem parte destes Núcleos de Apoio. Eles foram criados para ampliar as possibilidades de cuidado oferecidas na atenção básica, assim como o potencial de resolver os problemas de saúde das pessoas (BRASIL, 2012). A forma de trabalhar destes núcleos é chamada de matriciamento. Foi desenvolvida pelo sanitarista Gastão Wagner de Souza Campos em uma tentativa de assegurar às equipes de profissionais de saúde uma retaguarda: um grupo de profissionais especializados com quem as equipes de saúde possam contar diante de casos mais complexos e que exijam mais cabeças para pensar e cuidar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O trabalho dos profissionais dos núcleos deve ser integrado ao das equipes de saúde da família, ou seja, devem participar do cuidado dando apoio a estas na resolução dos casos. Isso quer dizer que os núcleos não devem funcionar como um serviço para onde as equipes irão encaminhar as pessoas atendidas. Em Belém, pela experiência adquirida trabalhando na avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), percebe-se que o Núcleo de Apoio a Saúde na Família não tem funcionado assim. As equipes desenvolveram a prática de encaminhar as pessoas atendidas para os núcleos, funcionando como uma espécie de referência. Tal prática não é recomendada pelo que estabelece a política para a atenção básica. Nela, os Núcleos de Apoio a Saúde na Família

fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2012, p. 69).

O Núcleo de Apoio a Saúde na Família atuaria compartilhando estes casos com as equipes durante um longo período, fortalecendo o cuidado e dando suporte às equipes, aumentando sua capacidade de analisar e intervir sobre as necessidades de saúde das pessoas. Eles irão discutir os casos, atender conjuntamente ou não as pessoas, construir os caminhos para onde irá o cuidado, fazer intervenções no território e na saúde da população ali inscrita, discutir o trabalho das equipes, entre outras funções.

2.7 Uma análise da organização do trabalho na atenção básica: dialogando com trabalho real.

Franco, Bueno e Merhy (1999) discutem sobre a organização do trabalho nos estabelecimentos de saúde, em especial, na Unidade Básica de Saúde. Os autores escrevem que há um parcelamento no cuidado na medida em que é disposto de maneira vertical. Primeiro,

organiza-se o trabalho do médico e, entre estes, de cada especialidade médica. Assim, sucessivamente, em colunas verticais, vai se organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado, pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais; por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 352).

Essa verticalização do trabalho na atenção básica, e não só dela, parece trazer resquícios da hegemonia das práticas médicas dentro do campo da saúde. Franco e Merhy (2013) escrevem que, mesmo em um programa como o de Saúde da Família, que é a principal proposta de organização da atenção básica nas redes públicas de saúde, observa-se em vários municípios uma mudança nos processos de trabalho, porém, sem haver uma inversão das tecnologias do trabalho, que ainda persistem em uma razão instrumental, desenhadas a partir do médico e de seu ato de prescrever. Isso conduz para um alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais e não nos usuários dos serviços de saúde.

No entanto, os autores ressaltam que o trabalho em saúde acontece no encontro entre o trabalhador e o usuário, sendo sempre relacional e em ato. Para que haja uma “horizontalização” do cuidado é preciso que o trabalho parta de um projeto terapêutico mais relacional. Isso significa

tirar do centro do cuidado a utilização quase que exclusiva de exames e medicamentos em um trabalho em saúde exacerbado por atos prescritivos. Numa performance onde a dimensão relacional é o que move, mesmo utilizando artefatos e tecnologias mais duras⁷(exames e medicamentos), vê-se o usuário enquanto um ser que possui uma história de vida, que vive em um determinado contexto social, em outras palavras, munido de uma singularidade que deve ser considerada. Atua-se partilhando conhecimentos em busca do cuidado de si mesmo e da autonomia. Sendo assim, este modelo assistencial proposto por Merhy e Franco (2013), busca ofertar todos os recursos tecnológicos necessários ao cuidado com os usuários. Mesmo que este necessite,

para a sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada “linha de cuidado” que garanta a integralidade da atenção, isto é, seu “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado sustentando todos os atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado (FRANCO; MERHY, 2013, p. 143).

Franco e Merhy (2013) veem atualmente mercados distintos atuando no Brasil. Um em que há um imenso consumo de procedimentos centrados nos profissionais médicos, outro em um mercado que se centra no cuidado produzido por tecnologias duras, que constantemente aumentam de preço e são guinadas por uma lógica econômico-administrativa. Nesta lógica, há uma imposição da racionalidade econômica por meio do controle administrativo da prática clínica. Esse tipo de controle surge, segundo os autores, por meio das operadoras de saúde suplementar. Os médicos passam a ser comandados pelos administradores. Estes terão o controle sobre as mínimas ações do trabalho vivo dos profissionais da medicina, operando na lógica custo/efetividade. Os administradores começam a montar protocolos de atendimentos que tentam dosar o trabalho em saúde em quantidades suficientes para atingir níveis "ideais" de custo-

⁷ Este conceito diz respeito a uma “caixa de ferramentas” que o profissional de saúde utiliza em intervenções terapêuticas, mais especificamente, fazendo uso de equipamentos e máquinas, isto é, de um trabalho morto (da máquina). Há também as tecnologias leve-duras, que são os saberes estruturados, tais como a epidemiologia e a clínica, que servem como um guia para a utilização das tecnologias duras. E, por último, as tecnologias leves, que são produzidas na relação entre o trabalhador e o usuário dos serviços. É a escuta, o vínculo, o acolhimento, os gestos, entre outros (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

benefício. O processo de decisão sai das mãos das corporações médicas e cai no colo dos administradores. É a clínica, que já vinha perdendo espaço, torna-se exacerbadamente regulatória e burocratizante.

3 A PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho foi a abordagem escolhida para fundamentar esta tese. Esta direção se dá por conta do percurso que já tenho como pesquisador, estudando seus pressupostos e técnicas desde o mestrado, e pela sua forte interlocução com a psicanálise e as teorias marxistas, nas quais me alinho teoricamente. A utilização das categorias sofrimento psíquico, condições de trabalho e organização do trabalho, que são as principais desta tese, também me levam a escolhê-la, por ser um caminho que busca não dar ênfase à patologização dos modos de ser dos trabalhadores e trabalhadoras.

Para aprofundar a discussão sobre Psicodinâmica do Trabalho, irei percorrer sobre o histórico do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, passando pela tradição da psicologia do trabalho e três gerações de psicólogos do trabalho franceses que ajudaram a fundar as bases que alicerçam seus pressupostos. Depois, serão abordadas algumas categorias que julgo fundamentais para o entendimento desta disciplina como o “trabalhar”, a “organização do trabalho”, o “sofrimento”, o “corpo”, a “cooperação”, o “reconhecimento” entre outras.

3.1 O campo da Saúde Mental e do Trabalho

É na Inglaterra do século XIX que Robert Darnham, dono de uma fábrica têxtil, começa a se preocupar com a saúde de seus trabalhadores e trabalhadoras e vai atrás de cuidados médicos para estes. É o início da Medicina do Trabalho, em 1830, e ao embrião do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Mendes e Dias (1991), a Medicina do Trabalho é centrada no profissional médico e tem os locais de trabalho como lugar de atuação. Possui grande influência do pensamento mecanicista ao ter como proposta “adaptar” o(a) trabalhador(a) ao trabalho e realizar uma “manutenção” da saúde deste(a), ou seja, o(a) trabalhador(a) é visto(a) em um funcionamento mecânico de ação e reação, estímulo e resposta. Com o desenvolvimento do conhecimento científico, viu-se a necessidade de médicos atuarem para além do corpo dos trabalhadores e trabalhadoras, interferindo no ambiente de trabalho e utilizando-se do conhecimento de outras disciplinas que não somente a Medicina. Com este deslocamento, surge a Saúde Ocupacional. Uma de suas proposições principais é a atuação multi e interdisciplinar. No

entanto, sua proposta não respondeu às necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras por conta de diversos fatores elencados pelos autores, como por exemplo: o predomínio do modelo da medicina do trabalho enraizado no mecanicismo; a dificuldade de tornar realidade a interdisciplinariedade, continuando práticas isoladas de profissionais; o(a) trabalhador(a) ainda era visto(a) como um “objeto” das ações de saúde, sendo assim, desconsiderados(as) na discussão dessas ações.

Ainda em Mendes e Dias (1991), o contexto mundial do século XX, mais especificamente a partir da década de 60, reforçou as discussões sobre liberdade, significado do trabalho para a vida, a utilização do corpo e outras questões. Desta forma, ergue-se a exigência da participação dos trabalhadores e trabalhadoras nas decisões sobre a saúde e a segurança de seus próprios trabalhos. As legislações de vários países como EUA, França, Canadá e Noruega são modificadas nesta direção e começam a compor o direito do(a) trabalhador(a) sobre informações a respeito dos riscos do seu trabalho, o direito a recusar trabalhar em ambientes que trazem fragilidade à sua saúde e vida e o direito de consulta prévia do trabalhador antes de ocorrerem mudanças em tecnologias, métodos, processos e organizações do seu trabalho.

A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora aparece tendo como foco o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. Ela constrói discursos sobre o adoecimento e a morte de trabalhadores e trabalhadoras por meio de estudos sobre os processos de trabalho e suas articulações com diversos aspectos sociais como: valores, crenças e ideias. O trabalho é visto como algo que organiza a vida das pessoas, que as coloca num cenário repleto de dominação e submissão do(a) trabalhador(a) ao capital, mas também de resistência e de criação (MENDES; DIAS; 1991).

Neste trabalho, o interesse central recai nos estudos da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras em que cabe a conexão com a saúde mental. Há uma subárea dentro da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para tratar desses aspectos, a qual Milton Athayde e Jorge Machado (2011) nomeiam Saúde Mental & Trabalho, e Edith Seligmann-Silva (2011), de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). Independentemente de como nomeá-la, o interesse desta pesquisa é referir-se a um cenário que está no “entre” do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e do campo da Saúde Mental.

Seligmann-Silva (2011), em um exaustivo trabalho de descrição do campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho, aponta que o primeiro estudo publicado que estabelece a

relação entre aspectos psicológicos e o trabalho, se chama *Psychology and industrial efficiency* de autoria de Munsterberg em 1913, em Cambridge na Inglaterra. Nele, a preocupação central era utilizar a psicologia para aumentar a eficiência da produção industrial. Intuito esse que virá depois em diversos outros estudos que fazem uso da psicologia no campo do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Outro autor que faz considerações relevantes sobre esta questão histórica é Yves Clot (2010). De acordo com ele, há três gerações de analistas do trabalho franceses que fundam bases para o nascimento da Psicodinâmica do Trabalho, da Clínica da Atividade e outras disciplinas que fazem parte das Clínicas do Trabalho. A primeira delas inventou a análise do trabalho por volta dos anos 1900 e 1910. Uma geração que precedeu a chegada do taylorismo⁸. Dois nomes que o autor destaca são Suzanne Pacaud e Jean Maurice Lahy. Eles inventaram o que hoje conhecemos por Psicotécnica do Trabalho e foram psicólogos que ressaltaram o estudo da vida humana fora dos laboratórios. Foram analisar o trabalho diretamente nas fábricas em plena ebulição das transformações da revolução industrial. As suas sensibilidades lhes permitiram perceber a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Assim, apontaram que há uma diferença considerável entre o que foi planejado para o trabalho e o que foi executado. Haviam compreendido também que nem tudo que os trabalhadores e as trabalhadoras fazem é observável. Há muita atividade naquilo que não se pode ver.

Porém, não é isso que os estudantes ou os já formados em psicologia costumam lembrar quando leem algo sobre Psicotécnica. O que vem à mente sobre aulas da graduação são os famosos testes psicológicos. Pois bem, Clot (2010) comenta que esta geração tomou um caminho completamente diferente do que foi descrito, indo desaguar nesta psicotécnica que conhecemos hoje, voltada para a análise dos seres humanos por meio de diferentes testes. Dentre eles, os que averiguam aptidões e competências.

A segunda geração surge com correntes de pensamento como a psicologia cognitiva do trabalho. Esta vem reforçar a procura por respostas para as “aptidões” dos trabalhadores e das trabalhadoras na situação de trabalho. Não seria possível prever o que um(a) trabalhador(a) irá fazer ou como ele(a) irá reagir diante de determinado contexto, então, é preciso olhar para cada

⁸ Modo de organização do trabalho fundado por Frederick Winslow Taylor com a publicação do seu livro *Princípios da administração científica* em 1911. Desconsiderava completamente variações psicológicas e fisiológicas humanas como influência no trabalho, focando-se na divisão e prescrição rígidas dos fazeres dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011)

cenário de trabalho para observar como este será feito e que habilidades cada trabalhador(a) irá mobilizar para agir diante de determinada situação. Com esta corrente, surgirá a primeira diferenciação entre “tarefa” e “atividade”, que, grosso modo, vem mostrar que há uma imensa distância entre o que deve ser feito e o que se faz para chegar até esse feito (CLOT, 2010).

Ainda de acordo com Clot, a segunda corrente desta geração tem como destaque Alan Wisner, um dos precursores da ergonomia. Ele, diferente da psicologia cognitiva do trabalho, não se direciona para a distinção entre “tarefa” e “atividade”. Prefere utilizar “trabalho prescrito” e “trabalho real”, duas categorias que depois serão íntimas da Psicodinâmica do Trabalho. Primeiramente, entre “trabalho prescrito” e “tarefa” há disparidades:

A tarefa, de certa maneira, é uma coisa relativamente independente da condição social do trabalhador. O “trabalho prescrito” é a *contrainte*⁹ social que pesa sobre o trabalho humano. O “trabalho prescrito” é o peso da prescrição, o peso da *contrainte*, o peso da *astrainte*. É também a diferença social entre aqueles que trabalham embaixo e aqueles que concebem o trabalho dos outros (CLOT, 2010, p. 214).

Já o trabalho real, para ele, é a vida, é o que se faz para seguir resistindo e produzindo vida diante de fortes exigências que violentam a espontaneidade do trabalhador. Veremos mais adiante nesta seção, o quanto essa ideia é desenvolvida por Christophe Dejours e é importante em sua noção de trabalhar.

Continuando em Clot (2010), o autor afirma que Alan Wisner vem trazer uma visão positiva sobre o trabalho e sobre o(a) trabalhador(a). Este(a) último(a) não pode ser comparado(a) a um sistema de computador, pois ele(a) é um ser social, vivo, que se lança ao mundo para resolver os problemas que lhe são impostos pelo trabalho. Trabalho, para este autor, é lugar de criação, de mobilização da inteligência em prol da invenção e do novo. É também sofrimento, mas a força do pensamento de Wisner está no lado positivo do trabalho.

A terceira corrente desta geração tem seu mestre-sala: Louis Le Guillant. Sua escola é a Psicopatologia do Trabalho. Além de Clot (2010), Bendassolli e Soboll (2011) retratam o histórico desta disciplina como tendo sido criada a partir da Psiquiatria na segunda metade do século XX. Seus principais precursores, além de Le Guillant, são os franceses Sivadon e Veil. Dejours (2011) ainda acrescenta nesta lista Fernandez-Zoila e Bégoïn.

⁹ Segundo Neide Ruffeill e Cláudia Osório, tradutoras da conferência de Clot (2010), possíveis substituições da palavra francesa *contrainte* seriam “exigência” e “coerção”, porém, não trazem a riqueza de significados que a referida palavra contém.

Pedro Bendassolli e Lis Andrea Soboll (2011) comentam as obras destes três franceses. A de Sivadon é desenvolvida no final da década de 1950 e mostra uma preocupação inicial por problemas de adaptação individual no trabalho. Este autor guiava suas análises por entre as fragilidades do trabalhador, diante de diversas situações laborais. Veil expandirá a perspectiva de Sivadon nos anos 1960, analisando as especificidades psicológicas do sujeito e o âmbito da organização do trabalho. No entanto, quem ajuda a fundar uma abordagem singular da Clínica do Trabalho é Le Guillant. O autor vê o indivíduo e o seu meio como duas coisas inseparáveis. Além do que, olha com grande interesse para as vivências concretas do(a) trabalhador(a) no contexto da tarefa. O autor as tomará por base para investigar manifestações patológicas. As neuroses no trabalho, pesquisadas por Sivadon, também ganharam espaço nas pesquisas de Le Guillant, ficando este marcado por seus escritos a respeito da “neurose das telefonistas”.

De acordo com Clot (2010), a Psicopatologia do Trabalho toma um rumo diferente de Wisner. Ela aborda o trabalho em seu aspecto mais nocivo. Para Le Guillant e os demais, o trabalho não é positivo, não é criativo e nem contribui para o desenvolvimento dos que trabalham. O trabalho é drama, é sofrimento, é penar. Diante disso, uma inovação vinda da Psicopatologia do Trabalho é a do interesse sobre o que trabalhadores e trabalhadoras fazem para se manter sãos diante de tanta penúria. Então, surgem os “sistemas de defesa” que Dejours (1992) irá desenvolver a partir de sua teoria.

3.2 Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho

A terceira geração citada por Clot (2010) é a que lhe inclui na Clínica da Atividade e situa Dejours na Psicodinâmica do Trabalho. O francês Christophe Dejours é um dos principais expoentes dentro da Psicopatologia do Trabalho. Na década de 1980, é lançada uma de suas obras principais, *A Loucura do Trabalho*. 12 anos depois do lançamento deste livro, Dejours publica um *Addendum* no qual propõe uma reformulação, tanto no campo teórico quanto no campo clínico (DEJOURS, 2011). O autor percebe as limitações de seu “ensaio” em Psicopatologia do Trabalho ao se ver diante de certas questões da relação entre a subjetividade de homens e de mulheres e suas situações de trabalho. Ele era consciente de algumas críticas feitas a essa disciplina como a de estabelecer um modelo de causa e efeito entre o trabalho e a formação de doenças mentais.

A pesquisa clínica em Psicopatologia do Trabalho era voltada para a identificação de síndromes e distúrbios da mente. Isto parecia incomodar Dejours desde então. Algo que o próprio autor reconhece ao perceber em suas obras umas “manobras” para fugir desta prática, focando-se mais no sofrimento dos trabalhadores e das trabalhadoras do que nesta busca pela doença (DEJOURS, 2011). Ele também explica que a visão da Organização do Trabalho era sobre algo que não poderia ser alterado nesta tradição de pesquisa, estanke, uma espécie de pedra que havia no meio do caminho dos trabalhadores e das trabalhadoras. A qual, não poderia ser tirada do lugar ou mesmo fazer qualquer tipo de modificação (DEJOURS, 2011). Porém, com o fordismo¹⁰, esta inquebrável organização do trabalho de tradição taylorista, foi se amenizando e dando possibilidades para outras interpretações.

Tais acontecimentos conduziam Dejours (2011) a construir uma nova proposta que ele mesmo nomeia de Psicodinâmica do Trabalho. Ela traz forte influência da Psicanálise, assim como da Ergonomia e da Sociologia do Trabalho. Podemos dizer que ela é uma Clínica do Trabalho. Assim o é por fazer parte de um conjunto de teorias que têm como foco de estudo a relação entre o trabalho e a subjetividade. Este termo “clínica” pode levar muitos a pensar em “consultório” e problemas singulares, mas está além disso. Cabe aqui ressaltar que Freud (1920/2011), logo na introdução da obra *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, considera que toda psicologia, seja ela individual ou de grupo, é uma psicologia social, pois não se pode desconsiderar que de alguma forma os outros sempre terão ligação com a vida mental de um indivíduo. Esta junção das palavras “clínica” e “trabalho” trazem consigo uma concepção que articula o mundo psíquico com o social. De outra maneira, neste enlace de dois âmbitos, a clínica do trabalho está mais para uma clínica social na medida em que também foca na pesquisa e intervenção. A clínica da Psicodinâmica do Trabalho está longe de ser somente uma “clínica do sofrimento”, pois analisa o sofrimento proveniente do trabalho, leva em consideração os processos de criação do sujeito e sua capacidade de mobilizar-se e resistir diante de aspectos nocivos do trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

¹⁰ Método de produção criado por Henry Ford. As empresas deveriam produzir somente um tipo de produto e verticalizar-se, ou seja, dominar desde a fonte de suas matérias primas até o transporte dos produtos. Havia uma ênfase na economia de matéria prima, na alta produtividade e no trabalho fortemente especializado e organizado em uma linha de montagem em escala industrial. Cada trabalhador realizava apenas um tipo de tarefa (WOOD JR, 1992).

Enquanto a Psicopatologia do Trabalho é definida pelo autor como “a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho” (DEJOURS, 2011, p.59), a Psicodinâmica do Trabalho propõe uma redefinição: “A análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho” (DEJOURS, 2011, p.59).

Sobre a organização do trabalho, o autor percebe que os trabalhadores e as trabalhadoras não eram apenas uma “vítima” dela. Eles e elas encontravam meios de se defender do efeito nocivo que suas saúdes mentais estavam expostas. Óbvio que esta defesa, esta luta, não vinha sem sofrimento. Eles e elas sofriam, mas conseguiam exercer certo tipo de liberdade diante desta organização fazendo uso de mecanismos de defesa individuais e estratégias coletivas de defesa. Esses três conceitos merecem e vão ser tratados com mais atenção ainda nesta seção. Por enquanto, me aterei mais a alguns pontos da relação entre essas duas disciplinas.

Como descrito aqui, a atenção de Dejours estava mais voltada para o sofrimento e as defesas contra este sofrimento do que para a doença mental. Saltava aos olhos do autor a capacidade dos trabalhadores e trabalhadoras de se manterem dentro de uma normalidade, apesar de toda a violência mental e física que o trabalho proporcionava. A “normalidade” é o seu interesse maior, entendida como “equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento. Normalidade se dá também como resultado de estratégias complexas e rigorosas” (DEJOURS, 2011, p. 62). Mais adiante, o autor faz uma espécie de resumo do que mudou na passagem da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho:

Ao se propor a normalidade como objeto, a Psicodinâmica do Trabalho abre caminho para perspectivas mais amplas, que, como veremos, não abordam apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho: não mais somente o homem, mas o trabalho, não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna. A Psicodinâmica do Trabalho não pode mais ser considerada como uma entre tantas outras especialidades. Poderia revestir-se, efetivamente, de uma dimensão antropológica suscetível de sacudir as práticas intervencionistas convencionais no mundo do trabalho (DEJOURS, 2011, p. 64).

Dejours (2012) ainda traz um interesse pela saúde. Ele ressalta que não se trata unicamente de proteger trabalhadores e trabalhadoras da devastação originada pelo trabalho, mas também de restituir os poderes constitutivos de saúde ao ato de trabalhar. Há uma pergunta que parece ser fundamental em Psicodinâmica do Trabalho, herdada em grande medida de Alan

Wisner: como os trabalhadores e trabalhadoras conseguem permanecer saudáveis apesar das exigências encontradas para realizar o trabalho? Para tentar respondê-la, avançaremos agora sobre alguns conceitos fundamentais desta disciplina.

3.2.1 O trabalho e o trabalhar

Engels escreve em 1896 em *Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem* que o trabalho é a condição básica e fundamental de toda a vida humana. Afirma que o trabalho nos transformou em seres humanos. Isso porque, segundo ele, os animais só podem fazer uso da natureza e transformá-la por estarem presentes nela. Nós, no entanto, podemos modificá-la, dominá-la e impor a ela que nos sirva. Então, o trabalho é o que nos diferencia dos outros animais (ENGELS, 1896/2004).

Poderíamos dizer, tal como Marx (1867/2013) em *O Capital*, que há uma forma de trabalho que nos diferencia dos animais que é o fato de conseguirmos imaginar o que será produzido mesmo antes de começarmos a produzir. Nós podemos planejar o trabalho antes dele acontecer. Não há somente uma transformação da natureza, mas a realização de um objetivo traçado anteriormente. Este objetivo irá determinar a espécie e o modo de realização deste trabalho. Da mesma forma, é preciso submeter a nossa vontade para alcançar este objetivo, algo que está além do simples esforço que nossos órgãos fazem para trabalhar. A vontade pode ser percebida por meio da atenção durante todo o período de trabalho. O autor afirma que quanto menos o conteúdo, a espécie e o modo do trabalho atraem o trabalhador, mais vontade ele precisará mobilizar.

Para Marx (1867/2013), o trabalho é a utilização da força de trabalho, ou seja, é o ato de trabalhar. Ao trabalhar, os seres humanos transformam esta força, que antes era apenas potência, em ato, ou seja, em algo ativo de fato, vivo. Marx ressalta que devemos considerar o processo deste trabalho independente de qualquer forma social ao qual ele esteja relacionado. Sobre isso, afirma:

O processo de trabalho, como expusemos em seus momentos simples e abstratos, é atividade orientada para um fim – a produção de valores de uso –, apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular de vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1867/2013, p. 261).

O processo de trabalho envolve os meios utilizados para efetuar o trabalho até seu objeto e da mesma forma “as condições objetivas que, em geral, são necessárias à realização do processo. Tais condições não entram diretamente no processo, mas ele não pode se realizar sem elas, ou o pode apenas de modo incompleto” (MARX, 1867/2013, p. 258).

Dejours (2012), colocando-se como um clínico, vê o trabalho na perspectiva humana como aquilo que implica o fato de trabalhar. Em outras palavras, o trabalho enquanto acontece, o trabalho vivo em ato, para usar uma terminologia de Marx (1867/2013). É aquele que produz os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir e interpretar e de reagir a diferentes situações. É sentir, é pensar, é inventar, entre outras coisas. O que o autor traz de mais especial em sua concepção é não ver o trabalho de imediato como uma relação estabelecida por um salário, ou mesmo uma relação de emprego. Ele joga luz para um aspecto mais peculiar, o “trabalhar”. Isso significa que o trabalhar é a maneira com que os nossos modos de ser se lançam a enfrentar uma tarefa, sempre constrangedora tanto material quanto socialmente. É constrangedora porque é impossível executar com qualidade a tarefa respeitando todas as suas prescrições, mesmo que o trabalho aconteça em condições “ideais”, com sua organização desenhada minuciosamente e onde tudo que deve ser feito é explicado com bastante clareza em seus mínimos detalhes. Há diversas exigências que interferem no modo operatório de cada trabalhador ou trabalhadora e entre o que foi combinado e o trabalho realmente feito. Dentre elas, estão as situações que não podem ser previstas, que surgem no próprio ato de trabalhar, dos contextos de cada local, do convívio entre os trabalhadores e trabalhadoras, do inesperado, dos defeitos em máquinas e ferramentas, das vidas de cada trabalhador, suas oscilações de humor, seus medos, suas questões particulares etc. Afinal, há dias em que você simplesmente não consegue subir mais a construção como se fosse máquina, erguer no patamar quatro paredes sólidas, tijolo por tijolo num desenho mágico, como diz a canção de Chico Buarque, pois o tempo mudou, a chuva atrapalhou ou, quem sabe, você não dormiu bem porque sua filha pequena chorou a noite toda.

“Sempre haverá uma lacuna entre o prescrito e a realidade concreta da situação” (DEJOURS, 2012, p. 24). Trabalhar é exatamente preencher esta falta que está em todos os níveis de análise feitos sobre a relação entre tarefa e atividade. Esta falta existe inclusive quando se percebe a sempre presente diferença entre a organização formal e a organização informal do

trabalho. Para Dejours, não é possível prever o que o trabalhador utilizará para preencher este vazio, justamente por sua dimensão pouco ou nada controlável. Sobre isso, Dejours (2011) comenta:

A organização do trabalho não é absolutamente absolvida pelos assalariados... Todos os preceitos são reinterpretados e reconstruídos: a organização real do trabalho não é a organização prescrita. Não o é jamais: é impossível prever tudo e ter o domínio sobre tudo (antecipadamente ao trabalho) (DEJOURS, 2011, p. 74).

Mais adiante em *Addendum*, Dejours (2011) escreve que suas numerosas pesquisas de campo o levaram a conclusão de que não há só uma contradição entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real. A própria organização do trabalho é contraditória. A cada problema mais grave que acontece no trabalho, são elaboradas novas prescrições e regulamentações. É uma espécie de bola de neve de normas: cresce quanto mais se atravessa a montanha do trabalho. De modo que, no final, são tantas normas, regras e prescrições que trabalhar se torna um desafio extremo, praticamente impossível de ser feito respeitando todo este calhamaço de especificações. Ao invés de organização, caímos em desorganização (DEJOURS, 2011). De tal modo, o trabalhar será sempre uma constante descoberta: um processo contínuo de criação para tentar dar conta deste real que está em movimento. O autor, então, escreve:

o trabalho define-se como o que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder alcançar os objetivos para os quais foi designado; ou ainda, o que o trabalhador deve acrescentar de si para fazer frente ao que não dá certo quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (DEJOURS, 2012, p. 25).

Este real que tanto deixa o trabalhador injuriado mostra sua cara por meio do afeto. Quando nos sentimos fracassados, impotentes, fracos e incompetentes ao tentarmos seguir à risca os procedimentos e as regras combinadas anteriormente, as prescrições, é que se sente na pele a resistência que a vida impõe. O real resiste. Ele não se submete ao que planejamos. É pelo sofrimento que o nosso corpo experimenta o mundo e ao mesmo tempo se experimenta, aprendendo sobre o que é capaz.

3.2.2 O sofrer e as estratégias para não sofrer

O sofrimento, para Dejours (2012), não é somente chegada, é também partida. Assim, sofrer não é um estado no qual o trabalhador irá apenas parar, mantendo-se em determinada situação sem se mover, sem buscar mudança. Sofrer também é o que impulsiona. É o que nos leva adiante. Faz com que possamos sair do lugar e buscar outras formas de agir. Milton Nascimento e Fernando Brant retratam bem este movimento na música Encontros e Despedidas quando cantam “assim, chegar e partir são só dois lados da mesma viagem. O trem que chega é o mesmo trem da partida. A hora do encontro é também despedida”.

O sofrimento é uma consequência do nosso encontro com o real, mas também é a mola que nos impulsiona ao mundo para que possamos encontrar meios de lidar com este sofrimento. Ele é o que move. “É impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo” (DEJOURS, 2011, p. 26).

Veremos que o sofrer, para Dejours (2009), também provém de um conflito. Ele é o que surge da luta entre o aparelho psíquico e as pressões organizacionais. O trabalhador tentará fugir da penúria em uma tentativa de manter um equilíbrio. Obviamente, isso não acontece sem sofrimento. Este é o preço de manter-se em uma “normalidade”. E para manter-se nela, é preciso atender a alguns critérios sociais, como diz o autor

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (DEJOURS, 2009, p. 29).

Conforme Dejours (2011, p. 78), “não há nenhum sujeito que não seja o resultado do sofrimento”. Sendo assim, o sofrimento pode vir a cair em uma patologia, mas ele também é criativo, na medida em que nos impulsiona a encontrar maneiras de transformá-lo, reduzi-lo ou superá-lo. Para tal, é preciso senti-lo na pele, pois ele é afetividade. É isto que faz com que se criem modos de ultrapassá-lo.

Para dar base à análise do sofrimento psíquico, a Psicodinâmica do Trabalho tem como uma de suas vertentes fundamentais as categorias da Psicanálise. De acordo com Freud (1930/2011), o sofrimento é uma ameaça constante para o sujeito e parte de três fontes: 1) O corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de alerta; 2) Do mundo externo que possivelmente pode voltar-se contra nós de forma destrutiva; 3) Dos relacionamentos que se estabelecem com os outros. Entretanto, o

autor ressalta que o sofrimento nascido dos caminhos da relação humana talvez seja mais penoso que qualquer outro.

Freud (1930/2011) afirma que diante da grande força que o sofrimento tem em nossa vida, costumeiramente diminuimos nossas ambições de busca pela felicidade. Escapar das agruras já é um objetivo bastante audacioso a ponto de tomar o lugar principal de nossas preocupações, deixando em segundo plano a procura por vivências de prazer. Talvez seja nesse sentido que Vinicius de Moraes diz em Samba da Benção, “A tristeza tem sempre uma esperança de um dia não ser mais triste não”. Parece haver uma vontade na humanidade de que o sofrimento um dia não será mais sofrimento, de que iremos viver um sentimento pleno de felicidade e afastar para sempre de nossas vidas as experiências penosas.

Viver em sociedade é ter de abrir mão de nossas individualidades em prol de um coletivo, a fim de assegurar nossa própria sobrevivência enquanto civilização. Daqui, conforme Freud (1930/2011), emergirá muitas de nossas frustrações. A cultura nos imporá uma grande cota de privações para que possamos (con)viver. Afinal, somente um indivíduo se tornaria feliz vivendo sem qualquer tipo de restrições: o tirano. Para o autor, o indivíduo é o inimigo da cultura, pois, sua tendência psíquica é não renunciar à satisfação de seus impulsos de maneira tão fácil (FREUD, 1927/2010).

Dentre as maneiras de se afastar do sofrimento, Freud (1930/2011) explica:

A vida, tal como nos coube, é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis. Para suportá-la, não podemos dispensar paliativos. (“Sem ‘construções auxiliares’ não é possível”, disse Theodor Fontane.) Existem três desses recursos, talvez: poderosas diversões, que nos permitem fazer pouco de nossa miséria, gratificações substitutivas, que a diminuem, e substâncias inebriantes, que nos tornam insensíveis a ela. Algo desse gênero é imprescindível. É para as distrações que aponta Voltaire, ao terminar o seu *Cândido* com a sugestão de cada qual cultivar seu jardim; uma tal distração é também a atividade científica. As gratificações substitutivas, tal como a arte as oferece, são ilusões face à realidade, nem por isso menos eficazes psicologicamente, graças ao papel que tem a fantasia na vida mental. Os entorpecentes influem sobre nosso corpo, mudam sua química. Não é fácil ver o lugar da religião nesta série. Teremos de lançar mais longe o olhar (FREUD, 1930/2011, p. 28).

Sobre o papel da religião na busca dos seres humanos pela felicidade, Freud (1927/2010) escreve em *O Futuro de Uma Ilusão* que a necessidade pelos deuses surge do nosso desamparo enquanto seres humanos e do anseio pelo pai. Os deuses possuem três tarefas: “Afastar os pavores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do destino, em especial como ela se

mostra na morte, e recompensá-los pelos sofrimentos e privações que a convivência na cultura lhes impõe” (FREUD, 1927/2010, p. 59).

A religião tenta cumprir o papel de nos dar esperança e força para suportar as dificuldades da vida. Isto é feito por meio de um conjunto de ensinamentos que dão forma a tudo que acontece no mundo enquanto “a realização de propósitos de uma inteligência superior” (FREUD, 1927/2010, p. 61). Este ser superior será o nosso guia para o mundo da satisfação, do bem, da felicidade sem penar. Para o autor, a religião é uma ilusão, pois ela deriva dos desejos humanos, tal qual a ideia delirante psiquiátrica onde não há qualquer preocupação de vínculo com a realidade. Segundo ele, a religião, apesar de ter contribuído bastante para a domesticação dos impulsos antissociais, falhou pela quantidade exacerbada de pessoas insatisfeitas e infelizes.

Um conceito fundamental para a Psicodinâmica do Trabalho, que é caro à Freud, é a sublimação. É por meio dela que as pulsões irão encontrar uma saída no campo social (DEJOURS, 2009). Dejours se questiona, então: qual seria o destino das pulsões diante de um trabalho repetitivo e que não oferece nenhuma possibilidade sublimatória? O adoecimento. Conforme Merlo (2002), o trabalho repetitivo elimina toda possibilidade de sublimação e leva tanto a doenças somáticas quanto a descompensações mentais por meio da repressão. E, para analisar o sofrimento, Dejours irá guiar-se pelas defesas individuais e coletivas que os trabalhadores e trabalhadoras utilizam contra o sofrimento, já que este não é simples de ser localizado de imediato (NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004).

Dejours (2007) abordará um tipo particular de sofrer no trabalho nomeado por ele de sofrimento ético. Diz respeito mais comumente aos trabalhadores e trabalhadoras que atuam em cargos de gerência. Em determinados contextos, estes são levados a negar o sofrimento e as injustiças que o trabalho em certa instituição infringe aos outros e também a sua própria participação neste sofrimento. Ao não se responsabilizar pela miséria dos outros, silenciando-se ou mantendo-se passivo diante, ou mesmo atuando ativamente nela, contribui para o surgimento de um “mal-estar psicológico”. O autor escreve:

se eles consentem, é essencialmente por causa da ameaça de demissão que paira sobre suas cabeças. Mas cometer atos reprováveis ou ter atitudes iníquas com os subordinados, fingindo ignorar-lhes o sofrimento, ou com colegas com os quais, para permanecer no cargo ou progredir, é forçoso ser desleal, isso faz surgir um outro sofrimento muito diferente do medo: o de perder a própria dignidade e trair seu ideal e seus valores. Trata-se, portanto, de um sofrimento ético (DEJOURS, 2007, p. 72).

Para conseguir lidar com este tipo de sofrimento, o trabalhador recorre ao que Dejours (2007) chama de racionalização da mentira e de atos moralmente repreensíveis. No caso, uma defesa psicológica. O “mal” acaba sendo banalizado. O entenderemos aqui como esta tolerância à mentira que leva as pessoas a deixarem de denunciá-la e ainda participarem de práticas injustas e que produzem sofrimento a outros. Dejours (2007) exemplifica tais práticas em situações onde pessoas são empregadas sem carteira assinada, a fim de que não sejam pagas as contribuições à previdência e pela facilidade de demissão em caso de acidente de trabalho; contratar pessoas sem pagá-las o que lhes é de direito; forçar os trabalhadores e trabalhadoras a fazerem jornadas além do que está estabelecido em lei e diversas outras formas de injustiças.

Apesar do sofrimento e do prazer serem vivências subjetivas individuais, vários sujeitos se juntam organizando uma estratégia defensiva comum (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), comentando o pensamento de Dejours a esse respeito, dirão que

os sistemas coletivos de defesa funcionam como regras, cuja existência demanda o consenso ou um acordo (normativo) partilhado, diferenciando-se, dessa forma, dos mecanismos individuais de defesa. Assim, a construção e o funcionamento desses sistemas contribuem para a própria estruturação dos coletivos de trabalho (NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004, p. 31).

Para os autores, este sistema defensivo operado pelos trabalhadores e trabalhadoras diante do sofrimento não é nem um pouco simples. Diversas vezes estes coletivos de defesa podem se transformar no que Dejours (2012) chama de “ideologia defensiva”. Nela, percebe-se o sofrimento por um enfraquecimento das estratégias defensivas. Isso significa que as pessoas acabam se adaptando às violências sentidas a partir da organização do trabalho. Sim, adaptar-se a uma situação de trabalho nociva para a sua saúde também é uma forma de se proteger e seguir trabalhando apesar de tudo. Contudo, este tipo de estratégia defensiva é bastante interessante para a manutenção da exploração do(a) trabalhador(a). Esta ideologia defensiva funciona para mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave. O sofrimento, então, pode gerar um processo de alienação e de conservadorismo ou ser instrumento de resistência à organização do trabalho.

Edith Seligmann-Silva (2011) faz a distinção dos termos “defesa” e “resistência”. Podemos empregar o termo resistência quando nos referirmos ao enfrentamento das situações ou

condições determinantes do sofrimento. Já as defesas estão relacionadas ao ato de fazer com que o sofrimento seja evitado ou tornado suportável. As defesas não proporcionam transformações na organização do trabalho, enquanto que as resistências se voltam diretamente para a obtenção de mudança nas situações que deram início ao sofrimento. As duas podem demandar ações individuais e coletivas.

A autora elenca formas de defesa baseando-se na obra *O ego e os mecanismos de defesa*, de Anna Freud. Entre elas, mencionarei as que Seligmann-Silva (2011) dá atenção maior por estarem mais presentes no contexto de trabalho. O mecanismo de defesa de isolamento tem sido um deles. Diz respeito a um afastamento entre sentimento e conduta. Há organizações de trabalho que proporcionam uma distância entre a afetividade e a atividade cognitiva, fazendo com que o trabalhador se isole, principalmente em funções de alto nível intelectual. Tal qual um maestro que acaba evitando contato mais próximo com os músicos da orquestra que rege, pois a organização do seu trabalho acaba proporcionando relações de poder muito desiguais, levando-o a agir de maneira ríspida e autoritária. O isolamento é forma de manter sua postura autoritária sem sofrer tanto ao repreender aqueles que seguem seus comandos (ALVARENGA, 2013).

A racionalização é outro mecanismo bastante utilizado. Refere-se a casos onde o indivíduo até atua conscientemente em uma atividade, porém não tem noção do momento em que a abandona para esconder de si uma constatação que lhe causará sofrimento. A autora dá como exemplo uma situação na qual “o trabalhador pode aderir a explicações de que, do ponto de vista tecnológico, seu modo de trabalhar é o mais ‘moderno e seguro’, mesmo que se trate de um modo que o violenta como ser humano” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 370).

A autora também cita a defesa da autonomia. Surge como uma luta do trabalhador para manter-se autoconsciente, mesmo diante de um corpo já desgastado pela atividade. A exaustão dificulta uma avaliação consciente de si mesmo e do trabalho que está sendo realizado. Deste modo, a defesa funciona sustentando a atenção do sujeito, tal qual um caminhoneiro cansado por estar há muitas horas dirigindo sem parar. Precisa chegar o quanto antes com a carga que está levando. Ele luta contra o desgaste do seu corpo, o desgaste mental, para manter-se em alerta e continuar dirigindo, sem questionar o modo como seu trabalho está organizado e as condições em que acontece. Uma de suas armas nessa batalha é fazer uso de drogas (TAKITANE et al, 2013)

Seligmann-Silva também comenta a defesa contra o medo. Esta pode tomar várias formas no contexto do trabalho, como, por exemplo, em mecanismos inconscientes tais como: a negação

do perigo e a repressão do medo. Os mecanismos de origem inconsciente “podem servir à manutenção e ao fortalecimento da dominação” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 371), ou seja, eles têm a possibilidade de burlar o medo, fazendo com que o trabalhador não entre em contato com os riscos reais. Ao fazê-lo, também dificulta a organização coletiva dos empregados que podem levar a mudanças positivas em seus trabalhos. Podemos pensar em pessoas que trabalham fazendo a manutenção de faixadas de prédios, onde é preciso ficar pendurado em guindastes e cordas a alturas muitas vezes vertiginosa. Para afastar o medo da queda ou do acidente, os indivíduos negam o perigo dizendo que “já estão acostumados” ou mesmo “a gente precisa dar um jeito, né? Temos que pagar nossas contas”, como já ouvi de trabalhadores que fazem este tipo de serviço no prédio onde moro.

3.2.3 O prazer

Assim como na vida, no trabalho não há só sofrimento. Há também prazer. Falar em prazer na Psicodinâmica do Trabalho diz respeito a um conceito de base na psicanálise freudiana. Em *O Mal-Estar na Civilização*, Freud (1930/2011) afirma que o que todos nós buscamos enquanto seres humanos é a felicidade. Aponta dois caminhos para encontrá-la que é a ausência de dor e desprazer e viver intensamente sensações de prazer. Deste modo, relaciona a felicidade com a busca pelo prazer. O princípio do prazer forma o grande objetivo de nossas vidas. Este princípio rege o aparelho psíquico desde o nosso nascimento. O prazer se daria pela satisfação imediata de necessidades altamente obstruídas que, segundo o autor, sua natureza faz com que sejam apenas eventuais. Quando determinada situação consegue dar continuidade ao princípio do prazer, a sensação que ela gera é um “morno bem-estar”.

Freud (1930/2011) comenta que é bem mais fácil ir ao encontro da infelicidade do que da felicidade. Isto parece se traduzir nas primeiras palavras da canção A Felicidade de autoria de Vinicius de Moraes e Antônio Carlos Jobim: “Tristeza não tem fim, felicidade sim”. Consoante à Freud, os compositores parecem ter percebido que a felicidade é breve, pois escrevem no verso seguinte que “a felicidade é como a pluma que o vento vai levando pelo ar. Voa tão leve, mas tem a vida breve. Precisa que haja vento sem parar”.

Para o pai da psicanálise, o trabalho é tido como uma das formas pelas quais os seres humanos buscam a felicidade (FREUD, 1930/2011). No entanto, muitos não conseguem vê-lo desta forma. Enxergando-o apenas como necessidade e não como maneira de buscar satisfação.

Será por meio da sublimação que o sujeito conseguirá transformar o trabalho em fonte de prazer. Mendes (2008) vê a sublimação como um processo que “permite a entrada do sujeito no mundo das normas e regras por meio da negociação bem-sucedida do seu desejo com a realidade” (MENDES, 2008, p. 18). Para a autora, o prazer no trabalho tem íntima relação com o potencial do sujeito de postergar e negociar a satisfação imediata das pulsões sexuais e agressivas. O prazer neste contexto também está relacionado com a liberdade de escolha. Uma organização de trabalho saudável, que proporciona mais liberdade ao trabalhador para se ajustar a seus desejos e necessidades, além de congrega relações socioprofissionais abertas, democráticas e justas, semeará a possibilidade de vivenciar o prazer, o reconhecimento e a transformação do sofrimento (MENDES, 2008). Assim sendo, o prazer também é uma possibilidade de ressignificar o sofrimento que é inevitável em um contexto de trabalho recheado de restrições. Sobre isso, a autora afirma

Trabalho é lugar de prazer quando é possível aprender sobre um fazer específico, criar, inovar e desenvolver novas formas para execução da tarefa, quando são oferecidas condições de interagir com os outros, de socialização e reforço de uma identidade pessoal, e quando a organização do trabalho permite o estabelecimento de acordos que levem à transformação do sofrimento (MENDES, 2008, p. 18).

Dejours e Abdoucheli (2009) dão mais riqueza ao entendimento do prazer ao afirmar que este torna o trabalho um meio de relaxamento. Isso pode ser observado na sensação que um trabalhador tem de terminar uma tarefa e perceber que se sente melhor agora do que antes de tê-la iniciado. Para os autores, isto é o que podem chamar de “trabalho equilibrante”. Eles dão como exemplo disso o trabalho do artista. Contudo, assim como pode ser equilibrante, também tem diversas condições para se tornar bastante desestabilizador (ALVARENGA, 2013).

3.2.4 O corpo

Adiante nesta discussão de sofrimento e prazer, principalmente no primeiro, chegamos a um tema importante para Dejours: o corpo. Para o autor, é no corpo que está a inteligência. Mais

até do que no cérebro, ou do que apenas em uma ação unicamente cognitiva, o trabalho intelectual precisa de um corpo. Afinal, se o sofrimento é o que nos tira do lugar, que nos lança para criarmos diante do real, é no corpo que sentimos esse sofrer. O sofrimento só existe porque há um corpo capaz de experimentá-lo, defende Dejours (2011).

Ao mobilizarmos o corpo para agir sobre o mundo, a fim de apropriá-lo, trazê-lo para nós mesmos, estamos colocando a inteligência para operar. Ela vai se formando neste processo em uma relação longa com a tarefa. Na longevidade desta relação, o corpo passa a se familiarizar com a materialidade. Vai tomando conta dela até chegar ao ponto em que parecem ser um só, como uma espécie de simbiose. Dejours (2011) dá o exemplo de um trabalhador que opera uma máquina. Após um longo tempo de convívio próximo, chega-se a um momento onde os dois começam a operar em extrema sintonia. O operador sente a máquina em cada um de seus movimentos, em seus sons, mudanças de temperatura etc. Sabe prever o seu funcionamento como se falasse de seu próprio corpo. É possível observar isso em um músico tocando seu violão. É costume se ter um instrumento durante vários anos. Aquele preferido. O que você mais conhece e confia. Chega a haver grande cumplicidade entre os dois a ponto de estabelecer um tipo de diálogo desigual (o violão não fala) e diversas formas de afeto. Dá-se um nome ao violão. Chega-se até a beijá-lo. As mãos do músico deslizam sobre o instrumento com maestria de quem faz aquilo praticamente sem pensar, apenas expressando-se em uma liberdade adquirida com o tempo de prática. É extremo conhecedor de seu instrumento. Sabe a tensão que suas cordas devem estar para tirar o melhor som. Percebe quase que de imediato quando desafinam. O músico torna-se violão.

É preciso muita sensibilidade para alcançar este nível. Assim como em qualquer relação de um trabalhador com o seu instrumento, tal qual um profissional de saúde com as pessoas que atende. As ferramentas deste profissional, como já foi dito na seção dois, estão além do que apenas a dureza de estetoscópios, pinças, máquinas de ressonância magnética, testes psicológicos etc. Este nível de inteligência exige muita sensibilidade do profissional, o estabelecimento de um vínculo duradouro com a equipe e com os doentes, aqui se produz o trabalho em ato.

O vínculo se faz na leveza do contato: na fala, no olhar, no toque... Como um cirurgião dentista que percebe em suas mãos a leveza necessária para atingir os mínimos detalhes. Tem a sensibilidade de apreender a dor do outro e saber o momento exato de agir sobre ela, ouvindo muitas vezes o que não foi dito; vendo por pequenos indícios que a pessoa que está ali não deixa

de escovar os dentes por falta de cuidado consigo mesmo, mas porque mal tem dinheiro para se alimentar decentemente, que dirá conseguir comprar escova de dentes e creme dental para toda a família (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

A inteligência do corpo muda não só o contato dos trabalhadores e das trabalhadoras com seus meios de trabalho, muda também ele próprio. Ao atingir esta proximidade com as pessoas que atende, o profissional de saúde vai adquirindo novas habilidades, novos saberes, vai se experimentando de outras formas. Percebe que possui uma sensibilidade a ponto de fazer transparecer a dor do outro, percebe a importância da escuta quando é atingido pelo sofrimento do outro. Vai então sendo arrebatado pelos contatos, pela vida desse encontro entre profissional de saúde e a pessoa que recebe seus cuidados. Torna-se mais hábil na riqueza de cada experiência no trabalho. Segundo Dejours (2011), os gregos já haviam nomeado esta inteligência do corpo. Eles a chamavam de inteligência astuciosa.

O autor irá apontar que este corpo que se apropria do mundo não é o biológico. É um outro corpo:

É um segundo corpo, o corpo no qual moramos, o corpo que se experimenta afetivamente, o corpo no qual está engajada também a relação com o outro: gestos, mímicas, suores, tremores, sorrisos etc., tantas teclas de um repertório técnico do corpo, no sentido apreendido por Marcel Mauss, colocadas à disposição do sentido e da vontade de agir sobre a sensibilidade do outro (DEJOURS, 2011, p. 30).

Este é um corpo subjetivo. Ele surge a partir do corpo biológico. Não é palpável como o primeiro e nem surge imediatamente a partir deste outro. Vai sendo construído aos poucos, nas relações diárias entre a criança e os adultos. Neste ponto, Dejours (2011) relaciona o corpo subjetivo com o corpo erógeno utilizado na psicanálise.

Neste processo em que o corpo vai tomando conta do mundo, ele vai quebrando a cara e experimentando diversos fracassos, dores e sofrimentos. Isso quer dizer que, na tentativa do corpo de tornar seu este mundo em que habita, a vida resiste, não se entrega e foge de suas tentativas. É o profissional de saúde que percebe o sofrimento daquele que está cuidando, tenta encontrar uma solução para ele por meio do uso de algum medicamento, mas, por diversos motivos que muitas vezes estão fora do seu controle, não há no estoque da unidade de saúde o exato medicamento que deveria entregar ao usuário. O trabalhar, então, mostra que o mundo foge ao seu domínio. Nesse sentido, como diz Cartola: “O mundo é um moinho. Vai triturando nossos

sonhos”. E assim, paga-se um preço ao querer atingir uma vasta inteligência do corpo sobre o trabalho: o sofrimento.

3.2.5 A subjetividade no trabalho

O essencial do trabalho é invisível aos olhos. É formado pela subjetividade. O afeto, o sofrimento, a dor e o prazer. Nada disso pode ser medido com tanta exatidão quanto como se mede a temperatura, a intensidade de um som e o peso de uma estrutura de concreto. Neste sentido, Dejours (2011) diz que o trabalho não pode ser observado na sua integridade. Ora, se o seu elemento fundamental é subjetivo, então, sua parte elementar não é passível de verificação e objetividade. O que se avalia é o que se pode ver, a parte material que, segundo o autor, não está em harmonia com o trabalho efetivo.

Algo que contribui ainda mais para a subjetividade do trabalho é o fato de que cada trabalhador irá se distanciar dos procedimentos e prescrições para dar conta dele. Alguém que esteja sendo inteligente durante sua atividade, irá em algum momento infringir normas, regras, protocolos, estatutos, editais... Desta maneira, trabalhos nos quais há um excesso de vigilância, de monitoramento de gestos, movimentos e ações a fim de que se siga à risca determinados procedimentos, estão fadados a produzir “fugas”, comportamentos clandestinos. A inteligência no trabalho força as pessoas a encontrar outros modos de fazer as coisas, estejam sendo vigiadas ou não, estejam ameaçados por punições severas ou não.

Um trabalhador habilidoso acessa sua inteligência mesmo sem percebê-la. Por diversas vezes, nem mesmo sabe explicá-la e se surpreende com sua própria astúcia. “A inteligência caminha com frequência e, por isso mesmo, alguns passos à frente da consciência ou do conhecimento que o sujeito tem sobre si” (DEJOURS, 2011, p. 33).

Trabalhar é um desafio para a subjetividade. A coloca à prova o tempo todo, forçando-a a se expandir ou, então, a perecer. Neste contexto, a subjetividade está sempre em processo de transformação, está sempre mudando. Logo, trabalhar não é apenas produzir um bem material. É também produzir a si mesmo, pois nas idas e vindas do trabalho, a subjetividade vai trilhando novos caminhos. Eis aqui então a centralidade do trabalho em nossas vidas. Afinal, se ao trabalhar estamos nos experimentando a todo momento, a subjetividade vai revelando a si mesma em uma insistente manifestação do viver.

3.2.6 Trabalhar é viver junto

Não se pode dizer, ao menos na perspectiva de Dejours (2011), que o trabalho seja apenas o agregar de distintas experiências e o trabalho individual de inteligência de cada trabalhador. Geralmente, nós trabalhamos para outra pessoa que é nosso patrão, nosso chefe, coordenador, orientador, companheiros de trabalho ou mesmo para a população brasileira que paga nossos salários, bolsas de pesquisa etc. Cabe, então, dizer que o trabalho não é só atividade, ele também envolve uma relação social. Acontece em um contexto que envolve hierarquias, mandos, desmandos, relações de poder, dominação, humilhação... Trabalhar está além de apenas jogar o corpo no mundo, também é enfrentar com nossa inteligência e subjetividade os embates advindos das relações que estabelecemos com os outros. Há não apenas aquele real objetivo da atividade; existe o real que é o do viver em sociedade. Afinal, chama a atenção Dejours (2011), como imaginar um trabalho no qual cada um atua de acordo com suas próprias regras individuais, cada um por si, do jeito que achar melhor? Cada qual inventando seu jeito e estabelecendo suas regras sem se preocupar com o outro que está ali também dividindo aquele ambiente, aquela tarefa. E bem se sabe do potencial da inteligência de produzir seus próprios caminhos, suas singularidades, criando cisões nos modos de trabalhar e no coletivo do trabalho. Estas maneiras solitárias de trabalho podem produzir muitas contradições e conflitos, de tal forma que é necessário haver o que Dejours (2011) chama de “coordenação das inteligências”.

Ele alerta também para o lado negativo desta coordenação, criando terreno para o surgimento de novas dificuldades. Menciona o pensamento taylorista como exemplo no qual se consagraram a divisão técnica e social do trabalho. Neste modo de produção, dava-se tarefas muito limitadas aos trabalhadores. Como já foi abordado anteriormente nesta seção, para o pensamento dejouriano, é impossível produzir seguindo exatamente tudo que lhe foi prescrito. Para que o trabalho consiga fluir, será sempre necessário reajustar as prescrições, criando-se dois tipos de organização do trabalho: a organização do trabalho efetiva e a organização do trabalho prescrita. A primeira é formada pelos próprios trabalhadores a partir da vivência do trabalhar, da mobilização da inteligência diante das resistências impostas pelo trabalho. Pela característica mutante do trabalhar, a organização do trabalho efetiva nunca é igual a organização do trabalho prescrita.

No caminhar entre estas diferentes organizações do trabalho, serão criadas as regras de ofício, que são medidas estabelecidas pelos próprios trabalhadores acordando maneiras de se trabalhar (DEJOURS, 2011). Há uma negociação entre eles, as inteligências, as experiências individuais, os estilos de trabalhar e as preferências de cada um para encontrar um denominador comum entre toda essa diversidade. Algo que possa ser aceito por todos ou por grande parte da coletividade. Dejours (2011) ressalta que haveria um confronto entre os saberes individuais dos trabalhadores em um contexto ideal, colocando-os frente a frente e fazendo aparecer por meio de comparações aquelas que seriam mais aceitáveis ou menos operacionalizáveis pelo coletivo e que poderiam ser prescritas.

Dejours (2011) ressalta que cooperação é um compromisso não apenas com a técnica, mas também com o social. Estes acordos feitos entre os trabalhadores no contexto do trabalho, que acabam se estabilizando quando se tornam normas ou até mesmo aparecendo como regras de trabalho, possuem este viés duplo (técnico e social). É técnico, pois visa a qualidade e eficácia do trabalho. É social, porque envolve a relação entre os trabalhadores. De outra maneira, trabalhar não é só produzir, é também viver com o outro. E viver junto, para Dejours (2011), é mobilizar a vontade para lidar com a violência deste viver, enfrentando desavenças, conflitos judiciais ou não, que podem surgir no contato entre diferentes maneiras de se trabalhar.

É preciso pensar também que a cooperação envolve uma limitação das singularidades (DEJOURS, 2011). Porém, uma limitação que é consentida pelo coletivo. Para que se consiga trabalhar em uma equipe, há de se abrir mão de seu potencial criativo, já que nem todos os seus jeitos de trabalhar surgidos de tua própria experiência serão adotados em sua totalidade pelos coletivos. Assim, para levar sua contribuição, é preciso renunciar muito de si mesmo.

Esta renúncia de si, de nossa inteligência e subjetividade, produz certa quantidade de conflitos, pois nem todos estão dispostos a abrir mão disso. É quando Dejours (2011) diz que o individualismo triunfa, colocando à prova o coletivo e a cooperação. Mas há uma razão que leva os trabalhadores a entrarem neste debate de opiniões, mesmo sabendo que isso constrói conflitos: é a contribuição que será dada para à empresa. Por essa contribuição, espera-se uma retribuição, ou seja, reconhecimento.

3.2.7 A beleza e a utilidade do reconhecimento

Dejours (1992) comenta que o trabalho só é eficaz se possui validação social. O trabalhador precisa ver seu trabalho sendo reconhecido pelos seus próprios parceiros laborais e pelos que estão acima ou abaixo dele em uma escala hierárquica. O processo de reconhecimento é capaz de transformar o sofrimento em prazer nas atividades de trabalho. Ele funciona por dois caminhos: o julgamento de utilidade e o julgamento de beleza.

O julgamento de utilidade é feito por pessoas que estão em diferentes níveis hierárquicos. O patrão reconhecendo o trabalho do empregado, o chefe da equipe reconhecendo o trabalho de um de seus subordinados, um coordenador para com seus coordenados, entre outros. Dejours (2011) comenta que é um julgamento de utilidade econômica, social ou técnica da contribuição própria do trabalhador e que o desejo de ser útil é crucial para a nossa saúde mental. O desemprego e a aposentadoria podem ser uma violência para a saúde dos trabalhadores na medida em que começam a sentir que não possuem utilidade alguma.

O julgamento de beleza é um reconhecimento de habilidade, de inteligência, de talento pessoal, de originalidade e, claro, da própria estética do trabalho. Neste caso, somente os pares possuem condições de avaliar plenamente a qualidade da inovação técnica (DEJOURS, 1992). Isto porque eles conhecem de perto o trabalho dos colegas e conseguem perceber com mais detalhes a beleza com que o outro colega de banda tocou determinado arranjo, a sutileza da escuta que o colega psicólogo teve em determinado atendimento, a sagacidade na exposição de um trabalho acadêmico por um colega da universidade. Como comenta Dejours,

Graças ao julgamento de beleza, o reconhecimento confere um estatuto novo àquele que trabalha: É um pesquisador como os outros pesquisadores; é um psicanalista como os outros psicanalistas; é um mecânico reconhecido como um grande mecânico pelos outros mecânicos etc. (DEJOURS, 2011, p. 40).

Dejours (1992) afirma que o reconhecimento traz um benefício no registro da identidade, isto é, naquilo que torna este trabalhador um sujeito único, sem nenhum igual. Gernet (2010), analisando a noção de reconhecimento para Dejours, escreve que “o reconhecimento dos outros é algo necessário para a validade de uma descoberta que teve início no embate com a realidade” (GERNET, 2010, p. 63). O sujeito, que está afastado da realidade e do reconhecimento do outro, possui boas chances de desenvolver o que a autora chamará de “solidão da loucura”, que pode ser nomeada como alienação mental. Desta forma, podemos ver o quanto esta dinâmica, que permite

ao trabalhador conseguir ver-se em seu trabalho, pode desviar por um bom tempo o perigo de desenvolver doenças mentais.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o que o sujeito busca primeiramente é o reconhecimento do seu fazer. Somente em um momento posterior, quando sua qualidade é reconhecida, é que ele irá trazer este sentido para o seu ser, para sua identidade. Aqui há um ponto fundamental: o reconhecimento diz respeito ao trabalho, a qualidade deste trabalho (DEJOURS, 2011). O foco é no fazer e

por causa deste reconhecimento sobre o fazer que se pode respeitar e manter relações de convívio com pessoas pelas quais não se tem grande apatia, até se sente alguma aversão. O reconhecimento da qualidade das contribuições singulares no registro do fazer desempenha um papel essencial na conjuração da violência entre os seres humanos (DEJOURS, 2011, p. 41).

Segundo Gernet (2010), a espera de reconhecimento do trabalho acontece por conta da importância da realidade na experiência humana. Afinal, trabalhar é superar a resistência à realidade pela experiência corporal, uma experiência afetiva que caracteriza o que também é designado como subjetividade.

Veremos também a busca por certos tipos de reconhecimento e o afastamento de algumas maneiras de ver a si mesmo, assim como de ser visto pelos outros. Falando especificamente de operários, Dejours (1992) dirá que estes não querem se ver apenas como um apêndice da máquina ou como pessoas sem imaginação ou inteligência, sem personalidade. Terão vergonha de se sentirem “robotizados”. Sendo assim, o contato deles com uma tarefa que não lhes seja interessante, que não tenha muito a ver com o modo como percebem a si mesmo, produzirá indignação. Este trabalho sem significação alguma, que frustra narcisicamente, formará de tempo em tempo uma “imagem narcísica pálida, feia e miserável” (DEJOURS, 1992, p. 49). O autor dará como exemplo a visão de operários da linha de produção em relação aos seus trabalhos. Grande parte destes não têm noção de qual sentido seu trabalho possui em um contexto mais amplo, como no conjunto de atividades da empresa em que trabalha. Assim sendo, eles não sabem a serventia diversas vezes daquilo que está produzindo e não sabem muito bem a importância do seu trabalho para o resultado do processo como um todo. É como se não houvesse qualquer significado humano. A tarefa “não significa nada para a família, nem para os amigos, nem para o grupo social e nem para o quadro de um ideal social, altruísta, humanista ou político”

(DEJOURS, 1992, p. 49). O trabalhador pouco se sente à vontade diante de um trabalho onde ele não possa se ver refletido; onde não haja nada ali que seja “dele”.

3.2.8 Novos modos de organização do trabalho

Para finalizar esta seção, é necessário mencionar duas formas de organização do trabalho contemporâneas elencadas por Dejours (2011), produzidas pelo neoliberalismo e que, a meu ver, são relevantes neste contexto de análise do trabalho dos profissionais de saúde. A primeira delas se refere a prática de avaliação quantitativa e objetiva do trabalho. O autor é bastante crítico quanto a elas, tomando seus defensores como pessoas que foram persuadidas pela dominação simbólica das ciências experimentais ao perpetuarem a ideia de que tudo pode ser mensurável. Como já foi mencionado nesta seção, o autor vê o essencial do trabalho como algo que não se pode medir: a subjetividade. E que o que pode ser medido no trabalho em nada diz respeito a ele. Comenta que as práticas de avaliação do trabalho levam a situações muito complicadas, nas quais o trabalhador acaba sendo injustiçado a respeito de sua real contribuição no trabalho. Para Dejours (2011), a avaliação do trabalho não dá clarezas sobre o que está medindo. Assim, serve mais como um instrumento usado para intimidar e dominar os trabalhadores, além de operar anulando a subjetividade da vivência do trabalho.

Quanto a segunda forma, Dejours (2011) refere-se à

individualização e o chamamento à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes, entre os serviços. Os contratos por metas, a avaliação individualizada dos desempenhos, a concorrência generalizada entre agentes e a precarização das formas de emprego levam ao desenvolvimento de condutas desleais entre pares e à ruína das realizações solidárias. O resultado de tais práticas gestonárias significa o isolamento de cada indivíduo, a solidão e a desagregação do viver junto, pior ainda, a desolação no sentido dado por Hannah Arendt em *As Origens do Totalitarismo*, ou seja, puxar o tapete justamente representado por essa possibilidade de os sujeitos se reconhecerem naquilo que têm em comum, no que compartilham e que está no próprio fundamento da confiança dos homens uns com os outros (DEJOURS, 2011, p. 42).

Mas qual a consequência disso? O autor ressalta que estas atualizações neoliberais de organizações do trabalho têm produzido grande aumento da produtividade e da riqueza. Isto é algo que Marx (1865/2004) já havia sugerido em 1865 em um informe aos trabalhadores que foi publicado com o nome de *Valor, Preço e Lucro*. Ele, ainda extremamente atual, afirma que “toda a história do passado mostra que, sempre que acontece uma depreciação do dinheiro, os

capitalistas aproveitam a oportunidade para espoliar os operários” (MARX, 1865/2004, p. 86). Desta maneira, a tendência diante de momentos de crises financeiras, como a que ocorreu no mundo a partir de 2008 e ainda sentimos seus efeitos até hoje, é que os trabalhadores e trabalhadoras recebam sempre a conta mais alta da crise, que vem por meio da redução de direitos trabalhistas e aumento da exploração do trabalho.

Para Pochmann e Moraes (2017), 2008 foi o início da mais atual crise do sistema capitalista. Os autores comentam que

o sistema de exploração parece estar diante da possibilidade de um novo salto no uso e remuneração da força trabalhadora. Por meio da consolidação inédita do sistema de coordenação centralizada intercapitalista, com articulação e integração descentralizada da produção de bens e serviços pelo mundo, a nova classe trabalhadora de serviços convive com a experimentação de formas cada vez mais sofisticadas de exploração, por meio da intensificação e extensão laboral (POCHMANN; MORAES, 2017, p. 13).

A terceirização irrestrita e sistemas como a “uberificação” e a “nikeficação”, estes dois últimos advindos respectivamente dos modelos de organização do trabalho das empresas Uber e Nike, também conhecidos como capitalismo de plataformas e empreendedores, são apontadas por Pochmann e Moraes (2017) como novas formas de exploração capitalista do trabalho humano. Paralelamente a estes novos modelos, assistimos a uma degradação constante das conquistas dos trabalhadores e trabalhadoras fruto da flexibilização e desregulação do sistema de proteção social e trabalhista.

Essa degradação também implica no aumento das jornadas de trabalho. Sobre isso, Marx (1865/2004) denuncia que a jornada de trabalho não tem limites constantes. Ela será frequentemente dilatada pelo capital até o máximo da capacidade física dos trabalhadores, pois isto, proporcionalmente, aumenta o sobretrabalho e o lucro gerado por ele. “Quanto mais êxito tiver o capital para aumentar a jornada de trabalho, maior será a quantidade de trabalho alheio de que se apropriará” (MARX, 1865/2004, p. 86). O autor também assinala o aumento da intensidade do trabalho, que pode fazer uma pessoa gastar em uma hora a vitalidade que antes gastaria em duas.

Esse contexto produz pessoas cada mais sem tempo livre. E o tempo, segundo Marx,

é o campo do desenvolvimento humano. O homem que não disponha de nenhum tempo livre, cuja vida – afora as interrupções puramente físicas, do sono, das refeições etc. - esteja toda ela absorvida pelo seu trabalho para o capitalista, é menos que uma besta de

carga. É uma simples máquina, fisicamente destroçada e brutalizada intelectualmente, para produzir riqueza para outrem. E, no entanto, toda a história da indústria moderna revela que o capital, se não tiver um freio, tudo fará, implacavelmente e sem contemplações, para conduzir toda a classe operária a esse nível de extrema degradação (MARX, 1865/2004, p. 88).

Outro ponto que ainda demonstra a atualidade dos escritos de Marx sobre o trabalho e o recente panorama político-econômico brasileiro é em relação à corrosão do salário dos trabalhadores. Ele escreve que “a tendência geral da produção capitalista não é elevar o nível médio do salário, mas, ao contrário, diminuí-lo, baixando o valor do trabalho mais ou menos até seu limite mínimo” (MARX, 1865/2004, p. 97). Mesmo assim, tenta não nos desanimar enquanto trabalhadores, alertando para não abandonarmos a batalha contra este sistema abusivo ou estaremos condenados a nos tornarmos uma “massa informe de famintos e arrasados, sem probabilidade de salvação” (MARX, 1865/2004, p. 97). O autor também nos diz que, enquanto houver trabalho assalariado, haverá luta por aumento de salário, pois considera este efeito algo inseparável deste sistema de trabalho.

Este contexto que vivemos atualmente, segundo Dejours (2012), desenha um cenário emergente de patologias mentais oriundas do trabalho no ocidente, assim como novas patologias e suicídios acontecendo nos próprios locais de trabalho. Faz uma ressalva, nenhum destes sistemas funciona de maneira autônoma, apenas seguindo determinada lógica. “Todo sistema necessita, para funcionar, não apenas da obediência dos homens e das mulheres, mas também de seu zelo, de sua dedicação, em outros termos, de sua inteligência” (DEJOURS, 2011, p.43.). Portanto, remete ao pensamento de que, se há a produção de tantos males, ela é feita com a participação dos próprios trabalhadores, com seu engajamento, com o uso de suas subjetividades, de suas vontades e zelos. O trabalho pode produzir o pior e possuir a potência necessária para produzir a beleza, a positividade, o melhor. Isso depende de nós, das forças que pudermos agregar, das relações intersubjetivas e das formas de resistir.

4 DE 2004 A 2014, AS PESQUISAS SOBRE O TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Depois de apresentar e discutir sobre como está estruturado o trabalho das equipes na Política Nacional de Atenção Básica (2012) e a respeito de como a Psicodinâmica do Trabalho aborda a relação entre o indivíduo e o trabalho, é fundamental verificar o que tem sido produzido em artigos, dissertações e teses no Brasil acerca da organização e condições de trabalho das equipes de saúde da Família.

Apresento uma pesquisa bibliográfica exploratória realizada na base de dados do Portal de periódicos da CAPES e no banco de Teses e Dissertações da CAPES. Busquei por artigos, teses e dissertações publicadas no Brasil no período de 2004 a 2014. Para tal, utilizei os descritores "Equipe de saúde da família", "Organização do trabalho" e "Condições de trabalho". Os critérios definidos para a seleção das produções foram: artigos, teses e dissertações publicados em língua portuguesa na íntegra e que abordassem o tema da organização e/ou condições de trabalho nas equipes de saúde da família.

Como resultado da busca, foram encontrados 69 registros. Com eles, foi feita uma leitura atenta de título e resumo de acordo com os critérios de seleção. Ao final, 24 produtos (12 dissertações, 11 artigos e uma tese) foram eleitos para a análise. O quadro 1 apresenta informações sobre estas pesquisas:

Quadro 1- Autor, tipo de pesquisa, área, objetivo e metodologia dos estudos analisados

Autor	Tipo	Área	Objetivo	Metodologia
MARCIANO, 2013	Dissertação	Saúde Pública	Identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde.	Qualitativa
GONTIJO, 2012	Dissertação	Atenção à Saúde	Analisar a relação entre o contexto de trabalho e a Qualidade de vida da equipe de enfermagem da ESF de Uberaba (MG).	Quantitativa
ALMEIDA, 2012	Dissertação	Saúde Coletiva	Analisar o processo de trabalho do enfermeiro e a relação deste com a produção do prazer e do sofrimento no Programa Saúde da Família (PSF) de Feira de Santana-BA	Qualitativa
SILVA, 2011	Dissertação	Saúde Coletiva	Avaliar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, sob a perspectiva do trabalho precário .	Quanti/Quali

Autor	Tipo	Área	Objetivo	Metodologia
TRINDADE, 2011	Tese	Enfermagem	Analisar a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a ESF e o modelo tradicional, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes.	Qualitativa
FONSECA, 2011	Dissertação	Mestrado em Nutrição	Caracterizar quais seriam as implicações do perfil socioeconômico, profissional, de formação, hábitos de vida e condições de trabalho dos médicos do PSF de Belo Horizonte na rotatividade destes	Quanti/Quali
MACHADO, 2010	Dissertação	Saúde Pública	Analisar as competências mobilizadas pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte	Qualitativa
LOPES, 2009	Dissertação	Enfermagem	Conhecer o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, identificar as situações geradoras de prazer e de sofrimento relacionadas ao trabalho e descrever as estratégias defensivas utilizadas por eles no cotidiano laboral.	Qualitativa
GONÇALVES, 2009	Dissertação	Saúde Coletiva	Como os agentes comunitários da ESF, da cidade de Botucatu/SP, se percebem em seu cotidiano de trabalho.	Qualitativa
SILVA, 2009	Dissertação	Saúde Pública	Analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a Promoção da Saúde , a partir da sua formação e da sua prática e discutir sobre as possibilidades e limitações da atuação desses trabalhadores	Qualitativa
RIBEIRO, 2006	Dissertação	Saúde Coletiva	Identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho em uma equipe do PSF.	Qualitativa
JESUS, 2006	Dissertação	Enfermagem	Como a comunicação reflete no trabalho em equipe de profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.	Qualitativa
COLOMÉ, 2005	Dissertação	Enfermagem	Conhecer a concepção de enfermeiras que atuam no PSF sobre desenvolvimento do trabalho em equipe	Qualitativa
JARDIM; LANCMAN, 2009	Artigo	Terapia Ocupacional	Discutir o processo de construção e manutenção da credibilidade dos agentes comunitários de saúde nas relações com a comunidade e os fatores subjetivos resultantes da congruência entre morar e trabalhar	Qualitativa
FERNANDES et al, 2012	Artigo	Enfermagem	Conhecer aspectos profissionais relacionados à qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Mineiro Sul	Quantitativa

Autor	Tipo	Área	Objetivo	Metodologia
COSTA et al, 2012	Artigo	Enfermagem	Conhecer e analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de um município da região Noroeste do Rio grande do Norte	Qualitativa
PINTO, MENEZES e VILLA, 2010	Artigo	Enfermagem	Analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Quantitativo
MARQUI et al, 2010	Artigo	Enfermagem	Conhecer as características das equipes da Estratégia de Saúde da Família de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, identificando suas dificuldades no processo de trabalho	Qualitativa
MARCHON e CUNHA, 2008	Artigo	Saúde Coletiva	Identificar as principais barreiras sociodemográficas, infra-estrutura e comportamentais , apontadas pelos profissionais de saúde do PSF do município de Araruama.	Quantitativa
COSTA, 2012	Artigo	Odontologia	Conhecer a integração do cirurgião-dentista (CD) com os demais profissionais pertencentes à Estratégia Saúde da Família, bem como identificar o seu processo de trabalho dentro dessa equipe	Quantitativa
ROCHA e ARAÚJO, 2009	Artigo	Administração	Verificar as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal (ESBs) inseridas no Programa Saúde da Família (PSF).	Qualitativa
LOPES et al, 2011	Artigo	Enfermagem	Identificar as situações geradoras de prazer - sofrimento no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de um município do Rio Grande do Sul/Brasil.	Qualitativa
KESSLER e KRUG, 2012	Artigo	Enfermagem	Identificar situações causadoras de prazer e de sofrimento no trabalho da enfermagem de duas instituições de saúde, localizadas em área rural.	Qualitativa
VELLOSO, ARAÚJO e ALVES, 2012	Artigo	Enfermagem	Compreender como a violência social interfere no trabalho das equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte - MG.	Qualitativa

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho

Desses, 11 são frutos de pós-graduações em Enfermagem. A segunda maior área de concentração desses estudos é proveniente de programas de Saúde Pública e Saúde Coletiva, totalizando 8 produções. Estão também presentes produções nas áreas de Odontologia,

Administração, Terapia Ocupacional, Nutrição e Atenção à Saúde. Desse modo, não foi encontrada nenhuma produção vinda de pós-graduações de Psicologia, o que demonstra a originalidade da presente tese situada nesta área.

Algo que chama a atenção é que 19 produções tiveram seu trabalho de campo feito na região Sul/Sudeste. Somente 5 tiveram seu campo fora desta região: quatro no Nordeste (uma na Bahia e três no Rio Grande do Norte) e uma no Norte (Amazonas).

Quanto a metodologia, a grande maioria dos trabalhos (17) utilizou metodologia qualitativa como base, fazendo uso de técnicas como entrevistas semi-estruturadas, observações sistemáticas, grupo focal e análise documental.

A quantidade de participantes em cada pesquisa variou bastante. Nas pesquisas qualitativas, o número de profissionais que fizeram parte dos estudos vai do mínimo de 6 ao máximo de 24. Nas pesquisas quantitativas, o número mínimo é de 30 e o máximo encontrado está em 190 profissionais.

O que se pode perceber é que a escolha dos participantes dos estudos se divide entre: 1) Os que procuraram entrevistar membros de mais de uma categoria profissional, portanto, participavam enfermeiros, médicos, dentistas, agentes comunitários e técnicos; e 2) Os que buscavam analisar somente uma categoria profissional, tendo a categoria de enfermagem como a mais escolhida e a de agentes comunitários de saúde como a segunda maior. Somente Fonseca (2011) abordou unicamente a categoria médica.

Uma análise atenta aos objetivos dos estudos mostra um campo que tenta relacionar o trabalho com vários aspectos que vão desde a sua influência em vivências de prazer e de sofrimento a relações com autonomia, trabalho em equipe, comunicação, qualidade de vida, percepções de si, acolhimento, rotatividade, precariedade e diferentes tecnologias de cuidado.

4.1 Perspectivas sobre o trabalho nas equipes de saúde da família

É perceptível que os profissionais que fizeram parte do campo destes 24 estudos têm algumas características em comum. A maioria, independente de categoria profissional, é de mulheres, tal qual em De Marqui et al (2010), no qual 78,6% dos 126 trabalhadores e trabalhadoras que fizeram parte da pesquisa eram mulheres. Algo que também chama a atenção é

que, normalmente, boa parte dos profissionais que atuam nas equipes são recém-formados, como se pode ver em Lopes (2009), Silva (2011), Trindade (2011) e Almeida (2012).

Isso aponta para uma área da saúde que predomina a presença de trabalhadores com pouca experiência na atenção básica. Em muitos casos, trabalhar na atenção básica serve como uma espécie de "trabalho temporário" para fazer seu "pé de meia" e depois partir para uma residência em outra área de interesse. Como é o caso descrito por Fernandes et al. (2012) com trabalhadores da enfermagem no sul do Triângulo Mineiro. A Estratégia de Saúde da Família surge como uma oportunidade efetiva de trabalho para profissionais que acabaram de se formar em enfermagem. Os autores justificam que esse movimento talvez se dê pela atualização do currículo do curso de graduação de enfermagem, onde se incluíram as bases e princípios da Estratégia de Saúde da Família. Podemos também pensar que algumas políticas do próprio Ministério da Saúde, que na tentativa de atrair profissionais para trabalhar na atenção básica, área na qual poucos querem trabalhar, acabam incentivando a presença de trabalhadores recém-formados e com pouca experiência. Esta é uma das críticas feitas ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, o PROVAB, (BRASIL, 2011b), programa que tenta trazer profissionais para trabalhar na atenção básica de municípios com escassez desses profissionais e grande dificuldade de fixação dos mesmos. Médicos, dentistas e enfermeiros que participam do programa recebem um curso de especialização em Saúde da Família e pontos a mais em provas de residência. Críticas tem sido feitas ao PROVAB por estar atraindo trabalhadores com pouca experiência para a atenção básica e não fixarem profissionais nos municípios (FONTENELLE, 2012).

No entanto, não há como negar a necessidade de aproximar profissionais da saúde para trabalhar em regiões mais remotas do país. Inclusive, por conta desta necessidade, o Governo Federal criou o programa Mais Médicos¹¹ em 2013. A carência desse profissional é um intenso problema no Sistema Único de Saúde. A desigualdade da sua distribuição, onde a maioria deles estão nas grandes cidades, deixando as zonas rurais abandonadas (OLIVEIRA et al, 2015), faz com que este tipo de iniciativa seja quase que fundamental a curto prazo. No entanto, é necessário pensar em outras políticas, pois precisamos também de Mais Enfermeiros, Mais Agentes Comunitários de Saúde, Mais Dentistas, Mais Psicólogos...

¹¹ Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>.

O conhecimento do território em que atuam é considerado como um aspecto positivo para 83,2% dos profissionais das equipes do estudo de Pinto, Menezes e Vila (2010). Nesta publicação, 93,2% dos participantes consideram importante a presença de trabalhadores com perfil para o trabalho em saúde coletiva. Da mesma forma, aqui percebe-se que, dos profissionais que trabalham exclusivamente na Equipe de Saúde na Família, 74% são agentes comunitários de saúde.

4.2 Rotatividade, infraestrutura e demanda por atendimento

De maneira geral, há três problemas que aparecem no trabalho dos profissionais dos estudos analisados: a alta rotatividade, a falta de infraestrutura adequada e a grande demanda por atendimento. Outros também são citados. Os mencionarei mais à frente.

A rotatividade é bem marcante nas equipes e bastante prejudicial a algo fundamental para a Estratégia de Saúde da Família que é o vínculo no cuidado. Como se propor a oferecer um cuidado mais próximo e por um longo tempo se a troca de profissionais é constante? Algo que contribui para esta rotatividade e que se observa em grande parte dos estudos é a alta presença de contratos precários de trabalho. A fragilidade dos direitos trabalhistas, que vem de contratos muitas vezes somente verbais, parece ter influência nas constantes mudanças de membros das equipes. Ela faz com que vários profissionais busquem outros empregos atrás de mais segurança. Por exemplo, em Costa et al. (2012b), 96,7% dos profissionais dentistas que trabalham na Estratégia de Saúde da Família e participaram do estudo possuem outros vínculos empregatícios, apesar de terem um contrato de 40 horas semanais de trabalho. Como a forma de contratação em muitos municípios é feita sem oferecer estabilidade, sem um processo seletivo transparente ou mesmo concurso público, há uma busca por outros empregos como forma de complementar o salário. Essa instabilidade das relações de trabalho "pode resultar numa série de contratemplos, tais como: falta de compromisso com o serviço, baixa qualidade dos serviços ofertados, práticas clientelistas, desmotivação, falta de responsabilidade na execução das atividades, entre outras" (COSTA et al, 2012b, p. 151).

Fernandes et al. (2012) descrevem que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família deste estudo que possuíam cargos comissionados ou em regime de contrato por tempo indeterminado apresentavam uma menor qualidade de vida em relação aos celetistas e

concurados. Os autores sugerem que as crenças que estes profissionais têm sobre o sentido de suas próprias vidas possivelmente estão prejudicadas pela insegurança e um frágil ou nenhum sentimento de pertencimento causado por um vínculo empregatício sem estabilidade. Esta instabilidade dificultaria os profissionais a estruturar de maneira mais sólida as suas vidas a longo prazo. Um estudo que destoa um pouco destes dados é o de Kessler e Krug (2012). Nele, enfermeiros(as) que fizeram parte da pesquisa, tanto da atenção hospitalar quanto da atenção básica, possuíam apenas um vínculo empregatício.

Outra maneira muito comum de se contratar profissionais nas Estratégias de Saúde da Família é por meio de indicações político-partidárias, como aparece em De Marqui et al. (2010), principalmente em municípios com poucos habitantes. Isso pode contribuir para a inserção de profissionais despreparados para o trabalho na atenção básica e na proposta de cuidado da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, com a constante troca de gestão que comumente acontecem durante mandatos, acrescenta-se aí mais um aspecto que contribui para a insegurança dos contratos de trabalho, pois a mudança de gestores e governantes em grande parte resulta em perda de emprego para os profissionais contratados por indicações políticas. Dialogando com alguns gestores da saúde do estado do Pará, percebi o quanto a mudança de secretários de saúde nos municípios do estado é comum. Em meu trabalho, para poder realizar as avaliações das equipes de saúde da família nos municípios, era necessário ter o nome e o contato dos secretários das cidades que iríamos visitar. A lista com esses contatos muda tão rápido que chega a causar risos nos próprios gestores. Comentam ao nos dar acesso a ela: “Talvez já esteja desatualizada”. Não vamos longe, no município de Belém, só em 2014, houve quatro mudanças de secretários de saúde.

A falta de infraestrutura adequada ainda é um problema recorrente em todas as pesquisas analisadas. Como, por exemplo, em Marchon e Cunha (2008), os trabalhadores de Araruama (no estado do Rio de Janeiro) participantes da pesquisa se queixam da localização das unidades, da estrutura física, da falta de recursos para a manutenção da mesma, da falta de insumos e instrumentais para o desenvolvimento das atividades. Eles consideram que o maior entrave para alcançar uma infraestrutura adequada para o trabalho é a falta de recursos financeiros para a saúde. Em De Marqui et al. (2010), os profissionais das equipes mencionam a falta de medicamentos, de materiais curativos, de limpeza e a ausência de transporte para levar os profissionais para visitas domiciliares. A situação se dificulta mais ainda quando estes domicílios

ficam em zonas rurais. Pinto, Menezes e Vila (2010) relatam que 86,8% dos profissionais estudados dizem enfrentar indisponibilidade de equipamentos e instrumentos de trabalho.

A grande demanda por atendimento nas unidades também é um fator comum. Em Costa et al. (2012a), 40,5% dos profissionais que participaram da pesquisa do município de Ceará-Mirim, interior do Rio Grande do Norte, relatam o excessivo número de famílias acompanhadas pelas equipes. Pinto, Menezes e Vila (2010) apresentam o mesmo número (40,5%) de participantes da pesquisa que relatam o excessivo número de famílias acompanhadas por equipe como uma dificuldade.

Isto é um entrave para o desenvolvimento do cuidado em saúde. Exacerbados de trabalho devido à imensa procura de usuários, os profissionais acabam não conseguindo realizar um cuidado integral. Sendo assim, seu trabalho envolverá somente um cuidado quando aparece a doença, tropeçando nestas barreiras quando é preciso atuar forma preventiva, antes que a enfermidade aconteça.

4.3 Outras exigências ao trabalho das equipes

Trindade (2011) e Fonseca (2011) apresentam a precariedade dos serviços de referência e contra referência com os demais níveis de atenção à saúde. Há falhas no serviço de referência e inclusive ausência da contra referência. Escrito de outra maneira, o usuário nem sempre consegue ser encaminhado para outros níveis de atenção e, quando consegue, fica sem o acompanhamento das equipes de saúde da família devido a falhas na comunicação e pela alta demanda de atendimentos que acaba dificultando este cuidado mais atento. Perde-se, então, a coordenação e a continuidade do cuidado.

Em Kessler e Krug (2012), os trabalhadores e trabalhadoras ressaltam a lentidão no fluxo do serviço como um fator de sofrimento. O que acontece é que há excesso de burocracia nas solicitações e encaminhamentos de exames e consultas especializadas. Os autores comentam que é preciso repensar a estrutura de atendimentos e também o fluxo das pessoas atendidas nas redes de serviços.

Dificuldades nos relacionamentos interpessoais dentro das equipes são comuns. É possível percebê-los em Colomé (2005), Jesus, (2006), Gonçalves (2009) e Gontijo (2012). Estes problemas ocorrem entre os profissionais, entre profissionais e usuários e aqueles e os familiares.

Aparecem disputas, individualismo, dificuldades da comunicação, pouco entrosamento e pouco compartilhamento dentro das mesmas redes de significado. Outra pesquisa em que estas questões ficam evidentes é em Costa et al. (2012b). Os autores descrevem especificamente sobre o trabalho em equipe desenvolvido por dentistas na Estratégia de Saúde da Família no interior do Rio Grande do Norte. Os cirurgiões-dentistas não trabalham de maneira integrada nas equipes. Não há uma regularidade ou mesmo sistematização deste trabalho em conjunto com outros profissionais, não fazendo parte então de seus processos de trabalho.

Alguns profissionais, como os agentes comunitários de saúde, vivenciam constrangimentos no trabalho devido morarem e trabalharem na mesma comunidade (JARDIM; LANCMAN, 2009; LOPES, 2009; LOPES et al, 2012). Jardim e Lancman (2009) relatam essas vivências dos agentes comunitários em um município do interior de São Paulo. Trabalhar e viver na mesma comunidade acaba levando estes trabalhadores e trabalhadoras a uma enorme exposição de suas vidas a ponto de muitas vezes não conseguirem ficar sem trabalhar em seu tempo de descanso. Os moradores, devido à grande proximidade com estes profissionais, acabam acessando-os em busca de atendimento a qualquer hora do dia e a qualquer dia da semana por saberem exatamente onde moram e inclusive se estão em casa ou não. Isto resulta em fonte de sofrimento para os agentes comunitários de saúde.

Perceber que muitos dos problemas das pessoas que são atendidas pelas equipes tem a ver com questões como condições precárias de moradia, saneamento e baixa renda, acaba gerando sofrimento também aos trabalhadores e trabalhadoras das equipes no estudo de Kessler e Krug (2012). Está longe do alcance destes(as) trabalhadores(as) atuar diretamente nestes problemas em sua atividade na atenção básica, apesar de seus trabalhos envolverem ações que abarcam diversos setores, inclusive o de saneamento, de assistência social, entre outros. Nem sempre esse tipo de ação integrada consegue se concretizar. Surge daí certo sentimento de impotência quando percebem que estas questões têm influência direta na saúde destes usuários e são a causa de diversos problemas de saúde que eles trazem até as unidades. Os autores comentam que o problema se agrava nas áreas rurais da localidade estudada (Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul). Possivelmente, os trabalhadores sentem-se "enxugando gelo" ao atuar somente nos sintomas e não diretamente em suas causas.

A falta de autonomia no trabalho é abordada por Ribeiro (2006), Almeida (2012) e Gontijo (2012). Há uma separação entre quem planeja e quem executa as atividades, culminando

em uma rigidez das normas e excessivas cobranças por resultados. Tudo isso tem um impacto negativo no trabalho das equipes. Elas se queixam "não ter voz" ao ficarem de fora das decisões políticas que afetam seu próprio trabalho. Nesses estudos, o gestor é visto como uma figura autoritária. Marciano (2013) identificou a presença de autonomia relacional nas relações entre os sujeitos da equipe, apesar destes não perceberem como tal. A Autonomia Relacional, segundo a autora é a possibilidade de vivenciar a autonomia por meio da relação entre os trabalhadores, usuários e gestores. Porém, é uma autonomia atravessada pela hierarquia, assim, a presença da autonomia de um sujeito enfraquece a de outro.

É possível perceber em Gonçalves (2009), Trindade (2011) e em Gontijo (2012) que os trabalhadores também se queixam da falta de políticas de progressão funcional. É algo que chega a ter relação direta com a qualidade de vida de alguns deles. Em especial, das enfermeiras de Uberaba-MG (GONTIJO, 2012).

Outros problemas que afetam diretamente os trabalhos das equipes são: a falta de reconhecimento no trabalho, tanto dos pares quanto dos chefes e gestores (GONÇALVES, 2009; LOPES, 2009; KESSLER, KRUG, 2012); o excesso de atividades burocráticas que precisam ser realizadas (GONÇALVES, 2009; ALMEIDA, 2012); a violência, levando a equipe a presenciar e até a sofrer agressões verbais e físicas (LOPES 2009; FONSECA, 2011; VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011; LOPES et al, 2012).

4.4 O prazer em trabalhar

Mas nem tudo é dificuldade. Há momentos prazerosos de se trabalhar em uma equipe de saúde da família. Isso aparece em vários dos trabalhos analisados. Trindade (2011) menciona o quanto os agentes comunitários de saúde se identificam com a proposta da Estratégia de Saúde da Família e a ideia de que ela pode levar a melhores resultados assistenciais e à satisfação das pessoas atendidas. Esta identificação, segundo a autora, contribui para a redução das cargas de trabalho. Outro exemplo da identificação com essa proposta de cuidado gerando prazer nos trabalhadores é descrito por Kessler e Krug (2012). Os trabalhadores deste estudo falam o quanto o acompanhamento da saúde durante um longo período da vida das pessoas atendidas é fonte de prazer no trabalho. Como exemplo, há um depoimento de uma enfermeira que conta o quanto se

sente bem em acompanhar uma mulher desde o início de uma gestação e depois acompanhando a saúde da criança já nascida.

Em Jardim e Lancman (2009), o fato do agente comunitário de saúde servir como via de acesso para o atendimento médico, que pode salvar uma vida e melhorar o estado de saúde de uma pessoa, acaba gerando status na comunidade: reconhecimento no trabalho. Isso também é mencionado como algo que produz prazer. Neste sentido, é possível citar Lopes et al. (2012) que realizaram estudo com agentes comunitários de saúde em um município do estado do Rio Grande do Sul. Os autores descrevem que os agentes vivenciam prazer no trabalho ao perceberem que a população atendida reconhece o seu trabalho, demonstrado por meio do afeto em palavras de agradecimento, abraços carinhosos e sorrisos.

Dentistas que fazem parte de equipes de saúde da família com saúde bucal do Distrito Sanitário Norte de Natal-RN relatam questões positivas em seu trabalho (ARAÚJO; ROCHA, 2009). A autonomia e poder de decisão que percebem em sua atividade são fatores que, segundo estes trabalhadores, dão mais agilidade e facilitam o desenvolvimento do cuidado. Destacam a boa integração entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família. Este trabalho integrado resulta em ações coletivas e multiprofissionais, algo que é de extrema importância e está de acordo com a proposta de cuidado da Estratégia de Saúde da Família.

O trabalho em equipe (LOPES, 2009; TRINDADE, 2011; LOPES et al, 2012), o atendimento agendado (TRINDADE, 2011), a atuação na saúde pública, os desafios do campo de atuação, a remuneração (FONSECA, 2011), a satisfação das necessidades de saúde do outro (LOPES, 2009; ALMEIDA, 2012; LOPES et al, 2012), o sentimento de ser útil e até a participação em eventos festivos no trabalho (LOPES, 2009; LOPES et al, 2012) podem ser citados como exemplos de aspectos que estão relacionados ao prazer em trabalhar em uma equipe de saúde da família.

Depois de percorrer todos estes estudos que abordam o trabalho nas equipes de saúde da família, pensando a partir do que está estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica e nas implicações deste trabalho para a saúde mental destes trabalhadores, algumas análises e questões vêm à baila.

Na primeira delas, os estudos demonstram que sem uma infraestrutura adequada é difícil operar as propostas da Estratégia de Saúde da Família, pois o planejamento e a execução do cuidado ficam comprometidos, além de descumprir o estabelecido pela Política Nacional de

Atenção Básica (2012). Ademais, a infraestrutura recai diretamente no trabalho da equipe. Ela faz parte das condições para que o trabalho aconteça. Igualmente, outra questão possui envolvimento: a saúde destes trabalhadores. Se pensarmos no que afirma Mendes, Borges e Ferreira (2002), as condições de trabalho podem transformar o ofício em algo difícil de lidar, que violenta o corpo e a saúde mental dos trabalhadores levando ao sofrimento. O trabalhador da atenção básica que se vê diante de uma situação onde precisa visitar um usuário em uma localidade distante, mas sem um automóvel próprio para fazê-lo, ou que recebe uma pessoa que precisa de determinada vacina em falta na unidade, trava um conflito entre sua subjetividade e as restrições das condições daquele trabalho. Restrições essas que acabam sendo um reflexo de questões como o baixo financiamento da saúde ou mesmo uma má gestão dos recursos públicos.

Outro ponto que pode influenciar negativamente na saúde destes trabalhadores é a elevada demanda espontânea. Por conta dela, o trabalho de prevenção, de promoção de saúde, de escuta qualificada e outras normas do trabalho prescrito dos profissionais das equipes são deixadas de lado para cobrir as necessidades imediatas dos usuários. Sim, a Política Nacional de Atenção Básica também estabelece que o atendimento à demanda espontânea faz parte do trabalho, mas é preciso que haja minimamente um cumprimento dos limites de pessoas a serem atendidas pelas equipes. Será que aquele teto de 4.500 pessoas por equipe está sendo cumprido? Esta meta é adequada a todas as dimensões do trabalho e respeita a variabilidade do território brasileiro, em especial, da Amazônia e da Região Norte? Ademais, o agendamento e o acolhimento por classificação de risco podem atenuar a situação? Um bom mapeamento dos principais problemas de saúde no território de atuação da equipe pode dar condições para a realização destas atividades de demanda agendada.

Este contexto possivelmente leva a Estratégia de Saúde da Família a voltar aos moldes do modelo biomédico de cuidado. Não só pela grande demanda de atendimentos, mas também, como nos mostra Almeida (2012), pela falta de perfil e preparo das equipes para atuação no novo modelo. A autora mostra que há pouco domínio dessa tecnologia por profissionais, usuários e gestores. Eles, embora assumissem a prevenção e promoção como finalidades do seu trabalho, se mostraram ainda "presos" a práticas assistencialistas.

Podemos pensar também nas implicações da alta rotatividade entre os trabalhadores das equipes. Como nos conta Heloani e Capitão (2003), em um contexto de tantas mudanças no trabalho, vive-se um momento de solidão. As pessoas passam boa parte da vida trabalhando, mas

sem conseguir estabelecer relações de companheirismo e amizade, pois os vínculos são passageiros, já que os laços são rompidos a todo momento. Sofre-se pelo desemprego, sofre-se pela perda, sofre-se pela solidão. Segundo os autores, fala-se em uma corrosão de caráter. Os trabalhadores e trabalhadoras pouco se interessam pelo significado do seu trabalho ou com a oportunidade de vivência coletiva. Há apenas um interesse por uma troca de valores, tal como em uma lógica de mercado. O preço do trabalho é julgado pelos outros.

Além destas questões, é possível pensar em como fica o vínculo entre a equipe e as pessoas atendidas. A atenção básica, sendo o nível da rede de atenção que visa o maior grau de descentralização e capilaridade, que busca se aproximar ao máximo de onde as pessoas residem, traz vários desafios para trabalhadores(as) e gestores(as) da saúde. Como conseguir atender a estas diretrizes que falam de um cuidado longitudinal e mais próximo se o problema da rotatividade é tão constante? Boa parte dos contratos de trabalho são precários, não dão segurança ao trabalhador da saúde, fazendo com que parte deles não se fixe onde começam a atuar e utilizem a atividade nas equipes como um trabalho temporário para conseguir dinheiro para pagar sua residência (no caso dos médicos) fora do estado.

E como operacionalizar uma rede que tem dificuldades de comunicação, na qual nem sempre há vagas nos serviços de outros níveis de atenção e o retorno do usuário aos níveis mais básicos de atendimento praticamente não acontece? De mesma forma, outras questões interferem no trabalho, como o excesso de atividades burocráticas, a violência e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais dentro e fora das equipes.

Discute-se na Psicodinâmica do Trabalho, que foi abordada com mais atenção na seção três, sobre a impossibilidade de executar perfeitamente todas as normas que são prescritas para os trabalhadores. Isto porque há diversas situações que acontecem durante este trabalho que fazem com que seja impossível realiza-lo exatamente como foi prescrito. Os exemplos disso no trabalho destas equipes são inúmeros, como estes que venho citando. Esta discrepância entre o trabalho prescrito e o real sempre ocorrerão, segundo Dejours (2004). Cabe ao pesquisador tentar entender como e o que os trabalhadores fazem para atuar diante dessas exigências. É isso que é o trabalhar. E esta é uma questão que fica depois deste levantamento: Qual o caminho que estes trabalhadores da atenção básica criam para percorrer entre o prescrito e o real?

Outro ponto que é preciso levar em consideração é o relato dos trabalhadores sobre a falta de autonomia e a falta de reconhecimento no trabalho. Estas são duas peças chave na saúde

mental dos trabalhadores. Para Mendes (2008), o prazer no trabalho tem relação com a liberdade de escolha. É poder dar a sua cara a seu trabalho: apropriar-se dele e montá-lo de acordo com suas necessidades e desejos. Uma organização de trabalho saudável é aquela que possibilita mais liberdade ao trabalhador, além de comportar relações socioprofissionais abertas, democráticas e justas, dando espaço para a vivência do prazer, do reconhecimento e, assim, transformando o sofrimento. Falar em prazer no trabalho é poder inovar, executar a tarefa de outras maneiras. É ter condições de interagir com os outros trabalhadores.

Os trabalhadores das pesquisas elencadas relataram os aspectos que os fazem sentir bem no trabalho: identificação com o modelo da Estratégia de Saúde da Família, o vínculo com a população, a atuação na saúde pública, os desafios do campo de atuação, a remuneração, a satisfação das necessidades de saúde do outro, a valorização e reconhecimento do trabalho pela comunidade e o carinho dos usuários. Estes sentimentos de prazer podem estar ajudando estes trabalhadores a manterem um equilíbrio mental, estabelecendo-se em uma normalidade e conseguindo evitar o adoecimento e a loucura desta forma. Por outro lado, a falta de autonomia que está presente na literatura sobre o trabalho das equipes já dá indícios de ser outro aspecto que pode estar transformando-o em algo nocivo à saúde mental destes trabalhadores e trabalhadoras.

Da mesma maneira, podemos lidar com a falta de reconhecimento, que para Dejours (2009) vai tanto de um reconhecimento entre trabalhadores(as) de diferentes graus hierárquicos (utilidade do que se faz), quanto o reconhecimento pelos pares (a beleza do que se faz). Para o autor, o(a) trabalhador(a) precisa ver seu trabalho sendo reconhecido, tanto por parceiros quanto por seus superiores. É no jogo do reconhecimento que está a capacidade de transformar o sofrimento em prazer. Sendo assim, este sinal de que o trabalho das equipes de saúde da família carece de reconhecimento já aponta também para danos à saúde mental.

Garantir o direito à saúde é um imenso desafio. Muitas experiências exitosas acontecem diariamente por todo o Brasil. Nas quais, profissionais conseguem exercer seu trabalho e produzir saúde à população mesmo diante das dificuldades. Penso que a importância de analisar e compartilhar estas experiências é cada vez maior. Apontar o que dificulta o trabalho é necessário, porém as estratégias para lidar com elas também são.

Ademais, pouco ainda foi produzido nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste sobre o tema abordado aqui. Futuros estudos precisam trilhar mais estes caminhos. Muito ainda pode ser explorado a partir do olhar da Psicodinâmica do Trabalho sobre o contexto das equipes de saúde

da família. Com sua concepção de trabalho como algo além do que uma relação de emprego ou salarial, que implica no trabalhar, ou seja, podemos ver quais são os gestos que esses trabalhadores utilizam, o que há de saber-fazer, como seus corpos estão engajados nesse trabalho, como sua inteligência é mobilizada, a sua capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações que aparecem no dia-a-dia.

Todos estes aspectos do trabalho das equipes percebidos por meio da literatura levantada podem ter estreita relação com a dinâmica da saúde mental destes trabalhadores e trabalhadoras. De tal forma, para dar continuidade a esta pesquisa, é necessário verificar estes aspectos no contexto de trabalho das equipes de saúde da família em Belém.

Adiante, as próximas seções deste texto irão abordar a parte metodológica desta pesquisa e a análise de informações das entrevistas coletivas e dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) sobre as condições e a organização do trabalho de equipes de saúde da família de Belém.

5 METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou metodologia qualitativa e quantitativa. Esta última foi empregada de maneira a complementar as informações obtidas por meio das técnicas qualitativas. A pesquisa qualitativa, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), é uma série de práticas materiais e interpretativas utilizadas para tornar o mundo visível. Tais práticas transformam as coisas que estão ao nosso redor dando a estas um conjunto de representações, como notas de campo, entrevistas, fotografias, gravações em áudio e vídeo, dentre outras. Por vir de uma tradição naturalista com forte influência da Etnologia e dos clássicos trabalhos de campo de Malinowski¹², o pesquisador qualitativo procura estudar as coisas onde elas acontecem, isto é, em seus “cenários naturais”. É o pesquisador capaz de improvisar diante das situações mais inusitadas de pesquisa, fazendo uso de diferentes estratégias, métodos ou materiais que estejam acessíveis durante o seu trabalho.

Neste caminho, a pesquisa qualitativa tem a diversidade como uma de suas principais características. Isto se deve ao fato de não privilegiar nenhuma prática metodológica em relação a outra (DENZIN; LINCOLN, 2006). Não há apenas uma teoria ou um paradigma que a represente. Temos uma grande quantidade de modos de operar a realidade que tomam métodos e estratégias de pesquisa qualitativa, como por exemplo, o construcionismo, o construtivismo, o marxismo, o feminismo etc. Segundo os autores,

a pesquisa qualitativa, enquanto conjunto de práticas, envolve, dentro de sua própria multiplicidade de histórias disciplinares, tensões e contradições constantes em torno do projeto propriamente dito, incluindo seus métodos e formas que suas descobertas e suas interpretações assumem. Esse campo estende-se entre todas as disciplinas humanas, atravessando-as, e em alguns casos inclui até mesmo as ciências físicas. Seus praticantes têm compromissos diversos com as sensibilidades modernas, pós-modernas e pós-experimentais e com as abordagens à pesquisa social que tais sensibilidades implicam (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 21).

Não há um conjunto de diferentes métodos ou práticas que seja inteiramente qualitativo. Podemos pensar nas já tradicionais análises de conteúdo, de discurso e de documento como áreas

¹² Aqui faço referência às experiências de campo de Malinowski dentre os anos de 1914 a 1918 em Nova Guiné e nas Ilhas Trobriand.

representativas da pesquisa qualitativa, porém as análises estatísticas, as tabelas, os gráficos e os números também estão na caixa de ferramentas daquele que pesquisa a qualidade das coisas.

Da mesma forma, segundo Denzin e Lincoln (2006), cabe aqui esclarecer que a palavra “qualitativa” implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são verificados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência. Este último seria o interesse principal da pesquisa quantitativa. Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a proximidade da relação entre o pesquisador e o que é estudado, as limitações situacionais que influenciam a investigação. Sendo assim, trabalhar com este tipo de pesquisa é abrir mão de estar “dentro de uma perspectiva positivista neutra e objetiva. A classe, a raça, o gênero e a etnicidade influenciam o processo de investigação fazendo da pesquisa um processo multicultural” (DENZIN; LINCOLN, 2016, p. 32).

Esta pesquisa se configura como qualitativa por uma de suas dimensões abarcar um trabalho interpretativo onde o interesse é no que os trabalhadores e trabalhadoras das equipes de saúde da família de Belém pensam e quais são seus sentimentos ao falar sobre o seu trabalho. Este tipo de pesquisa é singular, não generalizável, portanto, cabe em um aporte qualitativo. Assim como, em outra dimensão, abrange a pesquisa quantitativa por ter verificado a quantidade e a frequência de informações retiradas do banco do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade sobre as condições e a organização do trabalho, que serão detalhadas mais adiante.

Como aporte teórico, fez-se uso da Psicodinâmica do Trabalho. Segundo Heloani e Lancman (2004), ela utiliza um método específico que une intervenção à pesquisa. É norteadada pelos princípios da pesquisa-ação, mas, como há peculiaridades, Dejours (2009) a intitula como *Clínica do Trabalho*. Buscando desdobrar-se no campo da Saúde Mental e Trabalho, a Clínica do Trabalho se inicia em uma tarefa de campo e está constantemente retornando a ela. Sua ideia é intervir em situações concretas de trabalho, abarcar os processos psíquicos envolvidos e construir teorias e metodologias reproduzíveis em outros contextos. Devemos pensar esta disciplina, antes de tudo, como uma clínica.

5.1 Participantes

Fizeram parte deste estudo 21 trabalhadores e trabalhadoras de 4 equipes do Programa Saúde da Família localizadas no município de Belém do Pará. Os(as) participantes englobaram as mais diversas profissões que envolvem o fazer da equipe, tal como se pode observar na tabela 2:

Tabela 2 – Quantidade de profissionais que participaram das entrevistas coletivas de acordo com diferentes profissões

Profissão	Quantidade
Enfermeira	3
Médico	2
Técnico em enfermagem	2
Agente administrativo	1
Agente de portaria	1
Agente comunitários de saúde	9
Auxiliar de serviços gerais	1
Auxiliar de saúde bucal	1
Piloto de lancha	1
Total	21

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

As equipes foram nomeadas de acordo com expressões que ficaram marcantes durante a entrevista e demonstram as vivências de cada um daqueles coletivos. Desta forma, como tivemos uma das equipes trabalhando em uma ilha do município e atendendo a populações ribeirinhas, esta será identificada aqui como “Equipe Maré”, pois a organização do seu trabalho depende fundamentalmente da maré para poder acontecer. Outra equipe foi nomeada como “Equipe Vai Levando”, pois marcou na fala deste coletivo a maneira como lidam com o sofrimento que vem do trabalho, tal como canta Tom Jobim, “mesmo com toda a fama, com toda a brahma, com toda a cama, com toda a lama (...) a gente vai levando”. E a terceira e quarta equipes, que aqui as nomearei como uma só, pois trabalham na mesma unidade, atuam sempre juntas e quiseram fazer a entrevista juntas, ganhou o nome de “Equipe Corda Bamba”, pelo modo como se sentiam diante de todo seu contexto de trabalho, citando os músicos João Bosco e Aldir Blanc em *O bêbado e a equilibrista*: “Numa corda bamba de sombrinha, que em cada passo desta linha pode se machucar”.

5.2 Como foram escolhidas as equipes

A Secretaria Municipal de Saúde, durante a fase de aprovação da pesquisa em seu próprio comitê de ética, restringiu a minha escolha de equipes pedindo-me para escolher três bairros, não sei porque motivo. Frustrou meu planejamento de conseguir uma autorização para visitar

qualquer equipe da cidade. A Psicotécnica do Trabalho, como mencionado na seção três, já havia nos alertado muito antes de Dejours que uma coisa é o que planejamos e outra é o que acontece quando se trabalha. As equipes participantes são de bairros diferentes.

As escolhas das equipes foram sendo feitas por meio de indicações de amigos que possuem trabalhos em algumas delas ou que conhecem profissionais destas equipes. Assim, as escolhas finais se deram de acordo com a disponibilidade e interesse dos profissionais em fazer parte da investigação. O número final de 21 participantes foi definido por meio de amostragem por saturação: o número foi fechado no decorrer das entrevistas quando o material coletado se mostrou abrangente o suficiente para dar conta dos objetivos. A demanda partiu inicialmente do pesquisador, mas foi acolhida por todas as equipes participantes.

5.3 Como foram feitos os contatos com as equipes

Depois de indicações feitas por alguns contatos do pesquisador, as primeiras conversas aconteceram por telefone celular. Por meio dele, se explicou de maneira breve os objetivos da pesquisa para que os profissionais pudessem avaliar se havia interesse de participação ou não. Cabe aqui ressaltar que os contatos foram feitos somente com os profissionais de nível universitário, no caso, duas enfermeiras e um médico, pois foram os números que me foram repassados. Somente em uma das equipes, a do médico, o contato não foi feito diretamente com a coordenadora da equipe (uma enfermeira), pois o contato principal da pessoa que me indicou era o profissional de medicina. Ressalto isso para mostrar mais adiante na seção que analisa a organização do trabalho das equipes o quanto o trabalho das enfermeiras é atravessado pela coordenação do coletivo. Quase tudo precisa passar primeiramente por elas. Até na equipe em que o primeiro contato foi com o médico, ele disse que precisaria conversar primeiro com a sua coordenadora.

Não houve tanta dificuldade em conseguir as equipes para participar da pesquisa. Sempre havia alguma indicação boa. Apesar disso, levei duas negativas de equipes, onde a coordenadora dizia para entrar em contato depois, e depois, e depois... Até que o tempo passava e o pesquisador desistia.

5.4 Procedimentos de coleta e análise da pesquisa qualitativa

Os procedimentos desta pesquisa foram uma adaptação à clínica do trabalho proposta por Dejours (2009). Tentou-se segui-la, mas respeitando o real do trabalho encontrado nesta pesquisa e nas condições em que ela foi realizada. Desta maneira, foram feitas entrevistas coletivas com as equipes, pois o foco desta pesquisa é nos coletivos de trabalho.

As pesquisas em psicodinâmica podem ser feitas basicamente de duas formas: entrevistas individuais e coletivas. Dejours e Abdoucheli (2009) comentam que a primeira, sozinha, mostra-se pouco suficiente aos objetivos desta disciplina por conta dos efeitos da transferência e os princípios de interpretação psicodinâmica. Os autores apontam que este tipo de entrevista conduz inevitavelmente a ressaltar aquilo que na ordem singular está ligado em parte ao passado do sujeito e à sua história familiar. Sendo assim, acaba não dando valor significativo à situação material, social e profissional do sujeito. A não ser quando ela traz à tona os impasses afetivos que marcam sua história de vida.

Por estes motivos, Dejours (2009) passa a utilizar as entrevistas coletivas para abarcar uma dimensão específica das pressões do trabalho, reunindo vários trabalhadores e trabalhadoras que participavam voluntariamente em um mesmo local de trabalho. Segundo o autor, este método mostrou que os(as) trabalhadores(as) em grupo eram capazes de reconstruir a lógica das pressões de trabalho que os(as) fazem sofrer e podiam fazer aparecer estratégias defensivas coletivamente formadas para combater os efeitos desestabilizadores e patogênicos do trabalho.

É fundamental observar as estratégias de ação utilizadas pelos trabalhadores para confrontar o real da organização do trabalho, pois este é o responsável pelo modo como essas estratégias são construídas e desenvolvidas. Como o foco da análise em Psicodinâmica do Trabalho é a organização do trabalho, é justamente a partir desta que se irá compreender como são produzidos os processos de subjetivação, as patologias e a saúde (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Sendo assim, o objetivo desta proposta metodológica é o de ouvir detalhadamente aquilo que os entrevistados têm a dizer em contexto e da forma mais livre possível.

A técnica de entrevista coletiva utilizada foi a de Mendes (2007), mesmo estando ciente que a autora já fez algumas mudanças (MENDES; ARAÚJO, 2012), porém o contexto encontrado nesta pesquisa se adaptou melhor ao da proposta anterior. A autora define entrevista como

uma técnica de coleta de dados, centrada na relação pesquisadores-pesquisados e na fala-escuta-fala dos conteúdos manifestos e latentes, sobre a organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento, as mediações, e os processos de subjetivação e de saúde-adoecimento (MENDES, 2007, p. 69).

As entrevistas foram conduzidas tomando por base a linguagem do sujeito e a utilização de técnicas como a associação livre, deflexão e estimulação (MENDES, 2007). Segundo a autora, a associação livre diz respeito a fazer emergir conteúdos ligados ao trabalho que não estão necessariamente conscientes. Já a deflexão remete a devolver para os entrevistados um conteúdo que foi dito por eles, da mesma forma que foi dito ou com alguma alternância. Isto serve para que os trabalhadores se escutem e tomem consciência de algo que falaram. E, por último, a estimulação, que corresponde a uma técnica de incentivo à fala dos entrevistados realizada ao dar sinais de que se está entendendo o que eles expressam e fazendo-os desenvolver mais sobre o tema.

Mendes (2007) recomenda para as entrevistas coletivas a participação de no mínimo três sujeitos e no máximo seis. No entanto, esses números foram estendidos, pois houve de 7 a 9 participantes em cada grupo, sem que se percebesse algum prejuízo à compreensão do coletivo.

A participação de todos foi estimulada ao tentar envolver aqueles que falavam menos, ouvindo as contradições que vinham dos discursos, sempre favorecendo a construção de uma fala coletiva sobre a realidade do trabalho deles. Consoante a isso, perguntou-se: “Alguém discorda?”; “E você, o que acha disso?”; “Vocês também pensam da mesma forma que o fulano?”.

Foram realizados dois encontros, um para a coleta de dados e outro para a devolutiva e validação. Neste segundo encontro, o pesquisador preparou uma apresentação dos dados (Apêndice A) e suas interpretações para os trabalhadores, servindo de estímulo para a construção de novos discursos. Ao final, pediu-se aos trabalhadores e trabalhadoras que realizassem uma lista de pontos que pudessem ser mudados no trabalho. Esta lista será apresentada pelo pesquisador à gestão municipal como maneira de dar uma contribuição à melhora das condições e da organização do trabalho das equipes de saúde da família de Belém.

5.4.1 O roteiro de entrevista

O roteiro (Apêndice B) foi construído de acordo com os objetivos desta pesquisa e com base em quatro temas, tal como está em Mendes (2007): 1) Contexto do trabalho, que se refere a organização do trabalho, condições e relações socioprofissionais; 2) Sentimentos no trabalho, abordando vivências de prazer e sofrimento; 3) Os modos de enfrentamento da organização do trabalho, verificando as estratégias de mediação para enfrentar, superar e transformar o sofrimento; 4) As patologias sociais ocasionadas pela organização do trabalho, ressaltando questões sobre saúde/adoecimento, além de outros objetivos como o reconhecimento.

Verificou-se que o roteiro era bastante amplo e, para tornar a entrevista mais dinâmica, nem todos os pontos escritos nele foram mencionados aos trabalhadores e trabalhadoras. Até porque, no decorrer das falas, vários foram sendo contemplados em perguntas anteriores. Isto tornou a entrevista mais fluida e respeitosa ao movimento dos próprios trabalhadores e trabalhadoras.

5.4.2 O local das entrevistas

As entrevistas foram todas realizadas nos locais de trabalho das equipes. Ter feito isso contribuiu bastante para o entendimento do contexto de trabalho, pois foi possível observar a estrutura que abriga as equipes e a localidade em que estão inseridas, todas elas na periferia da cidade.

5.4.3 A transcrição das entrevistas

O próprio pesquisador transcreveu o áudio das entrevistas. Alicerçou-se no que Bourdieu (2012) diz sobre o processo de transcrição. Para ele, “a transcrição literal já é uma verdadeira tradução e até uma interpretação” (BOURDIEU, 2012, p. 709). O material da transcrição não foi visto como algo que fala por si só. Eu, como autor da transcrição, produzi um discurso. Na medida em que passei o áudio para a escrita, não se estava apenas escrevendo, estava reescrevendo, criando algo em cima do que já foi criado.

Foi feito um esforço de tentar ser fiel a tudo que se manifestou durante a entrevista, em outras palavras, não somente o que estava registrado no gravador. Muitas coisas se perdem quando o registro é feito somente em áudio e depois transformado para a escrita: a voz, a

pronúncia, as entonações, os ritmos da fala, os silêncios, os movimentos do corpo, as caras e bocas etc. O fato de ter transcrito me possibilitou lembrar de muitos momentos e ser mais sensível a diversas informações que alguém que não esteve na entrevista poderia deixar passar. Procurei não ignorar que nosso ponto de vista sobre o que o outro expressou é sempre um ponto de vista sobre um ponto de vista, como observa Bourdieu (2012). Portanto, não há outro jeito de produzir novamente o que já foi dito pelos entrevistados que não seja pela nossa própria maneira de ver aquilo. Não há como escapar da nossa maneira de ver o mundo. Ela estará sempre naquilo que escrevemos.

5.4.4 A análise do material das entrevistas

Como técnica de análise do material das entrevistas, foi utilizada a Análise de Núcleo de Sentido (ANS) proposta por Mendes (2007). A autora, baseando-se na análise de conteúdo de Bardin, constrói uma técnica de análise de textos produzidos pela comunicação oral ou escrita. Consiste de um “desmembramento do texto em unidades, em núcleos de sentido formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressalentes do discurso” (MENDES, 2007, p. 72).

Para tal, foram realizados alguns passos ordenados no sentido de definir critérios para a análise. Primeiro foi feita uma leitura geral das entrevistas, destacando e agrupando as falas que se mostram dentro de núcleos de sentido. Um núcleo de sentido surge na medida em que determinado tema se repete, fortalecendo-se cada vez mais de acordo com sua recorrência. Foi levado em conta, de acordo com a técnica, as redes de significados que emergiram no conteúdo dos núcleos, por meio de aspectos particulares da linguagem tais como conjunções, paradoxos, metáforas, chistes, entre outras, que deram consistência ao núcleo de sentido, fazendo parte dele.

5.4.5 Cuidados éticos na entrevista

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará através do parecer nº 1.566.274 (Anexo A). Cada participante desta pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Apêndice C), conforme resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Não houve nenhuma ocorrência de situação adversa grave. As informações obtidas foram utilizadas somente para esta pesquisa.

Por tratar de situações delicadas do cotidiano do trabalho e que muitos preferem não comentar, houve o cuidado de tentar estabelecer um vínculo de confiança com trabalhadores e trabalhadoras. Atitudes de acolhimento do entrevistador que permitam a fala livre dos participantes, dando a eles o controle da entrevista, mas tendo o cuidado de direcionar as falas por meio de perguntas iniciais de um roteiro semiestruturado, foram estimuladas. Tentou-se proximidade com o que Pierre Bourdieu (2012) escreve sobre uma comunicação “não violenta”. Ela é uma tentativa de reduzir ao máximo a violência simbólica que se pode exercer na relação que acontece entre o pesquisador e a pessoa que está sendo entrevistada. Esse esforço diz respeito à

disponibilidade total em relação à pessoa interrogada, a submissão à singularidade de sua história particular que pode conduzir, por uma espécie de mimetismo mais ou menos controlado, a adotar sua linguagem e a entrar em seus pontos de vistas, em seus sentimentos, em seus pensamentos, com a construção metódica, forte, do conhecimento das condições objetivas, comuns a toda uma categoria (BOURDIEU, 2012, p. 695).

Todas as entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes. Antes, foi esclarecido que o áudio da gravação é somente para auxiliar nas análises das falas. Em momento algum, essas gravações foram ou serão disponibilizadas, sendo resguardadas por fins éticos e respeito à integridade dos participantes.

5.5 Procedimentos e análise da pesquisa quantitativa

Para realização desta pesquisa, de maneira a complementar a informações qualitativas, foram utilizados registros do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Este programa foi criado em 2011 por meio da Portaria nº 1.654 GM/MS e faz parte de um plano do Ministério da Saúde de acompanhar e avaliar os profissionais que fazem parte da equipe de saúde da atenção básica. Ele avalia tanto os profissionais quanto a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. Sendo assim, foi fonte de grande relevância para

esta pesquisa, na medida em que as informações que foram construídas dizem respeito às condições e organização do trabalho das equipes de todo o Brasil.

Até o momento, foram realizados dois ciclos do programa (2011/2012 e 2013/2014) e o terceiro está acontecendo no ano de 2018. Como mencionei anteriormente, eu faço parte do grupo da Universidade Federal do Pará que organiza esta avaliação no estado do Pará desde 2013. Cheguei a acompanhar o final no primeiro ciclo e o segundo ciclo inteiro. Para esta pesquisa, irei utilizar as informações obtidas no segundo ciclo do programa, por serem as mais recentes e que atingiram a maior quantidade de equipes até o momento. No Pará, neste segundo ciclo, as equipes de avaliadores visitaram 128 municípios, que equivale à 89% do estado. O programa conseguiu avaliar 795 equipes de saúde da família, incluindo unidades que contem equipes de saúde bucal em sua estrutura. Deste número de 795 equipes, 508 delas possuem equipes de saúde bucal que foram avaliadas e, além delas, também foram avaliados os Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF), alcançando 39 deles.

As universidades federais ficaram responsáveis pela avaliação das equipes de saúde da família. Por conta disso, elas possuem acesso ao banco de informações geradas pelo programa. Por fazer parte da equipe da Universidade Federal do Pará, tive acesso livre a todo o banco. Nele, percebo que há uma diferença entre o número de equipe que avaliamos e o número que foi consolidado ao final no Pará. Há informações completas a respeito de 776 equipes (19 a menos). Essa diferença talvez se dê por conta de erros na hora do preenchimento dos questionários ou mesmo problemas na validação das informações registradas pelos avaliadores. Porém, essa redução não altera a amplitude que a avaliação conseguiu alcançar. Para se ter uma ideia, segundo informações da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, no ano 2017, havia 1296 equipes de saúde da família no estado do Pará. Isto equivale a uma cobertura de um pouco mais da metade (51,93%) da população do estado, precisamente 4 milhões e 261 mil pessoas. Sendo assim, a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica conseguiu chegar à 59% do número de equipes existentes no estado e à 71% das equipes da capital, o que demonstra uma riqueza em informações sobre boa parte da atenção básica do Pará. Assim, foram analisados os dados de 776 equipes do Pará e de 69 equipes de Belém.

Este banco de dados encontra-se em um formato de planilha eletrônica do software Microsoft Office Excel. A partir dele, foi realizada uma filtragem das informações de dois

módulos: 1) Observação da Unidade; e 2) Entrevista com profissional. Foram selecionados os registros que se referem às condições de trabalho destas equipes, tais como: os agentes contratantes dos profissionais da equipe (administração direta, empresa, cooperativas, organização, não-governamental etc.), tipo de vínculo (se servidor público estatutário, cargo comissionado, CLT, entre outros), como foi a forma de ingressar na equipe (concurso público, seleção pública, indicação, outra forma), se há plano de carreira, se a equipe planeja suas ações periodicamente, se recebe apoio de outros profissionais, a quantidade de cada profissional na unidade de saúde, a presença de determinados ambientes na unidade (banheiro para funcionários e usuários, sala de espera e sala de recepção, sala de acolhimento, sala de vacina etc.) e diversos outros itens que podem ser mais bem detalhados no Anexo B.

Depois de selecionadas as informações, cada um destes registros foi transferido para o *software IBM SPSS Statistics 20*. Nele, realizou-se uma Estatística Descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas destes valores. A análise destes dados será apresentada nas seções a seguir.

6 ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELÉM

Nesta seção, serão descritas e analisadas as condições de trabalho das equipes de saúde da família que participaram do estudo. Entende-se por condições de trabalho o ambiente físico, o ambiente químico, o ambiente biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do local de trabalho (DEJOURS, 1992). Faz parte dos objetivos perceber quais aspectos das condições de trabalho podem ser relacionados com vivências de prazer e de sofrimento. Sendo assim, na medida em que as condições forem sendo descritas, serão apontadas as vivências relatadas pelos participantes.

6.1 O ambiente físico

Dentre os aspectos do trabalho das equipes que mais possuem relação com as vivências de sofrimento, a estrutura da unidade de saúde certamente foi o que mais se destacou. Antes de aponta-las, é preciso ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (2012) afirma que a toda Unidade Básica de Saúde que servirá de abrigo às equipes precisa oferecer uma estrutura mínima para o trabalho. Isso significa ter pelo menos um consultório médico e um de enfermagem, uma área que funcione como sala de recepção, um local para guardar arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários (para os trabalhadores e para a população atendida). Ademais, equipamentos e materiais utilizados como ferramenta de trabalho precisam estar disponíveis de acordo com cada atividade desenvolvida, tendo seus estoques regularmente sob manutenção.

Sendo assim, as diversas falas colhidas demonstram a falta de uma estrutura adequada para a execução do trabalho. Durante as visitas que fiz a duas das equipes participantes, Corda Bamba e Vai Levando, tive dificuldade em encontrá-las. Nas duas situações, passei em frente ao local em que ficavam as equipes e não identifiquei como uma unidade de saúde. Não havia nenhuma placa ou mesmo algo escrito na parede. Pareciam casas residenciais como qualquer outra da rua. Depois, entendi o motivo. Elas eram, de fato, residências que foram alugadas pela prefeitura e hoje abrigam estas equipes. Pela parte interior, foram adaptadas pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras. É importante enfatizar isso, pois foram eles e elas que transformaram a residência num local o máximo possível adequado para se exercer o trabalho de

uma equipe de saúde na família. O apoio da gestão municipal foi praticamente inexistente, segundo os participantes. A estrutura está distante de ser adequada para o trabalho, tal como nos conta um dos médicos:

É uma casa adaptada. Pode ver que têm muitos problemas. Quando chove, infiltra. Não tem uma portaria. Aquela outra unidade (ele menciona uma unidade nova que foi entregue e possui uma estrutura mais adequada às normativas do Ministério da Saúde) tem uma portaria que abre 8h e fecha 17h, que é como devia funcionar. Não fechar pra nada. Mas não tem uma estrutura completa para que isso fique aberto e fique funcionando (Médico – Equipe Vai Levando).

A farmácia das unidades é “um dilema crônico”, segundo a enfermeira da equipe Vai Levando. Na sua unidade, a farmácia não fica em um ambiente adequado para a conservação dos medicamentos. Segundo as equipes, é preciso ter um local refrigerado e com iluminação específica. Na equipe Corda Bamba, contam que sequer existe farmácia na unidade, assim como não há sala de vacina, sala de curativos e material para curativos. “A gente vai fazendo e improvisando do jeito que dá”, comenta a enfermeira.

As trabalhadoras e trabalhadores precisam dar um jeito, isso é o “trabalhar” que Dejours (2011) nos apresenta. Por meio de suas mobilizações subjetivas, o jeito que encontraram é não solicitar remédios para unidade porque eles não terão efeito, já que, quando tem farmácia, o ambiente não é adequado e poderia estragá-los. Outra sabedoria construída na prática diante do real do trabalho é documentar o acontecido e encaminhar para a gestão municipal solicitando alguma providência, algo que, segundo todas as equipes, raramente surte efeito positivo. Isso tem implicação na relação da equipe com os usuários. Estes acreditam que a equipe possui medicamento, mas, por algum motivo, não querem dá-lo para quem é atendido. Uma incompreensão que contribui para o aumento do sofrimento da equipe. Abordarei mais detalhadamente a relação das equipes com os usuários na próxima seção que tratará da organização do trabalho.

Mais detalhes das condições de trabalho também são mencionados pelos trabalhadores e trabalhadoras que atuam na recepção dos usuários da equipe. Uma das agentes administrativas comenta de situações anteriores quando a equipe sequer possuía cadeira para sentar. As que tinham foram doadas pela população e muitas precisavam ser amarradas com fio de energia para terem utilidade por estarem quebradas. O médico não possuía mesa para trabalhar. Não havia armário para a equipe armazenar os prontuários dos usuários. Estes eram colocados em caixas.

Essa situação foi vivenciada a cerca de um ano atrás, em 2016, pela equipe Vai Levando. Hoje, vários materiais que precisavam já estão na unidade, no entanto, a manutenção deles fica a cargo dos próprios profissionais como, por exemplo, a troca das lâmpadas e o conserto dos aparelhos de ar-condicionado, ventiladores, etc. Esta equipe sequer possui telefone. Quando precisam fazer ligações para a central em busca de consultas especializadas, o fazem utilizando seus celulares pessoais. “Quando a ACS (Agente Comunitária de Saúde) tem crédito, vai o dela. Quando eu tenho crédito, vai o meu. Mas o da enfermeira, porque ela é enfermeira, a gente tem que gastar mais o dela”, comenta jocosamente a agente administrativa, terminando sua fala dizendo, “Cada um por si. Deus por todos”. Essa expressão popular demonstra o quanto se sentem isolados e uma defesa contra o sofrimento. Estão isolados do poder público. Podem contar apenas consigo mesmos. Se não fizerem algo, nada será feito. “Apenas Deus” estaria ali para os ajudar, para acolhe-los neste profundo sentimento de desamparo.

É exatamente isso que Freud (1927/2010) escreveu. A nossa busca por deuses se dá pela condição de desamparo que nos encontramos e de anseio por um pai. Eles nos acolheriam em nosso pavor pelos eventos da natureza, nos reconciliaríamos com o doloroso destino e nos trariam conforto diante do sofrimento experimentado na vida social. A religião dá forças a estes trabalhadores e trabalhadoras, servindo como um guia em situações de sofrimento no trabalho.

As equipes Vai Levando e Corda Bamba estão trabalhando sob condições bastante semelhantes. As duas possuem histórias que se convergem pela quantidade de materiais de trabalho que tiveram de comprar utilizando os recursos financeiros dos próprios trabalhadores e por atuarem em uma casa alugada sem qualquer adaptação para um local onde deve operar um serviço de saúde. Coisas como xerox de requisição de exames, reprodução de cartões de agendamento de consultas e de diversos outros documentos não são custeados pelo município. Conseguem parcerias com pessoas da comunidade para adquirir a impressão por um preço mais baixo, valor esse que precisa ser pago de seus próprios bolsos. Não fazer isso implica em conflitos com a comunidade, pois esta julga que as equipes não querem trabalhar, como comentou a enfermeira da equipe Corda Bamba em uma fala que me deu a ideia para o nome fictício do grupo nesta pesquisa:

E se tu por exemplo... Falta requisição de exame. Aí, não tem. Não tem? Não tem. Aí, se a gente não manda tirar xerox pra fazer o atendimento e, de repente, suspende o atendimento por causa disso, aquela equipe é vista como que não presta, não tá fazendo o trabalho direito, não tá trabalhando. Então, a gente tem que dar um jeito. É aquilo que

tu tá falando. Às vezes, a gente paga pra trabalhar porque a gente vive naquela corda que eu te falei, na corda bamba (Enfermeira – Equipe Corda Bamba).

Apesar das dificuldades, a capacidade desta equipe de criar maneiras de conduzir o trabalho, mesmo diante destas dificuldades, recebe uma espécie de reconhecimento pela gestão. Isso é perceptível quando as trabalhadoras comentam que a equipe sempre é indicada como um local para que estudantes façam pesquisas, estágios ou acompanhamento de ações realizadas por elas. O trabalho que fazem com idosos e com grávidas chega a ser documentado pela gestão, ao pedir fotos da atividade. É um julgamento feito pela utilidade do trabalho e um reconhecimento de constatação, aquele que afirma a contribuição dos trabalhadores na construção da organização do trabalho (DEJOURS, 2011). No entanto, algo que incomoda os trabalhadores e as trabalhadoras é perceberem que estas fotos estão sendo usadas para promover a gestão da saúde do município. Isso causa lhes causa revolta por estarem em intensa mobilização de seus corpos neste trabalho, sem apoio da gestão, para que depois esta venha explorá-los utilizando o que vem construindo como autopromoção aos olhos da população.

6.2.1 O ambiente físico da equipe ribeirinha

A equipe Maré tem condições de trabalho bem peculiares que são as de funcionar em uma localidade onde só se chega pelo rio. A unidade deveria ter lanchas ou barcos para fazer a travessia dos profissionais e para que possam fazer as visitas domiciliares, já que atendem uma população ribeirinha que só se tem acesso também pelo rio. Contudo, quando visitei a unidade, a equipe estava sem qualquer transporte fluvial. A lancha que havia para fazer a travessia dos profissionais teve um problema mecânico e o conserto ficou a cargo da gestão municipal. Seguindo o movimento que tem sido descrito pelas outras equipes entrevistadas, não havia qualquer previsão de quando a gestão iria fazer o conserto da lancha, deixando a equipe há mais de um mês sem transporte próprio para levar profissionais até a unidade. A alternativa que encontraram para não interromper completamente o serviço da equipe foi a de contar com a solidariedade da comunidade. Várias pessoas desta localidade possuem barcos e trabalham fazendo transporte de passageiros. Alguns destes firmaram acordo com a equipe de fazer o seu transporte até a unidade, mas somente durante três dias por semana. Sendo assim, a equipe estava ficando dois dias sem ter como ir à unidade, deixando-a fechada e sem atendimento para a

população. Isso gerou diversos conflitos com os usuários e muitas vivências de sofrimento psíquico dos trabalhadores. O médico da equipe deu mais detalhes:

Quando a gente fica sem trabalhar e fica em casa, porque eu não posso trabalhar em outro local no horário, eu mesmo já me sinto triste. Eu fico angustiada de ter que estar em casa sem ter que fazer nada, embora esteja me preparando pra concurso público. Isso me angustia porque eu não gosto de estar parado. Cria uma imagem ruim da gente pra comunidade porque às vezes a comunidade acha que a gente não quer vir. E não é! Porque, na verdade, a gente não tem infraestrutura adequada. Então, isso é um transtorno muito grande (Médico da equipe Maré).

No mesmo sentido, a enfermeira também relatou seus sentimentos, “Me sinto angustiada. Me sinto triste por não poder cumprir com aquilo que a gente se programa, que a gente se planeja”. O real do trabalho¹³ resiste ao planejamento prévio, às nossas tentativas de aprisioná-lo em nossas prescrições. Sem o transporte pelo rio, não há como a equipe se deslocar. Sem ter como se deslocar, não há como fazer as visitas domiciliares e operacionalizar os programas da Estratégia Saúde da Família. A forma de resistir a este sofrimento, que é contar com a solidariedade da população, não é uma solução duradoura, até porque não é o papel da comunidade fornecer o meio de transporte para os profissionais e, sim, da gestão do município. Além do que, os usuários que oferecem serviços de transporte pelo rio dependem disso para o seu sustento, normalmente cobrando pelo uso dos barcos e lanchas. Não há um transporte público na região que faça a travessia até a localidade.

Apesar da solidariedade da população, muitos não conseguem entender a situação que a equipe passa. Deste modo, acabam cobrando dos trabalhadores que encontrem um jeito para chegar até a unidade e fazer as visitas às casas dos usuários, exigindo que tirem o valor deste transporte de seus vencimentos mensais. Este último é algo que a equipe se recusa a fazer. A enfermeira chegou a mencionar que em ocasiões anteriores já financiou o transporte dos trabalhadores até a casa de cada usuário para que conseguissem realizar uma campanha de vacinação. Cabe aqui ressaltar que o profissional que parece ser mais prejudicado com a falta de transporte é o agente comunitário de saúde. Nas outras equipes pesquisadas, os agentes fazem a

¹³ Para Dejours (2004), o conceito de “real do trabalho” diz respeito àquele mundo que aparece para trabalhadores e trabalhadoras resistindo aos seus procedimentos, às suas inteligências, às suas técnicas, aos seus conhecimentos, etc. Ele expõe o sujeito ao fracasso produzindo neste um sentimento de impotência, irritação, decepção e desânimo, ou seja, se manifesta afetivamente.

pé a visita aos usuários. Na equipe Maré, isso não é possível. Se não há um meio de transporte fluvial para levá-los, não tem como fazer o seu trabalho.

Os problemas com a infraestrutura ultrapassam a questão do transporte sob o rio, chegando a outro contexto da localidade em que a equipe está inserida. A água que abastece a comunidade não é tratada e os profissionais têm receio de fazer sua alimentação diária com as refeições feitas pela população local. Como conhecem as condições de vida das famílias que moram ali, sabem que eles não possuem uma água de boa qualidade para cozinhar e fazer a limpeza dos alimentos. Desta forma, evitam comprar as refeições fornecidas pela população local para que não venham a adoecer devido ao consumo destes alimentos. Isso faz com que tenham de trazer comida de suas próprias casas para poder se alimentar no local. Alguns trazem somente frutas ou pequenos lanches para driblar a fome até conseguirem chegar em casa para almoçar depois do expediente. Para se ter uma ideia, contando o tempo que passam na unidade com o tempo de travessia e a distância do deslocamento até suas casas, os que moram em bairros mais distantes conseguem almoçar somente às 17h ou 18h. A água que possuem para beber é fornecida pela gestão municipal. Esta leva garrações com água mineral constantemente para a unidade, mas, quando há problemas nesse abastecimento, algo que é constante, ficam sem ter água tratada para beber. O médico da equipe relata um adoecimento provocado por estas condições ao comentar que voltou a ter cálculo renal por ficar sem água potável para consumir durante o trabalho. O prédio em que estão instalados não possui uma bomba para retirar água. Esta vem da caixa d'água de uma escola que fica próxima. Quando acaba a água desta caixa, a equipe fica sem acesso. “Ela teve de se virar pra fazer limpeza com a água do rio. Pegando a água lá e tendo de trazer”, comenta a enfermeira se referindo ao que a profissional da limpeza teve de fazer para poder realizar o seu trabalho quando acabou a água da unidade.

Outra especificidade de trabalhar nesta equipe é a dificuldade do acesso à rede de telefonia. Somente o sinal de uma operadora alcança a localidade onde se encontra a equipe. Senti na pele isso quando fui visitá-los. Não sabia desta limitação. Quando cheguei à unidade, pedi o número de telefone do piloto do barco que fez a minha travessia. Ele me informou, porém ressaltou, “Você não vai conseguir me ligar. Não pega telefone aqui”. Meu aparelho não captava nenhum sinal de rede. De modo que, para que eu pudesse voltar, tive de ficar esperando algum barco passar indo em direção à cidade, confiando no discurso do piloto que disse não ser um problema, pois sempre havia barcos passando naquele horário. No primeiro dia que fui, não foi

um problema realmente, mas, na segunda vez, fiquei por volta de duas horas esperando alguém passar. E ninguém passou. Por sorte, pude voltar junto com a equipe no barco em que atravessam.

Essa falta de comunicação por serviços de telefonia também implica no trabalho, pois os profissionais dizem ser dinâmico o processo de solicitar certos materiais de trabalho para a unidade em um lugar com fácil acesso às redes móveis. O que pode ser feito com uma simples mensagem de texto por *whatsapp*. Como há essa dificuldade, precisam sempre atravessar o rio para fazer determinadas solicitações, envio de exames e preenchimento da produção da equipe.

Esta equipe é a única que está em uma unidade recentemente reformada pela prefeitura. A estrutura está toda nova. Foi a primeira coisa que notei quando cheguei até ela. A pintura, os móveis, os aparelhos de ar-condicionado, o piso, tudo novo. No entanto, os profissionais relatam que o prédio está cheio de goteiras. Não há um banheiro adequado para fazer alguns cuidados como dar banho em crianças que chegam com febre, pois não há um chuveiro.

A trabalhadora dos serviços gerais da unidade chega a mencionar que sua atividade ficou mais perigosa com este novo prédio. As janelas ficaram muito altas de modo que ela precisa usar uma escada para limpá-las. Ela chegou a rir durante sua fala comentando que, por diversas vezes, quase veio a cair enquanto fazia a limpeza das janelas. Há um consenso entre a equipe que a unidade ficou tão grande que sobrecarregou o trabalho desta profissional.

Alguns destes detalhes sobre o novo prédio me foram ditos ao final da entrevista enquanto eu caminhava em direção ao rio para pegar um barco e conversava com o médico. Ele comentou que a equipe não foi consultada no planejamento de reforma. Havia diversos aspectos que teriam sugerido e que poderiam fazer com que a estrutura nova estivesse mais adaptada à realidade do trabalho da equipe. O que leva à discussão de que a padronização das unidades que abrigam as equipes não é o melhor caminho para a operacionalização do trabalho. Os profissionais da equipe querem ter autonomia para planejar o seu espaço de acordo com sua especificidade. Um modelo único de estrutura de unidade fere a riqueza que vem do trabalho vivo. É preciso envolver os trabalhadores e trabalhadoras na discussão do projeto de reforma.

Olhando para o cenário das equipes em toda Belém e no Pará, verifica-se que a realidade descrita pelos trabalhadores é comum a grande parte das equipes do estado. Assim se observa na Tabela 3:

Tabela 3 – Número e porcentagem de unidades básicas de saúde que possuem distintos aspectos relativos à sua estrutura e funcionamento em Belém e no Pará- 2014

Estrutura e funcionamento	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Possui veículo para realização de atividades externas	222	32,8	2	4,8
Funciona de segunda à sexta.	672	99,3	41	97,6
Funciona aos sábados e domingos	21	3,1	0	0,0
Metragem da unidade de acordo com a portaria	319	47,1	13	31,0
Possui sanitário para adultos	645	95,3	38	90,5
Possui sanitário para pessoas com deficiência	176	26,0	11	26,2
Possui banheiro para funcionários	534	78,9	35	83,3
Possui vestiário para funcionários	37	5,5	2	4,8
Sala de recepção e espera	640	94,5	37	88,1
Sala de acolhimento multiprofissional	209	30,9	14	33,3
Sala de vacina	604	89,2	22	52,4
Possui pelo menos um computador em condições de uso	311	45,9	5	11,9
Acesso à internet	109	16,1	2	4,8

Fonte: PMAQ, 2014

Praticamente em sua totalidade, as unidades de saúde funcionam de segunda à sexta em Belém (97%) e no Pará (99%). As medidas das unidades estão de acordo com as normas em apenas 31% das unidades de Belém e 47% em todo estado. Apesar disso, grande parte das unidades de Belém (88,1%) e do Pará (94,5%) tem sala de recepção e espera.

Pelo que foi relatado pelos trabalhadores nas entrevistas coletivas e observado pelo pesquisador visitando as unidades, de fato, existe sala de recepção e espera nas unidades, embora esta sala seja completamente adaptada em uma estrutura residencial em algumas delas. Aqui, da mesma forma pode se refletir o baixo número de unidades com a metragem de acordo com as normas estabelecidas para uma unidade de saúde. O balcão da recepção é feito por mesas de escritório conseguidas pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras a partir de doações. Esta não é a realidade da equipe Maré. Ela está com uma unidade de saúde nova onde há um balcão tela de vidro separando os profissionais da recepção dos usuários.

Podemos verificar uma elevada disparidade nos dados relativos a presença de sala especial para aplicação de vacinas. Na capital, apenas metade das unidades (52,4%) possuem esta estrutura, enquanto que se atingem 89,2% em todo o estado. Também há grande diferença no

percentual de unidades com computadores em condição de uso. Apenas 11,9% em Belém e 45,9% no Pará. Caso precisem de veículo para realizar atividades fora das unidades, os profissionais irão encontrá-los em 4,8% das unidades de Belém e 32,8% no Pará.

Quanto ao local de armazenamento e acondicionamento apropriado dos medicamentos, o “problema crônico” das equipes entrevistadas coletivamente, a avaliação do PMAQ julga como adequado um lugar limpo sem presença de mofos, fresco e arejado, onde as caixas de remédios ficam em prateleiras afastadas da parede e do chão. Nestas condições, foram encontradas 20 unidades básicas (47%) na cidade de Belém.

Observou-se também o baixo percentual de unidades da capital (33,3%) que possuem sala de acolhimento para atendimento multiprofissional (No Pará, 30,9%); um alto número de unidades que tem ao menos um sanitário para adultos, 90,5% (No Pará, 95,3%) e banheiro para funcionários 83,3% (No Pará, 78,9%); apenas 4,8% das unidades de Belém e 5,5% do Pará possuem vestiário para os trabalhadores e trabalhadoras.

Na seção quatro, observou-se que a falta de infraestrutura adequada é um problema presente em todas as pesquisas analisadas. Marchon e Cunha (2008) demonstram essas condições no estado do Rio de Janeiro, com relatos de sofrimento em relação a localização das unidades, a estrutura física e a falta de recursos para sua manutenção, da falta de insumos e instrumentais para o desenvolvimento das atividades. De Marqui et al. (2010) apontam a falta de medicamentos, materiais curativos e de limpeza, além da ausência de transporte para visitas domiciliares. Pinto, Menezes e Vila (2010) afirmam que 86,8% dos profissionais investigados dizem enfrentar indisponibilidade de equipamentos e instrumentos de trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica (2012) estabelecia que cada Unidade Básica de Saúde deveria oferecer uma estrutura mínima para o trabalho. Isto significa que as unidades de saúde aqui pesquisadas têm em sua quase totalidade sala de recepção e espera, sala de vacina, sanitário para a população atendida e para os trabalhadores. No entanto, diversas unidades carecem de veículos para atividades fora, sala para acolhimento multiprofissional, banheiro mais acessível para pessoas com deficiência, ao menos um computador em situação de uso e com internet, entre outras coisas. Para que o trabalho possa ocorrer com mais qualidade, os equipamentos e materiais usados pelos profissionais devem estar disponíveis de acordo com a ação que está sendo realizada pela equipe, desta maneira firmando que os trabalhadores da saúde tenham ferramentas suficientes para solucionar os problemas de saúde da população atendida.

6.3 O ambiente biológico

O atendimento aos usuários com doenças infecciosas teve destaque nas entrevistas por sua relação com a estrutura. No trabalho em saúde, este aspecto envolve uma discussão sobre Biossegurança que aborda medidas destinadas a proteger a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras de acidentes biológicos segundo Cotias (2001).

Biossegurança está normatizada na lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Está incluso o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) - como máscaras e luvas - e Equipamentos de Proteção Comum (EPC's) - como sacos plásticos, caixas inox e caixas especiais com material resistente - entre as medidas para o atendimento de pessoas com doenças infecciosas (COTIAS, 2001). O autor atenta para a importância do correto manuseio de materiais contaminados, especialmente aqueles que podem produzir perfurações ou cortes, tais como: agulhas, seringas, lâminas e bisturis. Alerta para o cuidado no descarte de materiais gerais, como gazes, luvas, papel de limpeza e curativos, pois podem contaminar profissionais da limpeza. Sendo assim, devem ser rejeitados em caixas especiais feitas de material resistente e que necessitam de esterilização para posterior descarte como lixo hospitalar.

Na mesma lei, a segurança do trabalho nos mais diversos estabelecimentos de saúde estabelece que sejam realizados Procedimentos Operacionais Padrões (POP's), por exemplo: limpeza usando meio universal (água e sabão) e os químicos (cloro e álcool iodado); regras básicas do tipo higienizar as mãos, proibição de ingerir alimentos, comer, fumar e usar cosméticos no local de trabalho; regras especiais como relatar acidentes ocorridos, manter cuidados de engenharia de biossegurança, do tipo recobrimento de bancadas, portas com abertura para fora, instalar lava-olhos e chuveiros para qualquer acidente (COTIAS, 2001).

As equipes de saúde da família entrevistadas demonstraram uma grande engenhosidade prática no modo de organizar o trabalho para que seja possível atuar com menos risco de contaminação, já que sua estrutura física e materiais de segurança não são adequados ou não existem. As enfermeiras, por exemplo, demonstram sofrimento psíquico por ter de atender na mesma sala crianças, gestantes e pessoas com hanseníase e tuberculose. Uma delas conta que evita fazer curativos pelo risco alto de contaminação. Somente o faz em casos nos quais o usuário está se sentindo em pânico. Conta que houve situações onde ela estava atendendo uma gestante e

uma pessoa com tuberculose aparece querendo entrar na sua sala de repente. Como inteligência prática, tentou orientá-la a esperar fora da sala ou mesmo vir em outro momento fazer a coleta do escarro, procedimento comum de cuidado a quem possui esta doença.

Na sala em que atendem, não há um sistema de ventilação adequado que jogaria para fora daquele espaço as bactérias. Em uma das casas adaptadas, há um ar-condicionado muito velho e barulhento que não faz o ar circular. Na outra, há somente um ventilador. De tal modo, trabalhadores e trabalhadoras ficam expostos às bactérias com risco de serem contaminados.

Em um dos momentos mais descontraídos das entrevistas coletivas, os trabalhadores e as trabalhadoras da recepção da equipe Vai Levando descreviam situações nas quais recebiam pessoas com tuberculose. Atraiu muito a minha atenção o fato deles(as) terem gargalhado descrevendo condições de trabalho que aumentavam muito o risco de contaminação. Um dos agentes administrativos detalhou momentos em que usuários com tuberculose chegaram até eles e a única coisa que os separava é uma mesa de escritório pequena que os próprios trabalhadores conseguiram por meio de doação. O agente simulou o comportamento do usuário, demonstrando que este costumava avançar diante da mesa e ficar muito próximo do profissional para perguntar se haveria consulta. O trabalhador diz ter se sentido acuado e reconheceu o risco de contaminação. Perguntei se eles já haviam contraído alguma doença por conta deste contato. Foram unânimes em dizer que não, mas relataram casos de outras equipes onde profissionais já adquiriram tuberculose em situações semelhantes. “Nós estamos expostos, sim!”, comentou o médico. Suas estratégias diante disso foram relatadas pela enfermeira que afirmou que dava orientação a todos para colocarem luva e terem cuidado com agulhas, mas admitiu que “acidentes acontecem”. Já o trabalhador da recepção fez um gracejo ao dizer, “Acho que tem tanto tempo (que estão expostos) que acho que nossos anticorpos já tão... Já tá bloqueado já!”. Quando contou esta piada, toda a equipe gargalhou intensamente. Ele acrescentou que sua estratégia é “dar uma afastadzinha” na cadeira em que está sentado. Ou seja, quando o paciente com alguma doença contagiosa chegava a se aproximar demais, ele ia arrastando a cadeira para trás cuidadosamente e assim “a gente vai levando” disse ele.

Já uma das Agentes Comunitárias de Saúde conta situações em que o contato com os usuários com doenças contagiosas era frequente e nem sempre eles sabiam que doença a pessoa tinha. Em uma destas, estava fazendo o cadastramento de um idoso sentada ao lado dele preenchendo a ficha com os dados. Este senhor lhe ofereceu um café. Ela aceitou. Ele então

pegou o café, deu a ela e à esposa. Ao continuar com as perguntas da ficha, o senhor então lhe informou que está com hepatite. Esta é uma doença que, dependendo do seu tipo, pode ser transmitida por contato entre as pessoas ou por meio de água e alimentos contaminados pelo vírus. Nesse contexto que ela narra, o usuário estava muito próximo dela. “E tu ainda ia beber o café dele”, disse brincando a enfermeira. Assim como os outros membros da equipe, ela contou esta situação de um jeito muito cômico e que produziu gargalhadas em todos.

Perguntei a eles o que poderia diminuir este risco que correm. O médico me lembrou da unidade de saúde nova que ele também trabalhou e na qual o encontrei pela primeira vez, antes de acertarmos a entrevista com sua equipe de origem. Nesta unidade, o balcão é desenhado de forma que mantinha relativa distância entre usuários e atendentes, o que aumentava a proteção e minimizava o risco de contaminação. No caso da sua equipe, com a mesa improvisada que tem, o perigo é maior. Ele também mencionou o ar-condicionado de sua sala, que foi ele mesmo que trouxe para a unidade. Confirmando o que mencionei anteriormente, ele disse que o aparelho não é adequado e, assim como o da sala da enfermeira, deixava as bactérias circulando dentro do ambiente. “Mas tem que ser assim ou a gente morre de calor... É preferível pegar tuberculose do que ficar nesse calor aí”, conclui rindo bastante o médico. Essa fala nos traz outro sinal de que eles, apesar de tentarem bastante, não contam com o apoio da gestão municipal. Até mesmo quando o ar-condicionado parava de funcionar, eles contavam mais com o apoio dos usuários, pois estes chegavam a doar serviços de reparo para a equipe. Não são só os profissionais da equipe que cuidam, os usuários também. Eles cuidam da equipe que os atende.

6.4 As condições de higiene e segurança

Não eram fornecidos aos agentes comunitários de saúde os equipamentos de proteção individual (EPI) que estão estabelecidos na legislação, lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Seu trabalho envolve estar na rua quase que diariamente visitando as famílias cadastradas. Em Belém, isso acontece diante de um sol muito forte, sob altas temperaturas do clima amazônico e com constante período de chuva. Essa alta exposição diária aos raios solares pode ser prejudicial à saúde destes trabalhadores. Sendo assim, precisariam de uma roupa adequada para a atividade, além de protetor solar e até um calçado apropriado. A fala de um agente comunitário explicita a situação que encontram:

Por exemplo, as condições de trabalho dos ACS (Agente Comunitário de Saúde). Não é só montar a equipe, mas dar condições, suporte para ele trabalhar. Coisas básica como EPI (Equipamento de Proteção Individual), que tá na legislação, todo o trabalhador tem que ter. Dependendo da situação de trabalho dele, tem que ter o equipamento de proteção. A gente não tem nada. A gente está exposto ao sol. A gente não tem protetor solar. A gente não tem uma roupa adequada pra trabalho. Então, é uma série de fatores. Isso gera estresse para o trabalhador. Não só a questão psicológica, mas a física mesmo. Olha, depois que entrei no programa, eu era difícil de pegar uma gripe e agora tô gripando com facilidade. Acho que é efeito da exposição ao tempo, chuva e sol. Então, é uma questão de administração pública mesmo (...) A gente vai empurrando com a barriga aqui. Vai tentando às vezes o que não pode. Amenizando a situação.

A fala deste trabalhador é bem clara quanto aos efeitos das condições de trabalho em sua própria saúde. Depois que começou a trabalhar como agente, passou a adoecer com mais facilidade por conta da grande exposição à chuva e ao sol. Quando ele diz que “a gente vai empurrando com a barriga”, está usando uma expressão popular para descrever que está diante de uma situação que não consegue resolver, mas que precisa seguir trabalhando mesmo assim, fazendo “o que não pode” para que o trabalho seja realizado. Esse jeito de descrever a situação é comum a todos os agentes comunitários que participaram da pesquisa. Elas e eles acreditam que a melhoria destas condições de trabalho não é algo que está ao seu alcance. Depende da gestão municipal.

Outra condição de trabalho que merece destaque ao se pensar nos impactos no corpo biológico vem da atividade do piloto de lancha na equipe ribeirinha. Durante a entrevista, ele se manteve bastante calado mesmo parecendo estar atento a tudo que os outros falavam. Em determinado momento, eu o provoquei para que comentasse algo sobre o seu trabalho. Como os outros estavam apontando aspectos que lhes causavam sofrimento, ele resolveu mencionar o impacto que esta atividade tem no seu corpo. Adiante, relato um trecho da entrevista na qual a equipe comentou sobre isso:

Piloto - Olha, acho que todo mundo tem alguma coisazinha (que desagrada no trabalho). Acho que todo mundo tá aqui porque gosta do que faz, né? Eu, como piloto, eu gosto do que faço até porque desde criança faço isso. Agora, as condições de trabalho que temos como todo mundo colocou aí é o problema, né? Então, a gente trabalha no sol, na chuva. Não tem cobertura. Eu trabalho encostado no motor. É um motor de popa. Eu ando segurando ele aqui (próximo da cintura). Então, estou por conta disso com uns problemas de audição por causa do barulho do motor. Vai fazer 9 anos ali e o barulho é forte. Então, tô com problema de audição.

Eu - Vocês não têm nenhum equipamento de proteção?

Médico - É porque, assim, por lei é proibido ele fazer uso porque, como ele é piloto, ele não pode utilizar nenhum equipamento. Isso pode atrapalhar ele, sofrer algum acidente e tirar a atenção. O certo seria que ele tivesse uma lanterna que ele só ligasse, fosse automática e ele só pilotasse. Entendeu? Sentar lá próximo.

Piloto - Inclusive, a doutora falou que é irreversível: “Ou você sai desse trabalho ou você ficar surdo”.

Enfermeira - O que é que o senhor prefere? (Ela fala rindo)

Piloto - A gente precisa, mas não depende, né? Eu prefiro escutar pouco, mas ouvir ainda.

Enfermeira - Ainda tem a questão do seu ombro, né?

Piloto - Tenho problema no ombro e também na visão. Por causa da idade, formou de tanto o reflexo do sol, do vento, no olho, né? Causou mais isso aí.

Vê-se um trabalhador que atua com algo que gosta fazer desde quando era criança, mas que trabalha em certas condições que causam prejuízos irreversíveis à saúde. Aos poucos, perde sua audição e visão, além de sentir constantes dores nos ombros. Mesmo com o alerta dos médicos de que pode ficar completamente surdo se continuar nesta atividade, ele se mantém porque diz que precisa. É bem marcante em sua fala que entre continuar no trabalho que pode lhe deixar surdo e abandonar o emprego, ele prefere continuar e conviver com o risco de perder a audição por completo.

Quando falamos em segurança no trabalho, é preciso também mencionar a segurança contra a violência presente no território em que atuam. Com exceção da equipe Maré, onde há um consenso sobre não presenciar episódios de violência em sua área adscrita, as outras duas equipes descrevem inúmeras situações.

Quando perguntei se alguém da equipe já foi assaltado na área, a resposta foi não. No entanto, membros da equipe Corda Bamba contaram que o bairro em que estão localizadas aparece com frequência nas notícias policiais dos jornais. Comentaram também que a outra unidade de saúde da família do bairro já foi assaltada duas vezes. “Levaram tudo! Aí a gente fica na pressão aqui”, disse uma das agentes comunitárias. As trabalhadoras sentem medo, pois, além de saber de histórias de assaltos na área, elas veem acontecer. Como relatou a enfermeira da equipe, dando detalhes de que há muitos assaltos em frente à unidade. No momento em que ela relatou isso, percebi que eu mesmo comecei a ficar com medo de estar ali. Fiquei pensando na possibilidade de ser assaltado quando estivesse saindo da unidade e entrando no meu carro. Algo que elas dizem já ter acontecido bastante com outros profissionais ali na área.

O sentimento de medo foi constante entre todos da equipe. Ressaltaram bastante que ali onde trabalham é uma “área de risco”. O medo cresce quando precisam sair da unidade para fazer visitas domiciliares. Segundo a equipe, o médico é o que mais corre o risco de ser assaltado. Percebem que ele é o que se sente mais tenso nesta ocasião.

A equipe vai em duplas fazer as visitas como estratégia para amenizar o risco de violência. “A gente nunca vai sozinha pra área”, afirmou uma das agentes comunitárias. Elas asseguram que o fato de serem mulheres aumenta a probabilidade de sofrerem violência. Apontaram casas que precisavam ser visitadas onde costumam encontrar homens consumindo bebida alcoólica e outras drogas. Elas sentem medo destes homens, pois acreditam que o efeito das drogas pode aumentar as chances deles violenta-las.

Dentre as residências que precisam ser visitadas estão algumas que funcionam como ponto de venda de drogas ilícitas, as chamadas “bocas”. Elas disseram que precisam conhecer onde ficam estes locais, para poder preparar estratégias quando forem visitá-las. Quando estão em período de cadastramento de usuários, utilizam a estratégia de ir todas juntas fazer as visitas para não correr o risco de acessarem desavisadamente e sozinhas a casa de um traficante. Apesar disso, elas ressaltaram que “sabem de tudo”. Conhecem a atividade de cada usuário. Sabem onde estão os traficantes. Ponderam que eles não mexem com elas, mas tem receio de que em algum momento possam se sentir ameaçados por elas saberem o que fazem. Sentem-se apreensivas também por não confiarem no “caráter” destas pessoas.

Elas contaram algumas histórias. Uma das agentes comunitárias narrou que chegou em frente a uma residência para fazer a visita domiciliar e viu um “sobrinho puxando uma faca para o tio”. No exato momento em que isso aconteceu, ela fingiu não ter presenciado nada e seguiu andando pela rua. Segundo a equipe, fazer “cara de paisagem” é uma estratégia para lidar com a violência.

Outra estratégia que desenvolveram para conseguir trabalhar mesmo diante da violência é somente fazer visitas domiciliares no período da manhã. Há um saber prático na comunidade de que se deve evitar estar nas ruas a partir das 11h da manhã. Fazem visitas domiciliares depois das 11h somente se for de extrema necessidade. Aqui está um dos aspectos que faz o médico ser o que se sente mais tenso nas visitas domiciliares. A equipe disse que o único tempo que ele tinha para fazer as visitas era pela parte da tarde, o período mais perigoso.

Fiz uma pergunta simples para elas, “Vocês têm carro para fazer as visitas?”. A resposta foi uma sonora gargalhada em todas que estavam ali presentes. “Ai, meu deus, é um sonho!”, comentou uma das agentes comunitárias. “Um sonho” que só é realidade de 2 unidades que abrigam equipes de saúde da família da cidade, segundo os dados do PMAQ. As trabalhadoras disseram que faziam tudo a pé, mas, quando enfermeira e médico precisam fazer visitas, usam seus carros particulares. A enfermeira assumiu que é um risco, mas, dentre ir andando e ir de carro, os dois preferiam a segunda opção por aparentemente diminuir o risco de violência. Ela resolveu contar a história de uma enfermeira que foi assaltada em uma visita domiciliar e foi levada em seu próprio carro pelos assaltantes até uma localidade distante do município. Contou também outra história de uma médica da mesma unidade que foi assaltada com arma de fogo enquanto entrava no carro durante a saída do trabalho.

Uma maneira que poderia amenizar o risco de assalto na área, segundo as trabalhadoras da equipe Corda Bamba, seria a unidade possuir algum carro para fazer as visitas domiciliares, além de crachás e uniformes de identificação. A ocasião de estarem com vestimentas que as identificassem como trabalhadoras da saúde, ou mesmo dirigindo um carro identificado como um veículo da unidade de saúde, faria com que a comunidade pudesse reconhecer melhor que são profissionais de saúde da área, evitando assaltos, pois a comunidade parece proteger aqueles que cuidam dela.

Essas histórias contadas acumulam situações de violência vividas pelas trabalhadoras e trabalhadores da pesquisa e por outros profissionais de saúde próximos. Demonstrem o quanto a violência é cotidiana em suas rotinas de trabalho e em suas vidas na cidade. A equipe sente a necessidade de ter um apoio na questão da segurança. Gostaria de ter pelo menos um profissional de segurança guardando a entrada da unidade, como disse uma agente comunitária, “Um guarda ao menos aqui pra gente ficar em paz”.

No caso destas duas equipes, Corda Bamba e Vai Levando, como suas unidades são casas adaptadas, o portão é trancado por uma questão de segurança. Como não possuem nenhum profissional de segurança, ficam trancados. Isso é comum a vários municípios do estado do Pará. Em conversas com gestores de municípios da região metropolitana de Belém, ouvi diversos relatos de como a violência influenciava diretamente o trabalho das equipes a ponto de fazerem ações nas áreas somente pela parte da manhã. Os profissionais mantem-se trancados nas unidades para evitar assaltos. Assim, tal como no município de Belém, os usuários que chegam em

horários onde o perigo é maior, que é das 12h em diante, precisam bater na porta para que ela seja aberta pela parte de dentro. “Eu nem sabia que tinha campainha na casa”, disse rindo bastante uma das agentes administrativas da equipe Vai Levando ao contar que os usuários descobriram primeiro que ela a existência de uma campainha na unidade depois de baterem muitas vezes no portão.

A violência da cidade de Belém também fez com que alguns trabalhadores optassem por ficar na equipe Maré. “Em Belém, em qualquer unidade, você sabe que você tá sob risco”, disse o médico da equipe. Todos os trabalhadores deste coletivo concordaram que a violência não é um problema onde trabalham, apesar de atenderem uma comunidade que faz parte de Belém. Talvez, pela sua localização ter um acesso somente pelo rio, isso faz com que muitos perigos sejam evitados. A violência que lhes preocupa ali é a do próprio rio. “Só o que dá medo é a maresia”, disse a enfermeira provocando gargalhadas em todos.

O que se vê na realidade da rede básica de saúde de Belém são condições precárias. Isto, apesar da Política Nacional de Atenção Básica (2012) ter estabelecido: a presença de consultório médico e de enfermagem, área que funcione como sala de recepção, local para guardar arquivos e registro, sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacina e sanitários (para trabalhadores e para a população atendida respeitando regras de acessibilidade), disponibilização e manutenção de equipamentos e materiais necessários para o trabalho,

Ainda há equipes funcionando em casas residenciais, ou seja, que não foram desenhadas dentro das normas de uma Unidade Básica de Saúde. Um exemplo desta inadequação foi observado durante a devolutiva para a equipe Vai Levando. Pude ver um idoso bastante debilitado chegando à unidade carregado pelos familiares. A equipe contava com uma cadeira de rodas que havia acabado de ser entregue. Quando colocaram o idoso na cadeira para conduzi-lo até o consultório do médico, perceberam que a cadeira era maior do que a largura da porta do consultório. Levaram o idoso até a porta e de lá, como a cadeira não passava, tiveram de tirá-lo para colocá-lo em outra cadeira. Um procedimento que precisou da ajuda de diversas pessoas para acontecer.

É importante ressaltar o quanto foi rico para este trabalho ter visitado equipes de saúde da família que não fazem parte do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Foi possível compreender que os dados deste programa se referem, em regra, às equipes que estão em

melhores condições de funcionamento. As que não estão participando, como foi o caso da equipe Vai Levando e Corda Bamba, possuem uma precariedade ainda maior.

Ainda há equipes onde um mesmo compartimento funciona como sala de vacina, sala de curativos, de enfermagem, de atendimento multiprofissional, de farmácia, etc. Ainda há consultórios e outros ambientes de trabalho funcionando sem estrutura apropriada que protegeria as/os profissionais de riscos biológicos. Há sala de recepção totalmente improvisada pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras, com móveis inadequados para o trabalho.

Por conseguinte, verificou-se dificuldades ou mesmo impossibilidade de conseguir por meio da gestão municipal equipamentos e materiais fundamentais para o trabalho, como Equipamento de Proteção Individual e Equipamentos de Proteção Comuns; materiais para curativos e para limpeza; eletrodomésticos e eletrônicos, como computador, ar-condicionado ou ventilador; utensílios, como lâmpadas, cadeiras e mesas; materiais de escritório, como papéis, xerox e fichas. Mesmo entre as equipes participantes do PMAQ, não há carro ou outro meio de transporte da própria unidade para visitas domiciliares e outras atividades do trabalho.

Este cenário das condições de trabalho se mostra como o principal fator de sofrimento psíquico das equipes participantes. No entanto, outras vivências de sofrimento e, finalmente, de prazer foram percebidas em uma análise mais pormenorizada da organização do trabalho.

7 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DIVISÃO DO TRABALHO, FORMAÇÃO E FORMAS DE CONTRATAÇÃO

Nesta seção e na próxima, foi descrito, analisado e discutido o modo como o trabalho destas equipes de saúde da família está organizado. Por organização do trabalho, entende-se a maneira como o trabalho está dividido, o conteúdo da tarefa, como funciona o sistema hierárquico, quais são as modalidades de comando, como estão estabelecidas as relações de poder, como são divididas as responsabilidades, etc. (DEJOURS, 1992). Esta sessão envolveu particularmente a divisão do trabalho, aspectos da formação e as maneiras que os trabalhadores e trabalhadores foram contratados.

7.1 A divisão do trabalho das equipes

Três das quatro equipes entrevistadas coletivamente estavam completas. Elas contavam com a presença de Agente Comunitário de Saúde, Técnica em Enfermagem, Enfermeira e Médico. No entanto, na única equipe não completa, estava sem um profissional de medicina.

Verificando agora a quantidade de trabalhadores de cada profissão, havia uma equipe com somente dois agentes comunitários de saúde, enquanto as outras tinham de cinco a oito agentes. Como referido na sessão dois, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) estabelecia que o número de agentes deveria estar de acordo com a quantidade de pessoas atendidas na área. Todas as equipes relataram que o número de agentes comunitários de saúde era insuficiente para a quantidade de pessoas que atendiam em suas áreas, sendo o caso mais grave o da equipe com apenas dois agentes. Em nenhuma das equipes entrevistadas havia atendimento em saúde bucal. O que tem a ver com a rede do próprio município, que conta com uma cobertura de equipes de saúde da família com saúde bucal baixíssima, cerca de 1%.

Quando olhamos de maneira mais ampla para a composição das equipes de saúde da família em toda Belém, verificamos que na unidade básica em que estão abrigadas há a média de quase dois profissionais de medicina (1,83) e de enfermagem (1,71), um pouco mais de um técnico de enfermagem (1,55) e quase dez agentes comunitários de saúde (9,64) em cada. Além deles, há profissionais que não estão em quantidade suficiente para haver ao menos um por unidade básica. Temos o já mencionado número baixíssimo de dentistas (0,14), auxiliares de

enfermagem (0,02), técnicos em saúde bucal (0,07) e auxiliares em saúde bucal (0,12). Outras duas categorias investigadas, técnico em laboratório (0,07) e microscopista (0,00), apresentam os menores números entre todos os diferentes profissionais da pesquisa, chegando a zero nesta última.

Já com relação aos profissionais que fazem parte da equipe ampliada - aqueles profissionais de outras áreas que trabalham junto às equipes - como médico especialista, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, profissional de educação física e outros, percebe-se que nas 42 unidades de saúde básicas avaliadas não existe nenhum deles. Em Belém, estes profissionais geralmente estão trabalhando em unidades básicas sob outros modelos de equipe que não são o da Estratégia de Saúde da Família ou nos Núcleos de Apoio à Saúde na Família (NASF).

Tabela 4 - Quantidade média de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde de Belém e do Pará – 2014

Profissionais	(continua)	
	Pará	Belém
	Média	Média
Médicos	1,27	1,83
Enfermeiros	1,21	1,71
Dentistas	0,82	0,14
Técnicos de Enfermagem	2,25	1,55
Auxiliar de Enfermagem	0,21	0,02
Técnico em Saúde Bucal	0,35	0,07
Auxiliar em Saúde Bucal	0,45	0,12
Agente Comunitário de Saúde	8,88	9,64
Técnico em Laboratório	0,06	0,07
Microscopista	0,06	0,00
Profissionais da equipe ampliada		
Médicos especialista	0,71	0,00
Psicólogo	0,40	0,00
Fisioterapeuta	0,33	0,00
Nutricionista	0,61	0,00
Assistente Social	0,28	0,00
Farmacêutico	0,11	0,00
Terapeuta Ocupacional	0,06	0,00
Fonoaudiólogo	0,24	0,00

Tabela 4 - Quantidade média de profissionais nas
Unidades Básicas de Saúde de Belém e do Pará – 2014

(continuação)

	Pará	Belém
Profissionais da equipe ampliada	Média	Média
Profissional de Educação Física	0,18	0,00
<u>Outros profissionais de nível superior</u>	<u>0,28</u>	<u>0,00</u>

Fonte: PMAQ, 2014

Se olharmos para a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), há algumas normas sobre o funcionamento das equipes de saúde da família que dizem respeito à composição de seus integrantes. A política exigia a existência de equipe multiprofissional composta com no mínimo médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou com especialização em Saúde na Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo no máximo 12 por equipe. Podem ser adicionados a esta equipe os profissionais de saúde bucal, tais como: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Aparentemente, há uma quantidade suficiente de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem exigida pela política nas Unidades Básicas avaliadas por este estudo. Há um número de quase 9 agentes comunitários de saúde para cada unidade, algo próximo do máximo estabelecido pela política. Existe bem mais técnicos de enfermagem do que auxiliares de enfermagem. Esta talvez seja uma opção na escolha dos gestores do estado por estes profissionais, já que é possível optar por um ou outro de acordo com a política. Os outros profissionais estão em menor número, apesar de haver quase um dentista para cada equipe, porém, baixa quantidade de técnicos em saúde bucal e auxiliares de saúde bucal.

Esta discussão sobre a suficiência de profissionais atendendo deve passar também pela quantidade de pessoas que são atendidas pelas equipes e também por uma avaliação epidemiológica, verificando quais são as necessidades de saúde em cada localidade para analisar a composição ideal das equipes para o atendimento da população. Segundo dados do primeiro ciclo do PMAQ publicados pelo Diretório de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no Pará, a maior parte das equipes (39%) dizem estar atendendo em média de 3001 a 5000 pessoas.

Segundo as normas da Política Nacional de Atenção Básica (2012), cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, tendo como recomendação que haja uma média de 3.000. Portanto, é possível que diversas equipes estejam atendendo uma quantidade que chega até a duas mil pessoas a mais do que o recomendado pela política.

A noção de Clínica Ampliada abarca mecanismos para articular e abraçar diferentes saberes (BRASIL, 2009). Ela reconhece a singularidade que é o encontro do profissional de saúde com as pessoas que receberão seus cuidados. Ressalta que em cada contexto pode emergir alguns enfoques ou temas predominantes, porém busca não agir de maneira excludente com outros saberes e possibilidades de atuação. Os problemas de saúde das pessoas não se limitam a diagnósticos. Eles são complexos e estão muito além de um olhar apenas sobre a doença. O papel dos profissionais de saúde deve exceder esta centralização no adoecimento. A Clínica Ampliada vem atuar por meio de uma aceitação da pluralidade de saberes, buscando integrar as mais variadas abordagens para oferecer um cuidado transdisciplinar, colocando em questão a fragmentação do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

Como nos conta Cunha (2010), a clínica de diversos profissionais de saúde segue uma lógica hospitalar, estritamente biomédica, que se mostra insuficiente quando exclui outros saberes que não o da medicina e da biologia. Certamente, são dois saberes de grande importância para o trabalho na clínica, todavia devem ser apenas mais uma força a ser manejada em favor da saúde das pessoas que são atendidas na atenção básica. Sendo assim, ao olhar a composição de diferentes profissionais na equipe ampliada deste recorte feito em Belém, vemos que não há nenhum profissional da equipe ampliada. Já ao olhar para o Pará, o médico especialista e o nutricionista são os que estão em maior número. Apesar disso, não em número suficiente para termos pelo menos um em cada unidade.

Distintos profissionais como psicólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros não aparecem em Belém e figuram em baixo número no Pará. Isso aponta para uma possível necessidade de aumentar a oferta destes diversos profissionais nas equipes ampliadas, a fim de que possam contribuir com seus saberes na complexa tarefa que é o cuidado em saúde na atenção básica. Conquanto, não se pode apenas disponibilizar mais profissionais se o processo de trabalho das equipes ainda é centrado na figura do médico e nos saberes da medicina e biologia.

Um ponto importante para o trabalho das equipes é ter o seu território de atuação definido, afim de que possam ter mais controle sobre as famílias que estão responsáveis e também a

localidade que devem percorrer, conhecer, circular. 98,6% das equipes da capital tem sua área de abrangência de atendimentos definida. Isso demonstra que quase a totalidade das equipes pesquisadas sabem exatamente a área que devem atuar, não obstante a maior parte das equipes (90,8%) percebem famílias vivendo nas cercanias desta área sem a cobertura dos profissionais. Isso nos leva a outro número: 71,0% das equipes acabam tendo de atender pessoas que residem fora da sua área de abrangência todos os dias da semana.

Tabela 5 – Quantidade e porcentagem de equipes com território adscrito e que oferecem acolhimento à demanda espontânea em Belém e no Pará - 2014

	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Territorialização e população de referência				
Equipes com área de abrangência de atendimentos definida	746	96,1	68	98,6
Equipes com população descoberta pela AB no entorno do território de abrangência	369	47,6	59	90,8
Atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência todos os dias da semana	322	41,5	44	71,0
Acolhimento				
Realiza atendimento à demanda espontânea	747	96,3	67	97,1
Realiza atendimento à demanda espontânea 5 dias por semana	565	72,8	51	76,1

Fonte: PMAQ, 2014

Conforme a publicação *Retratos da Atenção Básica no Brasil* (BRASIL, 2015), adscrever a população que será atendida pelas equipes implica no desenvolvimento de vínculo e no fortalecimento da responsabilidade entre trabalhadores e usuários. Tem o intuito de também garantir que as ações de saúde sejam contínuas e durem por longos períodos na vida daquelas pessoas. A adscrição do território faz parte do planejamento das equipes. É onde irão realizar suas ações e tirarão informações sobre a situação de saúde local para avaliar que atividades devem ser priorizadas e realizadas. O território, neste caso, não está somente em sua demarcação de área geográfica. Abrange as pessoas que ali residem, as redes criadas pela comunidade local, suas instituições e tudo que ali cerca a vida daquelas pessoas. Essa adscrição se materializa em um acompanhamento da situação de saúde desta população, fazendo um mapeamento que deve conter aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos. Estes pontos devem cruzar o cadastramento sempre atualizado das famílias e as informações dos mais diversos sistemas de informações e outras fontes.

O acolhimento à demanda espontânea está prescrito na Política Nacional de Atenção Básica (2012). Ele deve ser feito pelas equipes de saúde na família. No contexto desta pesquisa, 97,1% das equipes analisadas dizem realizar este tipo de atendimento, sendo que 76,1% o fazem

pelo menos cinco dias por semana. Falar em acolhimento é mencionar o próprio encontro entre o trabalhador e a trabalhadora da saúde com as pessoas que precisam de cuidados, em suas presenças de fato, cara a cara, seja nas unidades de saúde ou nos domicílios, nas ruas, nos centros comunitários, escolas, etc. Acontece no que Merhy e Franco (2006) denominam de trabalho vivo em ato, ou seja

o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas (MERHY; FRANCO, 2006, p. 282).

É por intermédio do acolhimento que acontece a escuta. O atendimento das pessoas que procuram por conta própria o serviço de atenção básica deve ser garantido pela equipe. No entanto, dependendo do volume desta demanda, isso pode limitar o trabalho. Se a equipe está atendendo uma quantidade exacerbada de pessoas que chegam a todo momento espontaneamente, outras ações, como as visitas domiciliares e atividades em escolas, acabam não sendo executadas para dar conta desta demanda. Há pesquisas que apontam para esta grande demanda por atendimentos, como o trabalho de Costa et al. (2012a). Nele, 40,5% dos profissionais pesquisados de um município do interior do Rio Grande do Norte relatam o excessivo número de famílias acompanhadas pelas equipes. Aqui nesta seção, já foi apresentado que boa parte das equipes do estado do Pará estão atendendo algo entre 3000 e 5000 pessoas, chegando a exceder o recomendado pela Política de Atenção Básica (2012).

Essa possível exacerbção de trabalho pode estar sobrecarregando trabalhadores e trabalhadoras devido à imensa procura de usuários. Outrossim, se o trabalho da equipe resulta centrado demais no atendimento à demanda espontânea, cuida-se mais quando aparece a doença do que atuando de forma preventiva. É preciso observar que o acolhimento a este tipo de demanda deve ser garantido. Ele é uma forma de inclusão dos usuários, pois determinados grupos populacionais com agravos mais prevalentes devem ser o único objeto de prioridade do trabalho das equipes. Apesar disso, deve-se lutar para que a quantidade de equipes de saúde da família seja suficiente para dar conta do grande número de pessoas que buscam assistência, não havendo sobrecarga no caso de pouca cobertura do serviço de atenção básica.

Resgatando as entrevistas coletivas, são diversos os relatos que trazem vivências de sofrimento dos trabalhadores e trabalhadoras por conta da grande demanda que possuem e a baixa quantidade de profissionais para atendê-la. Uma das equipes, com apenas dois agentes comunitários de saúde, tem de cobrir uma área com mais de quatro mil pessoas. Como não há cobertura suficiente, acabam tendo de cobrir o bairro inteiro, que possui mais de 70 mil moradores e apenas quatro equipes de saúde da família, segundo relataram. Sentem-se sobrecarregados. Como a cobertura das equipes é muito baixa no município, frequentemente elas atendem pessoas de outras áreas e até mesmo de outros municípios e estados. Isso dificulta o trabalho, como contou um dos médicos entrevistados:

O problema de tudo isso é que a unidade está muito sobrecarregada. A equipe tá desenhada pra dar cobertura pra quatro mil e poucos habitantes. Aí, tu tens uma comunidade muito ampla, então fica difícil fazer essa triagem pra quem deve ser atendido agora, quem pode ser atendido daqui a um mês e quem deve ser atendido pra daqui a quinze dias. A equipe tá recebendo comunidade além do que está permitido, do que está estabelecido. É uma das coisas que gera um pouco estresse principalmente para os dois que estão na ponta (os agentes administrativos e de portaria) recebendo, porque nós outros estamos no consultório escondidinhos. Fazendo só o que eles arrumaram (Médico – Equipe Vai Levando).

Surgiu na fala dele e de outros profissionais a palavra “estresse” para descrever como se sentiram vivenciando esta situação. A maneira que uma das equipes encontrou para resistir a este sofrimento psíquico foi a enfermeira e o médico fazerem a triagem junto com os agentes administrativos. Apesar disso, a enfermeira relatou que a maioria das pessoas que costumam atender não estão lotados, não fazem parte do território estabelecido para atuação. Um exemplo desta sobrecarga de atendimento foi dado pela equipe ao expor que a enfermeira atendeu 28 crianças com menos de 1 ano de idade em um mês. No momento em que comentou isso durante a entrevista, a agente administrativa falou em tom de brincadeira, “Enfermeira, vão denunciar a senhora”, pelo fato de estar fazendo tantos atendimentos.

Para se ter uma ideia da amplitude do atendimento de pessoas de fora da área de cobertura da equipe, algumas delas chegam a atender a população de outros estados. Estas são atraídas por saberem da qualidade do trabalho de alguns profissionais da equipe, como do médico. A ponto de haver casos de moradores do Maranhão que aparecerem para consultas, como contou a agente administrativa da equipe Vai Levando:

Ainda tem aquela situação de “eu moro no maranhão, mas quero marcar uma consulta. É porque lá não tem médico e eu soube que aqui tem um muito bom” (A equipe toda ri bastante). Tem gente que vem de Barcarena, “Querida marcar uma consulta. É que lá não tem médico”.

Por coincidência, no dia em que fui fazer a entrevista com esta equipe, me deparei com duas mulheres e uma criança que estavam sentadas na unidade esperando atendimento. A equipe me contou que as três eram do Maranhão e vieram trazendo resultados de exames que a equipe não tem conhecimento de onde foram feitos. O agente administrativo comentou gargalhando intensamente, “Elas são do maranhão e vieram resolver aqui! Vai voltar à tarde com o doutor!”.

É uma demanda que, segundo eles, não pode ser assumida pela equipe. Porém, como é muito comum e, pelo que percebi, algo que as equipes não conseguem evitar, acabam atendendo estas pessoas de outros municípios e estados mesmo assim. Foram orientados pela gestão municipal a notificar cada uma destas que foram atendidas para que “a conta” seja enviada para seus municípios e estados de origem.

Os profissionais sentem o peso de tantos atendimentos. “Mal a gente dá conta do nosso”, disse a agente administrativa. Ela relatou de maneira bem amigável a “briga” entre ela e o médico quando este chegou dizendo “quer me matar é?”, se referindo a quantidade de pessoas que eram encaminhadas a ele diariamente. Pelo clima que senti nas entrevistas, eles tinham uma relação bastante amigável. É visível até pela quantidade de brincadeiras que faziam uns com os outros durante o grupo. Isso pode ser generalizado para todas as equipes que entrevistei. Na próxima seção, desenvolvo mais sobre esta questão da relação entre os pares.

Outra estratégia de resistência para atender o máximo possível de pessoas, em outras palavras, o “jogo de cintura” fruto da inventividade diante do real, é a enfermeira solicitar exames mesmo quando o usuário não tem nenhuma consulta agendada. Não se espera que ele tenha inicialmente uma consulta para depois solicitar o exame. A fim de agilizar a resolução do seu problema, o exame é solicitado antes do encontro com o médico. Quando ele já está com os exames em mãos, é marcada a consulta com o profissional.

Um desdobramento desta situação de sofrimento que vivem foi registrado ao conversar com a diretora de uma unidade que abrigava equipes que não participaram da entrevista coletiva. Figuro na etapa de aproximação e negociação de participação na pesquisa. Ela me relatou suas diversas vivências de sofrimento naquele local. Este problema de alta demanda de atendimentos lhe produzia tanta dor que ela sentia um desconforto somente ao ver mulheres grávidas chegando

à unidade. Isso a fazia perceber que mais crianças estavam nascendo na sua área, logo aumentaria o número de pessoas que as equipes iriam atender. Na entrevista com a equipe Corda Bamba, uma das agentes comunitárias de saúde tocou neste ponto também demonstrando preocupação, “E a tendência só é aumentar. As pessoas nascem. O pessoal vem morar...”. Complementando a fala da colega, outra agente falou rindo e em tom de brincadeira, “Nascem mais do que morrem”.

O modelo da estratégia de saúde da família preconiza trabalhar com a prevenção, mas equipe acaba atendendo as pessoas já adoecidas. Pouco conseguem atuar para que a doença não chegue a se desenvolver por conta da baixa cobertura. Como disse o agente comunitário de saúde da equipe Vai Levando, “Equipe pequena, demanda muito grande. A gente acaba não prestando um serviço de qualidade. Perturba tanto o paciente quanto a gente.”

Ter uma equipe “desfalcada”, segundo a enfermeira da equipe Corda Bamba, “gera estresse”. Neste caso, como são duas equipes trabalhando na mesma unidade e uma delas não tem médico, as duas acabam se sobrecarregando. O único médico do local atende pessoas que estão cadastradas nas duas equipes e quem não está cadastrado em nenhuma delas. Não só falta médico como faltam mais agentes comunitários de saúde para cobrir a área. Isso cria um conflito com os usuários. O único profissional da medicina não pode ser sobrecarregado além do que ele já está. Há uma cota de atendimentos. Muitos usuários não conseguem entender isto. Eles querem chegar até a unidade e receber atendimento independentemente de cotas, limites ou o que quer que seja. Os trabalhadores se sentem pressionados diariamente por conta disso. Contaram que já foram alvo de diversas denúncias de usuários. Alguns destes, quando não foram atendidos, procuraram o Ministério Público em busca do seu direito de acesso à saúde. E estão corretos neste ato de buscar o que lhes é garantido por lei. Não obstante, os usuários não percebem que as equipes se sentem acuadas e incompreendidas por estarem atuando em condições distantes daquilo que é preconizado nas portarias do Ministério da Saúde e nos normativos da gestão municipal.

Há outros profissionais que compõem as equipes e são fundamentais para que elas funcionem: os agentes administrativos. Eles e elas ficam na linha de frente fazendo o primeiro contato com os usuários na recepção. Alguns acumulam diversas funções, como é o caso do agente administrativo da Equipe Maré. Infelizmente, ele não chegou a participar da entrevista coletiva e isso aconteceu justamente por conta das diversas funções que exercia. Na ocasião, chegou a sentar junto com o coletivo durante a entrevista, porém teve de sair em questão de minutos para receber pessoas da comunidade que haviam chegado para uma reunião com a

equipe. Os profissionais falaram em tom de brincadeira que ele acumula somente três funções hoje. Comentaram isso depois de verem minha reação de surpresa quando mencionaram que o agente pilotava a lancha que levava os profissionais até a unidade antigamente. Perguntei, um tanto espantado, “Ele era o piloto e administrativo?”. O médico respondeu, “Sim. Na época, ele acumulava umas cinco funções. Hoje, ele acumula só umas três”. Produziu risos em todos. Curioso para saber quais eram as funções que ele acumulava, questionei-os sobre isso, obtendo como resposta:

Ele é o farmacêutico. Ele é o administrativo. Ele que vai levar os exames pra fazer, né? Vai buscar pra saber o que é que vai ser feito. Às vezes, tem que nos levar quando não tá funcionando o barco. Ele toma conta do gerador quando dá problema (Médico – Equipe Maré).

Toda a parte externa, né. Nós coletamos preventivo. Coletamos teste do pezinho. Essa análise não é feita aqui. É feita só a coleta. Ele é que faz o serviço em Belém. Em Belém, tem uma pessoa que faz a rota, pega um carro e sai coletando nas unidades. Aqui, não. Ele é que faz. Ele que leva os testes para o LAPADE (o laboratório) pra fazer a análise do teste do pezinho, leva preventivo pra casa de saúde da mulher, vai buscar consulta especializada que tá marcada pra chegar até a mão do usuário... Então, é esse trabalho. Vai à SESMA levar documentos que todo o tempo é pedindo uma coisa, é outra. Levantamento não sei do que. Ele vai para lá pros setores levar material, pegar material, além dos serviços dele de tirar as fichas, arquivar, atender na farmácia. Ele que atende. Que não é o correto. A gente sabe disso. Teria que ser pelo menos um técnico em farmácia. Não é nem atribuição do técnico de enfermagem, mas, bom... Enfim... É isso... (Enfermeira – Equipe Maré).

O final da fala da Enfermeira com suas pausas depois de “Bom...”, “Enfim...” e “É isso...”, ressaltam que deveria ter um profissional especializado para cuidar de certas funções que o agente administrativo está realizando, mas, por não possuírem, precisam utilizar dos meios que tem para que o trabalho aconteça. Atualmente, se contratou um piloto para fazer o transporte, porém da mesma maneira teria de ser contratado um profissional farmacêutico para cuidar da farmácia, segundo a opinião da equipe.

Algo que pode funcionar para amenizar este sofrimento vivenciado no cuidado a população seria o recebimento de apoio de outros profissionais e pontos da rede de atenção à saúde. Na tabela a seguir, podem ser observados os dados referentes a isso:

Tabela 6 – Recebimento ou não de apoio no cuidado por diversos profissionais e pontos da rede de atenção em Belém e no Pará – 2014

Recebimento de apoio	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Outros profissionais	668	86,1	52	75,4
NASF	368	47,4%	17	32,7
CAPS	430	55,4	29	55,8
Vigilância em Saúde	583	75,1	41	78,8
Especialista da rede	516	66,5	43	82,7
Outra modalidade de apoio matricial	314	40,5	25	48,1
Academia da Saúde	136	17,5	5	9,6
Centro especializado em reabilitação	254	32,7	17	32,7

Fonte: PMAQ, 2014

Verifica-se que boa parte das equipes de Belém (75,4%) e do Pará (86,1%) dizem receber este suporte como forma auxiliá-los ou apoiar na resolução de casos considerados complexos. Entre os que mais dão apoio às equipes de saúde da família, temos a Vigilância Sanitária (78,8%), os especialistas da rede (82,7%) e Centros de Atenção Psicossocial (55,8%).

Os Núcleos de Apoio à Saúde na Família estão entre os que menos dão apoio (32,4%). O que é uma grande contradição, pois é justamente o ponto da rede de atenção básica voltado exclusivamente para apoiar as equipes. De acordo com dados de 2017 da Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, existem dez Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belém para 96 equipes de saúde da família. Por definição, um núcleo deve atender no mínimo oito (8) e no máximo quinze (15) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas¹⁴. Teríamos, então, uma proporção de 9,6 equipes por NASF na capital. Está dentro do padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde. Porém, mesmo assim, o número de equipes que dizem receber apoio dos NASF é baixo. A julgar pela investigação da estrutura das equipes de saúde da família da cidade possivelmente os profissionais do NASF também devem estar trabalhando em condições precárias de trabalho e com número insuficiente de trabalhadores para cobrir todas as equipes.

Fazem parte do NASF: psicólogo, médico psiquiatra, farmacêutico, educador físico, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros profissionais que tem o trabalho de ampliar às possibilidades de cuidado oferecidas na atenção básica e o potencial de lidar com os problemas de saúde das pessoas (BRASIL, 2012).

¹⁴ http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf_modalidades.php

É por meio do matriciamento destas equipes que os núcleos buscam assegurar a elas uma retaguarda, estando disponíveis como apoio diante de casos mais complexos. Mesmo que mais da metade das equipes da capital não estejam recebendo este apoio, percebe-se que são amparados por outros profissionais da rede. Isso é bastante positivo para o trabalho das equipes que conseguem um suporte especializado diante das dificuldades, pois o fortalece possibilitando oferecer um cuidado mais ampliado para o atendimento da população. Resta saber como este apoio está acontecendo, se é de fato um apoio ou se os núcleos estão servindo como um lugar para onde os usuários são encaminhados. O que já vem sendo observado na dinâmica do trabalho das equipes em Belém.

Existem vários fatores que contribuem para esse cenário, como a carência na formação dos profissionais de saúde em questões de saúde mental gerando insegurança no cuidado (GAMA; CAMPOS, 2009; SOUZA et al, 2012; MINOZZO; COSTA, 2013). O Núcleo de Apoio a Saúde na Família deve atuar compartilhando os casos complexos com as equipes durante um longo período de tempo, fortalecendo o cuidado e dando suporte aos trabalhadores.

Outra questão importante tem a ver com a comunicação entre as equipes e os profissionais de outros serviços da rede de atenção à saúde. Questiona-se se as equipes obtêm algum retorno quando os usuários são encaminhados para especialistas. De acordo com a tabela abaixo, 42,5% das equipes dizem não haver retorno, 21,5% dizem que esse retorno existe, mas ele é feito poucas vezes. Os que dizem que este retorno acontece sempre ou acontece na maioria das vezes somam respectivamente 14,4% e 21,5%. Então, há mais profissionais relatando a falta ou o escasso retorno do que atestando sua efetividade.

Tabela 7 – Retorno ou não da avaliação realizada por especialistas para onde são encaminhados os usuários em Belém e no Pará – 2014

Retorno	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Sim, sempre	112	14,4	2	2,9
Sim, na maioria das vezes	167	21,5	8	11,6
Sim, poucas vezes	167	21,5	12	17,4
Não há retorno	330	42,5	47	68,1

Fonte: PMAQ, 2014

O trabalho na atenção básica precisa garantir a circulação das pessoas atendidas entre os mais diversos pontos da rede. Sendo assim, as equipes devem atuar de forma que as pessoas atendidas possam ser encaminhadas para outros serviços, a fim de que tenham um atendimento mais apropriado para sua necessidade de saúde, se for o caso. Assim como devem garantir isso, também precisam manter contato com estes usuários que são encaminhados e continuar o cuidado que foi iniciado pela equipe. Pelo que se averiguou, esse retorno pouco tem acontecido entre as equipes pesquisadas. Desta forma, criam-se algumas dificuldades à responsabilização pelo cuidado. As equipes são responsáveis pelo cuidado das pessoas que atendem mesmo quando são encaminhadas para qualquer ponto da rede de atenção. Sem informações sobre estas pessoas quando passam a ir para outro serviço, elementos necessários para o exercício de um cuidado continuado são perdidos.

7.1 Tempo de atuação, formação e educação permanente

O tempo em que cada profissional está trabalhando em sua equipe varia bastante. Os agentes comunitários de saúde possuem de dois a nove anos de trabalho em suas equipes, as enfermeiras têm de 2 a 18 anos, os médicos têm de 2 a 3 anos e os técnicos em enfermagem de 1 a 13 anos. Foram raros os casos como o de uma das enfermeiras entrevistadas que estava há quase 20 anos trabalhando na mesma equipe e atendendo a mesma população. O mais próximo disso é o de uma técnica em enfermagem com 13 anos de serviços na mesma equipe.

Todas as enfermeiras que participaram das entrevistas possuem especialização na área da saúde pública. Dos dois médicos, um é recém-formado e trabalha no programa Mais Médicos o outro é cubano já bastante experiente, tem mestrado e especialização na área da saúde pública e quase 30 anos trabalhando na atenção básica.

A respeito das atividades de formação realizadas pelos profissionais de Belém, 87,0% relatam que a equipe de saúde da família participa de ações de educação permanente; 82,6% dizem participar de seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão; mais da metade dos profissionais (59,4%) afirma fazer parte de cursos presenciais e 34,8% de atividades de troca de experiências. A quantidade deles fazendo cursos de educação à distância é baixa, apenas 8,7%. Esses números encontrados na capital são próximos aos avaliados em todo Pará.

Tabela 8- Atividades de Educação Permanente que são realizadas pelos profissionais das equipes de Belém e do Pará – 2014

Atividades de Educação Permanente	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Equipe participa de ações de educação permanente	684	88,1	60	87,0
Participa de seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	620	79,9	57	82,6
Cursos presenciais	419	54	41	59,4
Telessaúde	25	3,2	4	5,8
Curso de Educação à Distância	64	8,2	6	8,7
Troca de experiências	332	42,8	24	34,8
Tutoria/Preceptoria	42	5,4	10	14,5
A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos da graduação, especialização, residência e outros	123	15,9	24	34,8
Outros	103	13,3	4	5,8
Não participa de nenhuma ação de educação permanente	66	8,5	8	11,6

Fonte: PMAQ, 2014

A educação permanente em saúde é vista por Ceccim e Ferla (2008, p. 11) como um “processo de formação acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de ‘perguntação’ e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas”. Para os autores, ocorre um processo de escuta pedagógica no trabalho que tenta perceber e tornar potentes as interações e modos de construir coletivamente este trabalho em saúde. É um processo de troca. Um compartilhamento de vivências no trabalho a fim de se inventar novas maneiras críticas de se atuar enquanto profissional de saúde.

Este tipo de formação é de extrema importância para o trabalho das equipes de saúde da família na medida em que leva estes profissionais a repensarem seu modo de atuar e gerarem novas práticas. Possivelmente, isto pode implicar em menos vivências de sofrimento no trabalho ao encontrarem novas maneiras de se trabalhar que estão mais de acordo com suas necessidades enquanto trabalhadores e trabalhadoras, enquanto seres vivos e mais respeitadas e cidadãs com as pessoas que recebem seus cuidados.

Pelo que se percebeu, a Educação Permanente em Saúde está bem presente no processo de formação destes profissionais, quase todos dizem estar participando de alguma atividade neste sentido. Pinto et al. (2014) traz um recorte nacional com dados também utilizados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em seu primeiro ciclo realizado em 2012. Em todo o país, cerca de 81% das equipes responderam que estão participando que alguma atividade de Educação Permanente em Saúde. Comparativamente, encontramos um número

maior no Pará (88%). Esse alto número tanto regional como nacionalmente mostra a força que esta política tomou em seus mais de 10 anos de existência.

Olhando para o cenário de Belém na tabela 2, a maioria (92,8%) dos trabalhadores que responderam ao questionário do PMAQ foi composta por enfermeiros. Em todo Pará, essa proporção vai pelo mesmo caminho com 96,9% de enfermeiros respondendo a pesquisa. Em Belém, a maior parte dos profissionais (39%) está atuando em suas equipes há pelo menos 6 ou mais anos, sendo a segunda maior proporção (26,1%) de trabalhadores com menos de um ano de equipe. Difere um pouco do cenário em todo o estado, onde 60% deles tem até 1 ano de trabalho nestas equipes.

Isto aponta em duas direções. Em uma delas, parece estar de acordo com o que surgiu no levantamento bibliográfico apresentado na seção quatro. Portanto, boa parte dos profissionais das equipes de saúde da família estão há pouco tempo atuando neste modelo de cuidado. Em outra, pelo menos em Belém, há uma relevante parcela de profissionais com longo tempo de trabalho na mesma equipe. Isto favorece o cuidado longitudinal e o estabelecimento de vínculo com a comunidade atendida.

Tabela 9 – Quantidade e percentual de profissionais das equipes que responderam ao questionário e seu tempo de atuação na equipe em Belém e no Pará – 2014

Profissão	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Médico (a)	21	2,7	5	7,2
Enfermeiro (a)	752	96,9	64	92,8
Outro profissional (nível superior)	3	0,4	0	0,0
Tempo de atuação				
0 anos	300	38,7	18	26,1
1 anos	165	21,3	5	7,2
2 anos	77	9,9	5	7,2
3 anos	57	7,3	1	1,4
4 anos	35	4,5	7	10,1
5 anos	38	4,9	6	8,7
6 ou mais	104	13,4	27	39,1

Fonte: PMAQ 2014

7.2 Agentes contratantes, tipos de vínculo de trabalho e formas de ingresso nas equipes

Analisando agora os principais agentes contratantes destes profissionais, pode-se ver na tabela 10 que a administração direta é responsável por 98,3% dos contratos dos trabalhadores em Belém e 93,4% em todo Pará. Aparece também em pequena proporção contratos feitos por consórcio intermunicipal de direito público (1,8%), fundação de direito público (1,7%), empresa (0,1%) e outros tipos de agentes contratantes (3%).

Tabela 10 – Quantidade e percentual dos agentes contratantes, dos tipos de vínculo e formas de ingresso de profissionais das equipes de saúde da família de Belém e do Pará – 2014

Agente contratante	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Administração direta	725	93,4	68	98,3
Consórcio intermunicipal de direito público	14	1,8	0	0,0
Fundação de direito público	13	1,7	0	0,0
Empresa	1	0,1	0	0,0
Outro(s)	23	3,0	1	1,4
Tipo de vínculo				
Servidor público estatutário	205	26,4	5	7,2
Cargo comissionado	4	0,5	0	0,0
Contrato temporário pela administração pública	182	23,5	18	26,1
Contrato temporário por prestação de serviço	325	41,9	42	60,9
Empregado Público CLT	7	0,9	0	0
Contrato CLT	23	3,0	1	1,4
Outro (s)	24	3,1	3	4,3
Não sabe/Não respondeu	6	0,8	0	0,0
Forma de ingresso				
Concurso público	215	27,7	6	8,7
Seleção pública	99	12,8	30	43,5
Indicação	285	36,7	12	17,4
Outra forma	177	22,8	21	30,4

Fonte: PMAQ 2014

Ter como agente contratante a administração pública direta, de acordo com o decreto de lei nº 200 de 25/02/1967, quer dizer que quem contratou estes trabalhadores está atuando por meio das estruturas do Estado: os Ministérios, Secretarias do Estado, Secretarias Municipais. Já quem tem como agente contratante os consórcios intermunicipais de direito público, fundação de

direito público, empresa e outros está sob a atuação da administração pública indireta. Sendo assim, sua atividade é comandada por meio destes entes que possuem autonomia administrativa e personalidade jurídica própria para exercer de maneira descentralizada aquilo que lhe compete. Com 93% dos profissionais sendo contratados diretamente pelo Estado, temos uma diferença em relação ao que se observa em média no Brasil, que é de 74%¹⁵. Nacionalmente, temos outros agentes contratantes que aparecem como as organizações sociais (5,2%), entidade filantrópica (2,3%) e organização da sociedade civil de interesse público (1,5%)¹⁶.

Poucos profissionais destas equipes ingressaram por concurso público (8,7%). Em Belém, há uma predominância de ingresso por seleção pública (43,5%). No Pará, a forma principal é por indicação (36,7).

Nos principais tipos de vínculo contratual, vê-se que o contrato temporário por prestação de serviço é o que mais se destaca com 60,9% dos profissionais estando vinculados a ele em Belém e 41,9% no Pará. Logo em seguida, o mais comum é ser contratado em regime de contrato temporário por meio da administração pública (26,1%) em Belém e, no Pará, a segunda maior forma é como servidor público estatutário (26,4%). Se unirmos os dados de quem está trabalhando por contratos temporários, seja realizado pela administração pública ou de outra forma como prestação de serviço, chegamos ao número de 87% em Belém e 65,4% no Pará. Isto ultrapassa a média do país¹⁷ que é de 41% de contratos de servidor público estatutário, 17% de CLT, 13% de contratos temporários por prestação de serviço e 15,6% de contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/municipal).

Nos dados do PMAQ, as informações se restringem a médicos e enfermeiros. Como complemento, as entrevistadas coletivas com as equipes permitiram verificar o perfil dos outros profissionais. Da mesma forma, se viu uma diversidade de vínculos empregatícios.

A categoria dos agentes comunitários de saúde é a que se encontra na mesma situação em todas as equipes. Está na lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014 que é proibida a contratação temporária ou terceirizada de agentes comunitários de saúde. Eles entram por meio de uma seleção pública e são contratados sob o regime de CLT, estando na categoria de empregados

¹⁵ Fonte: Diretório de Atenção Básica do Ministério da Saúde
(<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/01/gestao-trabalho-atencao-basica-PMAQ-DAB-19-11-14.pdf>)

¹⁶ Fonte: Diretório de Atenção Básica do Ministério da Saúde
(<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/01/gestao-trabalho-atencao-basica-PMAQ-DAB-19-11-14.pdf>)

¹⁷ Fonte: Diretório de Atenção Básica do Ministério da Saúde
(<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/01/gestao-trabalho-atencao-basica-PMAQ-DAB-19-11-14.pdf>)

públicos. Nesta situação, comentam que precisam “lutar bastante” para que sejam alcançados os seus direitos. Um deles é o pagamento de tíquete alimentação que, segundo um dos agentes, “Seria um direito para quem trabalha 8 horas por dia”. Mas, não o recebem. Pelo fato de serem contratados por um programa nacional, isto lhes dá um pouco mais de segurança do que os outros trabalhadores da equipe. Mesmo assim, verificou-se que alguns deles pareciam temer que o programa algum dia se acabe e sejam desligados.

Cabe ressaltar que o tipo de vínculo trabalhista majoritário nas equipes, que é o de contrato temporário, garante a elas instabilidade. “Estabilidade? Só Deus”, diz uma das enfermeiras. Isso porque este contrato pode deixar de ser renovado a qualquer momento. Como já aconteceu com algumas pessoas que trabalhavam nestas equipes. Segundo contou a enfermeira da equipe Corda Bamba, profissionais que trabalhavam na parte administrativa da equipe já tiveram a experiência de estar trabalhando e, sem qualquer aviso prévio, receberem uma carta comunicando-lhes sobre suas demissões. Os profissionais da equipe se sentem desrespeitados ao presenciarem uma situação assim. Os agentes comunitários de saúde, como já mencionado, possuem mais proteção trabalhista por conta do seu vínculo ser mediante CLT. A gestão do município não pode demiti-los da forma como demite os que estão sob contrato temporário. Isso lhes dá armas para resistir às pressões feitas pela gestão. Os agentes sofrem ameaças (especialmente de demissão por justa causa) e pressões, contudo sabem que tem seus direitos assegurados, fazendo com que haja uma amenização do sofrimento. Fica bem evidente na fala das equipes que a ameaça de demissão é usada como uma ferramenta de administração do trabalho pelos gestores. Debruçar-me-ei mais sobre essa questão na análise específica da relação entre os profissionais da equipe e a gestão na seção oito.

Quando perguntei para as equipes como se sentem trabalhando sob este vínculo de contrato temporário, as respostas foram sempre na mesma direção: se sentiam horríveis pela constante vivência de ameaças. A fala da enfermeira da equipe Corda Bamba ilustra este ponto dando detalhes de como aconteciam as demissões de trabalhadores sob contrato temporário:

Um sentimento muito ruim. Principalmente, a equipe de nível superior. Principalmente, para o enfermeiro, médico, técnico, administrativo porque é insegurança total. A qualquer momento amanhã, pode chegar um papel ou de repente nem chegar... Como aconteceu com pessoas que estavam trabalhando e nem sabiam que já estavam desligados. Quando chegou o final do mês, não veio o salário. A pessoa foi lá no RH (Recursos Humanos) saber e descobriu, assim, que tava desligado. Ou então, tu tá trabalhando aqui e tu é chamado. Chega lá é pra tu assinar a tua demissão. É uma insegurança total.

Taveira, Souza e Machado (2012) fizeram um levantamento de pesquisas sobre precarização do trabalho nas equipes de saúde da família e concluíram que a precariedade dos vínculos de trabalho estava presente tanto nas equipes de saúde da família quanto nas equipes de saúde bucal, desde os agentes comunitários até os médicos. Outro resultado apontado pelos pesquisadores é a diversidade de vínculos destes profissionais de saúde. Sendo contextualizados pela forma com que se deu a descentralização do SUS, caminhando rumo à regionalização, ao aumento da autonomia dos municípios na gestão da saúde. Houve uma multiplicação acentuada no número de municípios durante as décadas de 1980 e 1990. Em um período de 50 anos, essa quantidade dobrou. Com o gerenciamento do SUS ficando cada vez mais nas mãos dos municípios, o número de postos de trabalho na área da saúde a cargo deles também aumentou. Da mesma forma, a flexibilização das relações de trabalho em saúde acompanhou esta mudança crescendo com o tempo. A Estratégia de Saúde da Família surge neste momento, na década de 1990 e acaba sendo incorporada neste contexto de flexibilização e precarização do trabalho em saúde.

Koster e Machado (2012) analisaram políticas de Gestão do Trabalho no SUS nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal, com base na verificação de documentos produzidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Os autores expõem que o Ministério da Saúde apresenta em suas políticas o posicionamento de que a única maneira legal e que não reforça a precarização do trabalho no SUS é o concurso público e o processo seletivo público. Tanto o Ministério da Saúde quanto os conselhos citados concordam que a precariedade do trabalho envolve a instabilidade dos contratos, principalmente o temporário, que é apontado como o problema central.

Segundo Lancman (2011), esta flexibilização dos contratos de trabalho favorece a criação de maneiras mais instáveis de inserção dos trabalhadores no mercado:

Emprego, estabilidade, aposentadoria ou uma carreira profissional linear e progressiva começam a ceder espaço a novas relações no mercado de trabalho, tais como: trabalho informal, terceirização de serviços, oferta de trabalho autônomo, postos de trabalho temporários, subcontratos e terceirização (LANCMAN, 2011, p. 35).

Vê-se pelas informações aqui expostas sobre os tipos de vínculo e forma de ingresso que estas equipes de saúde da família do Pará e de Belém seguem o mesmo caminho. A maioria dos contratos de trabalho são temporários e a principal forma de seleção dos trabalhadores é por meio

de indicação. Isso tem implicação no trabalho das equipes. Contratos que não oferecem algum tipo de estabilidade, que podem ser encerrados a qualquer momento por conta de mudanças políticas, econômicas etc., não favorecem o cuidado proposto pela Estratégia Saúde na Família e o estabelecimento de vínculo com a população atendida, oferecendo sérios problemas ao cuidado longitudinal. Da mesma maneira, fortalece a rotatividade nas equipes, fazendo que seus integrantes sejam substituídos constantemente e interrompam o processo de estabelecimento de vínculo. Perde-se um profissional com um conhecimento já construído no contato com a população atendida.

7.3 O salário das equipes de saúde da família

Este foi um assunto que tive dificuldade em abordar com as equipes. Confesso que não me senti confortável em perguntar quanto recebiam mensalmente por saber que há uma grande disparidade de salário entre os profissionais da medicina e os outros profissionais. No entanto, foi possível verificar no Portal da Transparência da Prefeitura de Belém quanto recebem os diversos membros de cada equipe que participou do estudo. Os valores estão dispostos na tabela a seguir:

Tabela 11 – Profissão e salário bruto mensal das trabalhadoras e trabalhadores das equipes de saúde da família de Belém participantes da pesquisa – 2017

Profissão	Salário bruto mensal
Agente de Portaria	R\$ 1.054,49
Agente Administração	R\$ 1.108,90
Auxiliar de Consultório Dentário	R\$ 1.108,90
Agente Comunitário de Saúde	R\$ 1.201,40
Técnica (o) de Enfermagem	R\$ 1.696,37
Enfermeira (o)	R\$ 3.039,45
Médico (a)	R\$ 8.220,00

Fonte: Portal Transparência Belém, 2017

Mesmo não perguntando sobre quanto recebiam, a questão salarial foi comentada pelos trabalhadores e trabalhadoras. Nenhum relatou estar satisfeito com o que recebia financeiramente pela quantidade de trabalho que tinham. Na equipe Maré, esse ponto surgiu com mais destaque. Foi inclusive levantado pelo médico da equipe. Seu salário era estabelecido por intermédio do

Ministério da Saúde, pois ele fazia parte do Programa Mais Médicos. Recebia cerca de 10 mil reais mensais, o que julgou ser pouco frente a outras realidades que ele trouxe à baila durante o grupo, como cidades do sul do país onde o médico chegava a receber por volta de 16 mil reais na atenção básica. Houve algumas reações dos participantes do grupo à fala do médico que me fizeram perceber que era um assunto delicado. Enquanto ele falava da quantidade de direitos que foram ceifados por ser contratado como bolsista, o piloto da lancha falou para ele jocosamente, “Se você quiser trocar a sua bolsa pelo meu salário...”. A equipe toda riu, menos o médico, que me pareceu ter ficado constrangido. Os enfermeiros recebiam quase três vezes menos que os médicos do município e havia um consenso nas equipes entrevistadas de que as profissionais de enfermagem possuíam bem mais responsabilidades do que eles na medida em que eram coordenadoras das equipes também. É preciso mencionar que essa disparidade de salário entre enfermagem e medicina é utilizada como estratégia pela gestão municipal para calar os profissionais médicos quando estes começam a reivindicar melhores salários. O médico da equipe Maré relatou estas situações em encontros de médicos e enfermeiros com a gestão local. Segundo ele, há uma rixa entre as duas profissões. Na verdade, há conflitos entre os médicos e as diversas outras profissões da saúde que também almejam possuir tanto reconhecimento quanto os profissionais da medicina possuem. Segundo contaram os profissionais das equipes e em conversas com gestores de outros municípios do Pará, os médicos que trabalham na atenção básica não cumprem contratos de 40 horas semanais. As gestões fazem acordos com os médicos (e com outros profissionais de nível universitário) para que trabalhem quatro horas por dia nas equipes, às vezes até duas horas por dia, sem fazer visitar domiciliares.

Ao comentar sobre o salário que recebia, uma das enfermeiras ressaltou primeiro o grande amor que tinha pelo seu trabalho como o que sustentava sua permanência ali na equipe, “Eu sempre sou uma pessoa que eu gosto do que eu faço. Eu trabalho por amor a minha profissão, independente até de salário. Porque, hoje, se nós formos pensar na questão salarial, já não compensa”.

Em resumo, temos um trabalho que é dividido entre uma equipe formada por diversas profissões. Há um número insuficiente destes para dar conta da imensa demanda por atendimentos advinda da baixa cobertura populacional de equipes de saúde na família da cidade. Em uma mesma equipe, temos profissionais com diferentes níveis de escolaridade e tempo de formação, ganhando salários com uma disparidade elevada entre si, principalmente entre

profissionais da medicina e os demais. Há um padrão de contratação temporária que flexibiliza o trabalho, produzindo insegurança e domesticação de trabalhadores e trabalhadoras. A seguir, será analisado outro aspecto da organização do trabalho: a relação entre os pares e as relações hierárquicas.

8 A RELAÇÃO ENTRE PARES E A RELAÇÃO HIERÁRQUICA

Nesta seção, será apresentada a relação entre pares, profissionais e usuários e profissionais e gestão municipal. São analisadas as vivências de prazer e sofrimento, as estratégias utilizadas contra o sofrimento e outros conceitos como o de reconhecimento e de cooperação a partir dessas relações.

Ao perguntar para todas as equipes o que havia no trabalho deles que lhes proporcionava prazer, foram unânimes em falar do relacionamento entre os pares. Foi surpreendente para mim a coincidência. Era o primeiro ponto que mencionavam. Todos descreviam o relacionamento como uma “família”. Detalhavam-na como uma relação na qual havia muito afeto, carinho, companheirismo e cuidado com o outro, assim como conflito e desentendimento. Desta maneira, a palavra “família” do Programa Saúde da Família não representa apenas as pessoas que são atendidas pela equipe. Em certa medida, representa a própria relação entre a equipe:

Somos uma excelente equipe. Temos nossos probleminhas sempre. Família sempre tem problema. E é o que nós somos. Quer queira ou quer não. Mas são coisas pequenas. São detalhes. Aqui, a gente conversa. Aqui, a gente resolve (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Vai Levando).

Aqui, eu me distraio. Aqui, eu brinco com o pessoal. A gente tem uma ligação muito boa de brincar e não levar questão muito a sério, só trabalho, mas também não deixar o trabalho de lado. Ah, “Eu vou fazer as coisas da maneira que eu quero só porque eu tenho amizade”, por exemplo, com a enfermeira. Aqui, todo mundo faz, desempenha sua função dentro daquilo que é permitido, né? Ao mesmo tempo, tem a relação de amizade sem isso atrapalhar a relação de amizade. Tinha também uma outra técnica que se formou enfermeira e deu o lugar pra baixinha (técnica em enfermagem) entrar. Até brincava que, quando ela vinha pra cá, a gente tinha essa questão de sempre estar brincando, de um estar “zuando” com a cara do outro. Até hoje ainda, mando mensagem pra ela. Então, isso é uma coisa muito boa de você ter no trabalho. Não ser um ambiente apenas cujo você vem apenas para desempenhar uma função. Às vezes, atrapalha estar num ambiente que é muito sério, só se preocupando com o trabalho. E tira um pouco da tensão por conta das carências que tem por conta da infraestrutura. Então, tirando essa questão da infraestrutura, eu me sinto muito bem aqui. Quando pedi (para vir trabalhar nesta equipe) é porque eu sabia que ia ser bem acolhido com eles (Médico – equipe Maré).

Estas duas falas demonstram o quanto a relação entre estes trabalhadores possui ligação com as vivências de prazer que têm no trabalho. Uma relação tão harmoniosa que funciona de maneira a fazê-los suportar as dificuldades das condições de trabalho. Isso é perceptível na frase

do médico, “Tira um pouco da tensão por conta das carências que tem da estrutura”. De acordo com Freud (1930/2011), a sensação de prazer acontece pela satisfação imediata de necessidades obstruídas, sendo estes momentos sempre eventuais. O “morno bem-estar” surge na situação destes trabalhadores e trabalhadoras mediante, principalmente, da relação entre os pares. Se o trabalho é um meio pelo qual muitos buscam a felicidade (FREUD, 1930/2011), tem sido pelo convívio com os membros da equipe que esta felicidade tem encontrado seu caminho por aqui. Desta forma, pela via do prazer, o trabalho torna-se menos penoso e até um meio de relaxamento (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2009).

Percebeu-se certa resistência de uma das enfermeiras a este discurso de se verem como uma família, “Nós não somos amigos. Somos funcionários, profissionais...”, disse ela, que é também a coordenadora. A enfermeira parece trazer consigo uma defesa que é comum entre pessoas que estão em cargos de liderança: evitar muita proximidade com os outros trabalhadores a fim de afastar conflitos. Ela diz ser complicado manter a harmonia entre pessoas com pensamentos tão diferentes, então julga melhor que estas diferenças sejam minimizadas. A maneira que encontra para fazer isso é defender um afastamento dos afetos, fazendo com que as pessoas não se aproximem demais umas das outras, ajam apenas “profissionalmente” entre si. Um discurso bem voltado para técnicas gerenciais.

Ao jogar para o grupo se julgarem que esta proximidade grande entre eles atrapalha no dia-a-dia do trabalho, houve falas dizendo não interferir. Como a de um técnico em enfermagem reforçando que, apesar dos laços de afeto que possuem entre si, conseguem trabalhar bem em equipe:

Olha, acho que não atrapalha porque cada qual tem a sua ocupação. Um é diferente do outro. Contato que é de segunda a sexta feira. Pra mim, acho que é gratificante porque todos nós, juntando dentro daquele grupo todo, durante a semana, chega a sexta feira, tchau, tchau! Assim, estamos juntos até hoje. A gente não deixa a desejar não. Te garanto que não fica ninguém sem atendimento. A gente resolve de segunda a sexta-feira. São agendados? São! Eles (os usuários) reclamam? Reclamam. Ah, não dá hoje? Não. Volte amanhã. Se ele se aborrecer de voltar no dia seguinte, mas na próxima semana ele vem.

Mais detalhes sobre este relacionamento foram dados pela enfermeira da equipe Maré, mas é representativo de todas as equipes entrevistadas. Ela usa as palavras “coesa”, “amiga” e “que se ajuda” para descrever os laços entre eles. Segue sua fala contando como atuam de maneira interprofissional na hora de planejar o trabalho:

Então, quando a situação chegava: “Olha nós temos que desenvolver uma campanha de vacina, mas temos essas e essas condições”. E nós sempre demos oportunidade da participação da equipe no planejamento das ações. Eu não posso, como enfermeira, planejar algo da minha equipe sem a participação dela. Então, desde o piloto, o administrativo, a que trabalha nos serviços gerais, todos são valorizados. Todos entram na organização do trabalho. Apesar de a dos serviços gerais, por exemplo, não ser diretamente ligada, mas ela dá a opinião dela. Porque, no momento que precisamos planejar, a gente tem de ver a questão do tempo, da maré, que eu não conheço. Eles detêm mais esse conhecimento, “Olha tal dia a maré vai dar alta”, “Vai dar baixa”, e eu tenho que saber disso porque tem momentos que a lancha pode entrar e que a lancha não pode entrar. Então, nós precisamos. Nosso conhecimento científico. Nós, na verdade, somamos conhecimentos e foi dessa forma que sempre a gente trabalhou: fazendo, montando as estratégias, valorizando cada participante. Com isso, não quero dizer que não tenha problema. Lógico, somos seres humanos. Nós temos divergências, temos opinião diferente, mas nunca ninguém permitiu que essas coisas viessem para atrapalhar (Enfermeira – Equipe Maré).

Esta foi uma fala que parece ter contemplado todo o grupo. Todas as falas que se seguiram, caminharam nesta mesma direção, ressaltando a participação de todos na organização do trabalho. Há um discurso de que os conhecimentos de cada profissional ali tanto os da equipe “principal” quanto os outros profissionais que também a integram – serviços gerais, pilotos de lancha, agentes administrativos e de portaria – devem ser considerados nas decisões sobre o trabalho. A junção destes conhecimentos distintos contribui para superar as exigências do real do trabalho, tornando-o menos passível ao sofrimento, sendo inclusive uma proteção contra ele. Os ajuda a prever diversas situações que podem impedi-los de realizar os cuidados.

8.1 Cooperação e reconhecimento entre pares

No caminhar da organização do trabalho, há um processo de negociação entre os trabalhadores, entre suas inteligências, experiências individuais e estilos de trabalhar para encontrar um denominador comum (DEJOURS, 2011). Observou-se no discurso dessas equipes o que a Psicodinâmica do Trabalho chama de cooperação: uma troca, uma conversa entre os saberes individuais onde se busca encontrar por meio da experiência modos de trabalhar que sejam mais viáveis e coletivos. Assim, se produzem novas prescrições num compromisso com a técnica e com o social, pois a cooperação envolve estes dois aspectos. É técnico, pois visa a qualidade e eficácia do trabalho e é social porque envolve a relação entre os trabalhadores.

Ressalta-se que a cooperação não é um processo simples e sem conflitos. Ela envolve uma limitação das singularidades (DEJOURS, 2011). Os trabalhadores terão de enfrentar momentos em que seus saberes individuais não serão adotados em sua totalidade. Em prol do coletivo, é preciso também renunciar muito de si mesmo. Esta, inclusive, é uma das grandes questões que levam Freud (1930/2011) a falar em um mal-estar na cultura.

A parte mais conflituosa da relação entre as equipes investigadas surgiu na equipe Corda Bamba. O grupo se considerou uma família dentro desta lógica do “amor” e do “ódio”, da “harmonia” e do “conflito”. Quando deram mais detalhes de sua relação, usaram expressões como “a gente quer se matar” e que de vez em quando passava uma “nuvem negra” sobre a equipe. Quando tentei desenvolver mais sobre o que elas chamaram de conflito, percebi muito constrangimento. Foram vários risos nervosos e expressões verbais como “vish!” – que é bastante usada no Pará quando se está diante de uma situação tensa. “Ah, discordar das coisas. Isso gera conflito”, disse a agente comunitária de saúde. Resolvi insistir no assunto e pedi para que me dessem um exemplo de uma situação em que isso aconteceu. A mesma respondeu rindo bastante “ah, tu já queres demais!”. A minha insistência foi também uma tentativa de ver até onde ia a estratégia delas de evitar tocar em certos assuntos. Ficou um silêncio. Elas aparentemente ficaram pensando em alguma situação que poderia ser dita em grupo. Eis que uma comentou sobre determinado momento em que tiveram de fazer uma mudança no território de atuação de cada agente comunitário de saúde. Segundo elas, foi uma situação “bem cabeluda”. Tiveram de distribuir as agentes da equipe entre as áreas descobertas por não terem o quantitativo ideal de profissionais para cobrir todo o território adscrito. Assim, contou uma das agentes seguida pelos complementos da enfermeira:

Como são 10 ACS e tá faltando, tem umas ruas que vão ficar descobertas. Aí, gerou conflito pra não deixar descoberta. Aí, um não quer... Não é que não queira... Tipo assim, fulano vai cobrir a rua tal, só que a rua tal é enorme. Então, ele ia ficar só com um lado, mas se ele ficasse só com um lado, o outro iria questionar ele e ia ter aquela confusão. Aí, foi... (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

E também já tinham pessoas que faziam parte de uma determinada área há muito tempo, então, quando foi pra fazer essa mudança, também foi difícil, pois, como elas falaram, já tinham estabelecido aquele vínculo com essas pessoas, com essas famílias. Eles iam sair dessa área pra outra pessoa entrar. Então isso também foi difícil (Enfermeira – Equipe Corda Bamba).

O estabelecimento de vínculo com a comunidade surge como algo fundamental tanto para a política da Estratégia de Saúde da Família quanto para a sustentação da relação entre a própria equipe e da saúde dos profissionais. Os trabalhadores que já estão atuando em determinada área por um longo período desenvolvem uma relação com a comunidade. Cria-se um laço. A ameaça de interromper esta produção de afetos que é parte do trabalho produz sofrimento psíquico nas agentes comunitárias de saúde. Da sua forma, a comunidade também sofre quando o vínculo é quebrado. A população reclama quando há mudanças neste sentido.

Elas relataram outros conflitos que tiveram por conta desta alteração das áreas. O sofrimento não vai só no sentido de mudança de território, também abarca a ampliação da área que deve ser coberta pelo agente. Afinal, já estão atuando em condições precárias. Ter que aumentar a carga de trabalho diante disso produz mais sofrimento. Outro aspecto de mudança que vai neste sentido é quando se aventa a possibilidade de separarem um grupo que já atua há bastante tempo junto. No caso da equipe Corda Bamba, são duas equipes que atuam há anos juntas na mesma unidade. Diversas vezes já foi proposto um rearranjo das equipes do bairro, transferindo agentes comunitárias de uma equipe para outra a fim de trazer mais gente para cobrir áreas descobertas. Essas proposições são feitas sem o conhecimento das agentes comunitárias. Chegam até elas sem qualquer discussão já para serem cumpridas. No entanto, as agentes resistem. Recusam-se a fazer a mudança e isso instaura grande conflito na relação com a gestão e diversas vivências de sofrimento psíquico.

Observou-se o quanto o processo de planejamento do trabalho pode ser conflituoso. Conseguir planejar suas ações é algo fundamental para uma equipe de saúde da família. 87,0% das equipes da capital conseguem fazer este tipo de planejamento pelo menos uma vez por mês, porém somente 13,0% delas conseguem comprovar isto por meio de algum documento durante a avaliação do PMAQ. Isso pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 12 – Quantidade e porcentagem de equipes que planejam suas ações mensalmente em Belém e no Pará – 2014

	(Continua)			
	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Planejamento				
Realiza atividade de planejamento de suas ações mensalmente	682	87,9	60	87,0
Tem documento para comprovar	482	62,1	9	13,0
A agenda está organizada para				
Visita domiciliar	721	92,9	57	82,6
Grupos de educação em saúde	591	76,2	51	73,9
Atividade comunitária	529	68,2	49	71,0

Consultas para cuidado continuado	662	85,3	62	89,9
Acolhimento à demanda espontânea	629	81,1	52	75,4

Fonte: PMAQ, 2014

Vê-se pela tabela que a maioria das equipes tem suas atividades organizadas de acordo com uma agenda. As visitas domiciliares estão dispostas na agenda de 82,6% delas, consultas para cuidado continuado em 89,9%, acolhimento à demanda espontânea em 75,4%, realização de grupos de educação em saúde em 73,9% e atividade comunitária em 71,0%.

Organizar a agenda e o planejamento das ações da equipe consiste em dar uma estrutura ao trabalho para poder realizar o cuidado. Em outras palavras, é preparar o serviço de maneira antecipada a fim de arquitetar melhor o tempo e as atividades da equipe durante as semanas e meses. Isto abrange realizar reuniões em certos períodos de tempo para discussão, qualificação clínica, diagnósticos situacionais do território atendido, visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, atender urgências e emergências médicas e odontológicas no território ao longo da jornada de trabalho nas unidades, definir linhas de cuidado, analisar resultados alcançados, entre outras atividades (BRASIL, 2015). Um número bastante significativo das equipes pesquisadas diz fazer planejamento mensalmente e está com a agenda organizada para visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, atividade comunitária, consultas para cuidado continuado e acolhimento à demanda espontânea. Isto pode ter influência sobre o trabalho da equipe, dando mais direcionamento às ações, permitindo um caminho mais próximo da integralidade do cuidado, oferecendo à população um cuidado de melhor qualidade.

A reação das equipes foi a mesma quando questionei se se sentem reconhecidas por seus pares em relação ao trabalho que desempenham: um silêncio e uma pausa para reflexão. Pareciam precisar lembrar de alguma situação para responder a esta pergunta. Igualmente, foi a resposta depois desta pausa para pensar. Todas disseram que se sentem reconhecidas, mas não costumam falar muito sobre o assunto e nem demonstrar de maneira tão direta este reconhecimento. Todas as equipes entrevistadas coletivamente percebem o reconhecimento entre os pares por meio da dedicação com que cada membro realiza sua atividade e pela disponibilidade do outro em ajudar diante de situações do trabalho:

Eu vejo mais pela relação de respeito e de colaboração. Se isso for reconhecimento, eu vejo que a gente se reconhece dessa forma. Um ajudando o outro, se respeitando. Por exemplo, eu com ele, nós discutimos casos juntos. Eu com ele. Eu peço opinião dele. Às vezes, eu tenho a dificuldade, ele prontamente vem e ajuda a esclarecer. Mesma coisa

ele, quando tem uma dificuldade, ele me chama e eu vou. Então, é uma relação muito legal que é difícil inclusive. Essa relação enfermeiro e médico é difícil em outro local, mas graças a deus, ele e o outro médico. Todos os médicos, na verdade, que passaram. Nós tínhamos essa facilidade de chegar e de trabalhar dessa forma. Eu penso que, dessa forma, pelo menos, eu me sinto bem. A gente não chega falando nessa questão do reconhecimento, mas eu vejo que, na forma como a gente atua, eu penso que há, né, esse respeito mútuo, essa colaboração (Enfermeira – Equipe Maré).

Por exemplo, se eu preciso sair pra fazer alguma coisa eu digo "Enfermeira eu vou sair". Aí a outra diz "quer que eu faça alguma coisa?", "ah pode tirar o lixo?". Ela poderia dizer "não, o serviço é teu!", né? Que não dá pra fazer agora (Serviços Gerais – Equipe Maré).

Assim como a gente (Ela está falando da quantidade enorme de coisa que precisam dar conta no trabalho), pra não sobrecarregar o colega, a gente acaba ajudando. Acaba fazendo as coisas que nem é as nossas que a gente faz. E, mesmo assim, ainda tem reclamação. A gente faz um pouco de cada. A gente aprendeu no dia-a-dia. A gente vai tentando colocar em prática alguma coisa que a gente faz. Agendamento, que não é uma coisa nossa. Então, a gente vai fazendo outras coisas para que o trabalho desenvolva. Pra que não esbarre em falta de pessoas pra trabalhar ou de recursos (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

Isso me fez estabelecer uma comparação com o grupo de músicos que entrevistei durante o mestrado (ALVARENGA, 2013). Neste trabalho, ouvi muitas reclamações de que os colegas não se esforçavam tanto pelo coletivo e isso atrapalhava demais o trabalho. Nestas equipes, não ouvi em nenhum momento que houvesse este problema.

O processo de reconhecimento é de grande importância por sua capacidade de transformar o sofrimento em prazer nas atividades de trabalho. O reconhecimento, no contexto dejouriano, diz respeito mais especificamente à qualidade deste trabalho (DEJOURS, 2011). O foco é no fazer. Não pareceu muito claro para estes trabalhadores e trabalhadoras se eram reconhecidos(as) ou não entre seus pares. As falas indicam que o reconhecimento só é percebido na dedicação com que cada trabalhador faz o seu serviço. Para Dejours (2011), o reconhecimento que vem dos pares é o de beleza, quando se reconhece a habilidade, a inteligência, o talento pessoal, a originalidade e a estética do trabalho. Por estarem trabalhando lado a lado diariamente, são os pares que possuem mais condições de avaliar plenamente a qualidade da inovação técnica (DEJOURS, 1992). Contudo, não fica claro que existe este tipo de reconhecimento entre as equipes entrevistadas. O silêncio que surgiu logo após a pergunta sobre o reconhecimento entre os pares pode significar que não é uma prática comum entre a equipe. Índícios que sustentam esta proposição vieram de um dos coletivos entrevistados quando, ao final do encontro, a enfermeira ressaltou que o grupo não tem o costume de ressaltar a beleza, a eficácia, a importância, a habilidade com que o outro faz sua atividade.

“O reconhecimento dos outros é algo necessário para a validade de uma descoberta que teve início no embate com a realidade” (GERNET, 2010, p. 63). Isto posto, traz benefícios para o que torna o trabalhador um sujeito único: os seus modos de ser e agir no mundo (DEJOURS, 1992). Quem se afasta da realidade e do reconhecimento do outro se arrisca a cair no que Gernet (2010) chama de “solidão da loucura” ou alienação mental.

8.2 O caso da sobrecarga de trabalho das enfermeiras como coordenadoras de equipes

Houve um misto de reações quando se perguntou durante as entrevistas a respeito de como funcionava a hierarquia dentro da própria equipe. Em uma delas, existiu um consenso de que todas as decisões que cabem somente a equipe são tomadas em reuniões onde todos podem expressar seu posicionamento e votar. No entanto, essa hierarquia existe. Ela é exercida pelas enfermeiras que são as coordenadoras nas três equipes. Em apenas uma das equipes, eu não precisei falar diretamente com a enfermeira para solicitar a participação do grupo nesta pesquisa, falei com o médico. Ele fez todo o arranjo com o coletivo para que acontecesse a entrevista. “Eu não gosto de ser tratada como chefe”, diz a enfermeira da equipe Vai Levando sobre esta questão. Ela costuma dizer bastante ao grupo, “Eu sou igual a vocês!”, tentando mostrar a todos o seu esforço para que não haja um desnível de poder entre eles nas decisões do trabalho. Quando ela comentou isso, eu perguntei de imediato, “Mas você é a coordenadora, não é?”. Ela respondeu afirmativamente e, logo em seguida, ficou um silêncio no grupo. Silêncio que interpreto como sendo um sinal de que há um esforço para que as decisões sejam sempre discutidas entre todos, com pesos iguais nas votações independente do cargo que exercem, mas que as enfermeiras possuem um poder de decisão maior sobre o trabalho da equipe.

Para mais, verificou-se que a organização do trabalho das equipes está disposta de forma que acumula funções às enfermeiras. “Eu, enquanto enfermeira assistencial e gerente, eu me estresso muito também, porque eu tenho que tomar conta de praticamente tudo”, diz a profissional da equipe Vai Levando. Como uma de suas funções é gerenciar, elas são cobradas por isso. Os usuários vão até elas para reclamar quando determinado trabalhador, principalmente se for o médico, está atrasado para o trabalho. A gestão do município faz cobranças diretamente a elas. Esta condição de coordenação faz com que elas tenham de fazer cobranças aos demais integrantes da equipe e pressioná-los para o cumprimento do trabalho. Estar nessa posição as

incomoda, pois nem sempre são compreendidas pelos colegas. A maneira que encontram para reduzir esse sofrimento é ressaltar aos demais que, caso o trabalho não seja realizado, a cobrança será feita às enfermeiras. O trecho a seguir da fala da enfermeira da equipe Maré, demonstra com mais detalhes esse contexto:

Tá sendo, assim, uma cobrança muito grande em cima dos enfermeiros principalmente. Todas as situações, os insucessos, são porque o enfermeiro permite, porque o enfermeiro não tá sabendo conduzir, porque o enfermeiro não se planeja. Nós temos uma reunião distrital com o nosso coordenador do distrito e os enfermeiros. Só os enfermeiros. E essas reuniões são, assim, cansativas porque vem toda uma cobrança. Não tem farmacêutico, mas eu tenho que fazer o serviço do farmacêutico. Não tem nutricionista, mas eu tenho que assumir o papel do nutricionista dentro da equipe. Então, isso sobrecarrega o enfermeiro. O enfermeiro não ganha pra isso, mas as coisas vão chegando. “Ah, implantamos o sistema Hórus”. Agora toda a parte de farmácia, medicamento, impresso, tudo da unidade é atrás desse sistema. Quem é que vai pra treinamento? Enfermeiro. O ministério implantou isso aqui. Quem é que chama? Enfermeiro! A cobrança é toda em cima da gente. Isso tá... Se você for conversar com os outros enfermeiros, você vai ver...

Ela estava certa. Ao entrevistar as outras enfermeiras, os discursos foram semelhantes. Estes treinamentos de implantação de novos sistemas e reuniões com a gestão municipal produziram outro problema para as enfermeiras. Segundo elas, estes momentos são agendados com pouca antecedência. Como a equipe trabalha com uma programação mensal de atendimentos, ir a esses encontros faz com que elas tenham de cancelar atendimentos marcados com usuários. Estes sentem-se insatisfeitos e começam a duvidar da dedicação da profissional ao seu trabalho quando chegam até a unidade e não a veem. Dizem que ela não quer trabalhar. “Eu já vim aqui umas três vezes e a senhora não veio”, disse a enfermeira da equipe Maré citando a fala de uma usuária indignada com a situação.

Mais, elas se sentem sobrecarregadas pelo desenho do Programa de Saúde da Família. Este estabelece que as equipes atendam todo o ciclo da vida e inúmeros programas voltados para os mais diferentes tipos de doenças e usuários. A enfermeira da equipe Corda Bamba deu mais detalhes:

A gente tem que entender todo o ciclo da vida. Eles são muitos. É diferente da unidade, por exemplo, a equipe da unidade às vezes um profissional é responsável por dois ou três programas, às vezes dois ou um. E, aqui, a gente é responsável por todos os programas. Então, a gente sente uma sobrecarga. Porque a gente acaba não fazendo o que deveria ser feito em todos os programas. Um lá, dois, três, quatro, cinco, não vai ficar 100%. Como a gente tem programas que andam assim meio capenginha, que ainda não estão bem implantados. A gente tem o programa Saúde do Homem, mas a gente ainda não

conseguiu implantar, entendeu? O que funciona bem é a questão do pré-natal, do idoso. Aí funciona bem, mas tem os outros programas que vai funcionando assim. Porque é muita coisa. São muitas atribuições. Não é só a gente vir pra cá e atender paciente. É atender todos os programas, dar conta de tudo que eles pedem. Entendeu? Coordenar a equipe. Então são muitas coisas, muitas cobranças, muitas coisas em cima disso. Por exemplo, o enfermeiro, ele é um pouco de administrador dentro do programa, ele não é só o enfermeiro, ele é um pouco de administrador.

A enfermeira relaciona o grande acúmulo de programas precisa atender à diminuição da qualidade na execução destes. Para poderem dar conta de todos eles, precisam abrir mão da qualidade. O que não parece ser um problema para o modo com que o trabalho da equipe é avaliado pelas gestões municipais, estaduais e federais. Há uma preocupação quase que restrita com números. Se o programa está sendo executado, se certo número de pessoas está sendo atendido, cumpre-se o esperado. A qualidade deste atendimento não parece ser levada em consideração. Neste sentido, a estratégia para diminuir o sofrimento da equipe é executar os programas, mesmo sem tanta qualidade. Isso faz com que reduza o volume de cobranças feito pela gestão.

Exercer um cargo de gerência é, além de outras coisas, lidar com pessoas (ALMEIDA; MERLO, 2008). Para isso, é preciso certa maturidade, equilíbrio e bom conhecimento de relações humanas (NAKAYAMA, 1997). Da mesma forma, é necessário possuir a habilidade de coordenar o trabalho de outras pessoas, aquelas que estão subordinadas a você. Apesar desta habilidade ser tão necessária aos cargos de gerência, Chanlat e Bédard (1996) apontam que, no meio administrativo, há um apreço maior pelas qualidades técnicas do que relacionais.

O que mais tem sido visto nos trabalhos de quem gerencia serviços é a não existência de uma rotina, sendo quase sempre marcados pelo inesperado e pela novidade (ALMEIDA; MERLO, 2008). Durante meu período de doutoramento, fui convidado a falar sobre a saúde mental no trabalho de quem gerencia serviços de saúde em um município próximo à Belém. Pude dialogar com diversos profissionais de saúde que coordenavam hospitais, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família etc. Foi quando percebi mais claramente como este tipo de trabalho atravessa a vida destes profissionais, tendo bastante semelhança com o que tenho encontrado na literatura e nas entrevistas com as enfermeiras nesta pesquisa.

De maneira geral, gerenciar um serviço de saúde é ter de lidar com crescentes demandas por aumento de produção e atendimentos, além de transitar em diversas relações de poder

estabelecidas entre os profissionais (REIS, 2005). Do mesmo modo, a burocracia no processo de trabalho em saúde é um dos entraves (BRASIL, 2005). Os trabalhadores e trabalhadoras ressaltam a lentidão no fluxo do serviço como um fator de sofrimento. São muitos caminhos, protocolos e documentos para fazer solicitações e encaminhamentos de exames e consultas especializadas (KESSLER; KRUG, 2012). É preciso repensar urgentemente a estrutura de atendimentos e o fluxo das pessoas atendidas nas redes de serviços.

Weirich et al. (2009) trazem outra questão que veio à tona nestas experiências. Estes profissionais possuem pouca ou nenhuma autonomia financeira para executar o trabalho, somando-se a ações sem integração dentro da rede de saúde e grande quantidade de reuniões.

8.3 A relação com outras equipes do território

Há conflitos entre equipes que trabalham em territórios próximos. Isso apareceu em diversas falas. Os conflitos vêm das “focacas”, de coisas que possivelmente são ditas por estas outras equipes que causam incômodo nas equipes pesquisadas. Por exemplo, versões que os acusam de estar encaminhando usuários do seu território para serem atendidos por outras equipes. Há aqui um problema comum, o território de atuação não é bem definido. Por não terem este delineamento preciso, cria-se uma confusão ao atender pessoas que uma equipe diz ser da área da outra. Isso acaba incorrendo nesta situação adjetivada por eles com as palavras “desconforto” e “agonia”.

Os trabalhadores e trabalhadoras entrevistados se compararam com outras equipes. Perceberam que existe uma harmonia no seu coletivo que não havia em outros. Isso se mostra como algo fundamental que sustenta a permanência destas pessoas nas equipes. É o diferencial que faz elas quererem trabalhar diariamente. “Na outra unidade tem toda a estrutura, mas você já viu, né? Agora você pergunta assim, você quer ir pra lá? Não, não, não!”, comentou uma das agentes administrativas. Essa fala demonstra que o relacionamento entre os pares é mais importante para a equipe do que trabalhar numa unidade com estrutura física melhor. Reforço esta afirmação com algumas conversas que tive com o médico de uma das unidades, antes de conseguirmos realizar a entrevista coletiva. Ele dava estágio para alunos de medicina em uma unidade que foi entregue recentemente pela prefeitura. O primeiro encontro que tive com ele foi lá. Era um ambiente novo, as salas todas com ar-condicionado e pintura nova. Um espaço mais

aconchegante para os trabalhadores e usuários. Entretanto, apesar de convites, ele não quis trabalhar nesta unidade, pois o relacionamento entre os trabalhadores e trabalhadoras era bastante conflituoso, segundo ele. Acrescentou-se à situação, o processo de trabalho ser feito sem muita comunicação. O que o incomodava demais. Então, optou por continuar na equipe que está pelos laços já construídos ali e pela organização do trabalho, apesar da estrutura sofrivelmente adaptada que possuem para trabalhar. Este trecho do seu relato exemplifica o que estou apontando:

Uma coisa importa que é cada um respeitar o trabalho do outro. De saber como o meu trabalho pode afetar o trabalho dela, o trabalho dela (ele vai apontando para diferentes colegas da equipe). Como ela tava falando, se hoje eu não venho para cá, eu tenho que ter a responsabilidade de falar para ela o que vai acontecer para ela estar preparada. Para que esse problema, que era assim desse tamanho (ele gesticula de forma a mostrar um grande problema), fique um pouquinho menor. Não vai sumir o problema. O problema vai sumir se eu faço. Se estou aqui. Se eu não sou capaz de ligar pra ela e falar “me ajude aí que não vou dar conta de ir hoje pra unidade”. Entendeu? É uma forma. Se não, para ela... Imagina 15, 20 pacientes esperando lá fora. E ela sem poder passar uma informação para eles. O problema que se gera para esse pessoal que tá aí. Então, cada um tem que perceber o que fazer pra não atrapalhar o trabalho do outro. Então, isso faz com que essa equipe trabalhe um pouco melhor que a outra lá. Porque aquela equipe lá, a doutora não vem, a enfermeira não vem e ninguém fica sabendo. Eu fico vendo o que fica acontecendo no ambiente. Paciente que fica marcado, três vezes que ele vem e não vem o profissional pra atender ele. Aquele pessoal que tá lá na frente (na portaria) não sabe o que falar. É uma responsabilidade saber como cada um vai ajudar ao outro pra não atrapalhar o trabalho.

“Graças a deus a gente não tem mais problemas de atraso”, disse a agente comunitária depois da fala do médico, demonstrando um pouco a dimensão do problema para a equipe. O cumprimento do horário é apontado como uma das dificuldades existentes entre a própria equipe, segundo uma das enfermeiras. Esse não cumprimento produz um efeito nos usuários, afinal, segundo dizem as equipes, estes “não têm paciência de esperar”. Se esperam demais, começam a reclamar e isso produz sofrimento nos trabalhadores que estão na recepção.

A fala do médico demonstra uma estratégia coletiva para amenizar o sofrimento da equipe nestas situações, que é a de tentar sempre comunicar os atrasos dos trabalhadores e trabalhadoras com antecedência para os usuários. É uma postura de respeito em dois lados: Primeiro, entre os próprios membros da equipe, pois possuem uma percepção do sofrimento que é para o colega de trabalho ter de lidar com o atraso do outro; segundo, entre os membros da equipe para com os usuários, percebendo esta situação de espera sem previsão alguma de duração causa desconforto. A prática de entrar em contato um com o outro para avisar de atrasos, dá a possibilidade de tomar

decisões do tipo remarcar a consulta ou mesmo perguntar para os usuários se eles podem esperar mais um pouco até a chegada do médico ou da enfermeira.

Algumas trabalhadoras comentaram que seus atrasos costumam acontecer porque elas possuem filhos. “Quando a gente tem filho, a gente tem que sair”, diz uma agente administrativa referindo-se a situações onde precisam chegar em outro horário ou mesmo sair durante o expediente para resolver problemas familiares. Nestes casos, a comunicação entre eles é fundamental para que a equipe possa se reorganizar a fim dar conta da ausência de um de seus membros. Há uma flexibilização do horário de trabalho dentro desta equipe que funciona por conta da relação de cooperação que mantém entre si. O trabalho está bastante entrelaçado. Um depende do outro para que as ações da equipe sejam mais efetivas.

Temos mais um exemplo de cooperação entre as equipes quando seus membros estabelecem uma organização do trabalho dialogada que consegue se adaptar às necessidades de seus membros. Quando um não consegue chegar no horário, já avisa os outros do imprevisto e a equipe toda se organiza para dar conta nesta nova situação. Isso envolve a solidariedade do grupo e um processo de comunicação que funciona. Este contexto solidário, comunicativo e de maior mobilidade na organização do trabalho favorece a fixação dos trabalhadores naquela equipe, fortalecendo os laços entre eles.

8.4 A relação com os usuários

Merhy e Franco (2013) propõem que o trabalho dos profissionais de saúde é sempre relacional e em ato. Com efeito, o trabalho destas equipes entrevistadas é realizado no convívio diário com aqueles que recebem seus serviços. Alguns trabalhadores chegaram a descrever esta convivência como o estabelecimento de uma amizade:

A gente acaba criando até uma amizade, né? Um laço mesmo. Apesar de ser uma família que tu visita, que tu é apenas ali aquela pessoa, que tu és a ponte pra eles, a gente acaba criando esse vínculo, essa amizade até fora da área. Em qualquer local que a gente vê o paciente bem. Fora que a gente ajuda. Apesar das dificuldades, das limitações, a gente ajuda, tenta resolver, chegar até eles de alguma forma que a gente possa melhorar, né? Dar essa qualidade pra eles. Então, a gente acaba criando esse vínculo. Essas crianças, quando nascem, né? Tem toda uma... As grávidas. A gente vê elas grávidas, depois já vê um nenêzinho. Tá virando uma grande família (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

O vínculo com a população atendida pôde proporcionar vivências de prazer a estes trabalhadores e trabalhadoras. Elas foram observadas a partir de relações de amizade e da constatação de que o seu cuidado àquelas pessoas estava oportunizando que vivessem com mais saúde. Da mesma forma, acompanhar o surgimento de novas gerações das famílias cadastradas teve relação com vivências prazerosas.

Verificou-se que a intensidade deste vínculo parece fazer com que a população cuide dos trabalhadores. Um exemplo desta afirmação veio de relatos das equipes sobre situações de violência que foram amenizadas porque usuários interviram antes de que algo grave pudesse acontecer:

Em um outro emprego, eu fui fazer uma visita e o cara tava mongando (observando) a gente. Aí, quando ele quase que ia assaltar, o morador disse "enfermeira, entre rápido!". Aí, eu entrei dentro da casa e, aí, ele passou, mas eu ia ser assaltada. Aí, depois os ACS, foram três ACS me buscar porque eu só tava com um (Enfermeira – Equipe Maré).

A fala desta enfermeira é complementada e confirmada por situações vividas por outros profissionais da equipe. Os usuários alertam os trabalhadores e trabalhadoras sobre horários onde o risco é maior - no caso, depois das 11 da manhã -, protegem-nos dos assaltos levando-os para dentro de suas casas e alertam sobre ruas onde devem evitar andar a qualquer horário - pois, nem mesmo os moradores da rua estão livres de serem assaltados por seus próprios vizinhos. É possível resgatar aqui o cuidado que têm ao colaborar com a manutenção da unidade de saúde, oferecendo serviços de reparo para alguns aparelhos e equipamentos domésticos, já que a gestão municipal não dá conta de fornecê-los. Estas vivências podem ser relacionadas ao prazer de se trabalhar nestas equipes.

Do outro modo, é uma relação que proporciona muitas vivências de sofrimento. As equipes precisam lidar com a diversidade de jeitos de ser que cada pessoa atendida tem. Há um agravante, atendem uma população que mora nas periferias da cidade, que tem muitas limitações de acesso à saúde, à educação, ao saneamento básico, à renda, ao lazer e a outros direitos. São pessoas violentadas diariamente. Um dos conflitos principais é com impaciência dos usuários durante a espera para os atendimentos e a dificuldade destes em entender a lógica de organização dos horários de atendimento.

Como modo de organização do trabalho, as equipes tentam ao máximo que os atendimentos sejam feitos de maneira agendada a fim de que cada usuário seja atendido no seu

tempo e não sobrecarregue demais os profissionais. Algumas equipes organizam o trabalho estabelecendo horários específicos para o agendamento de consultas. Neste contexto, é comum presenciar diariamente a formação de filas para agendamentos. Na equipe Vai Levando, a título de exemplo, o horário é de 8h às 10h da manhã.

Algumas pessoas não aceitam essas regras. Elas chegam em outros horários que não os estipulados pela equipe e querem poder marcar sua consulta. Surge o conflito entre a necessidade do usuário e a organização do trabalho. É o real do trabalho se impondo sobre o que foi prescrito. Algumas pessoas atendidas reclamam dessa restrição no horário dos atendimentos, “Agora vocês colocam essas porcarias! Não dá pra ti agendar, não?”, disse uma agente administrativa citando fala de um usuário.

Em outras situações, o conflito aparece porque os usuários sentem que não são tratados da mesma forma pela equipe. Eles pensam que alguns são tratados com certos privilégios. A equipe Vai Levando descreveu um caso para ilustrar como isso acontece. Em determinada situação, uma usuária agendou sua consulta e, aproveitando a oportunidade, comentou que queria agendar para um senhor que ela conhecia e que estava muito doente. Para acolher logo a demanda, a agente administrativa marcou a consulta para o idoso. Posteriormente, esta usuária, conversando com outros usuários, comentou que a equipe havia feito dois agendamentos para ela. Estes usuários, foram até a unidade questionar esse “privilégio” indignados com o que ouviram.

Foi perceptível durante a entrevista que estas situações produzem impaciência e vivências de sofrimento psíquico nos trabalhadores e trabalhadoras que atuam diretamente com os agendamentos, os agentes administrativos. Percebeu-se que isto lhes era motivo de sofrimento pelo relato das formas de resistência que encontravam para lidar com a situação. Por meio da inteligência prática desenvolvida no dia-a-dia do trabalho, inventaram uma maneira de amenizar este sofrer dialogando com os usuários sobre o funcionamento dos agendamentos e pontuando situações excepcionais onde abrem exceções. Essas exceções são situações impostas pelo real do trabalho que fazem com que trabalhadores e trabalhadoras tenham de burlar suas próprias regras para que a tarefa possa ser realizada. A outra maneira que lidam com isso é por meio de uma defesa. Apoiam-se no pensamento de que “não é possível agradar a todos”, que a insatisfação dos usuários sempre existirá não importa o quanto se esforcem para fazer o melhor trabalho possível. Outra defesa bastante presente é recorrer à religião quando dizem “se nem Jesus agradou a todos...”. O sentimento que mais descreveram diante desta situação foi nomeado como raiva.

Outro sentimento que emerge da relação com os usuários é o de fracasso. Isso apareceu quando julgaram que estão se entregando ao máximo para cuidar das pessoas, “dando o seu melhor”, e, mesmo assim, ouvem discursos negativos da população sobre a sua atuação. Assim relatou uma agente comunitária,

Muitas vezes a gente faz o que não pode. E, por fazer o que não pode, eu levo esporrão (é repreendida) por coisas que eu faço que é errado. Mas, às vezes, a gente que trabalha com o povo... Teve uma vez que o doutor até brigou comigo que eu cheguei aqui chorando por causa de um paciente meu que faleceu, pelo fato de me envolver demais. E, de fato, eu me entrego mesmo para os meus cadastrados. E, muita das vezes, tu recebe deles uma coisa tão negativa quando abrem a boca pra falar de ti. Cara, tu te sente um fracasso. Eu me sinto. Cara, eu fiz tanto. Como é que a pessoa vem dizer que eu não faço? (Agente comunitária de saúde – Equipe Vai Levando).

Este contexto cerca a dinâmica do reconhecimento. Não se consegue transformar essas vivências de sofrimento em prazer quando não há o reconhecimento dos usuários depois de um trabalho extenuante. Sem esta via de transformação e escoamento, acumula-se uma tensão que leva os trabalhadores e trabalhadoras a se sentirem fracassados. Esse sentimento de fracasso parece ser comum em situações onde não há reconhecimento. Pode haver uma perda de confiança em si mesmo, gerando dúvidas sobre a qualidade do seu próprio trabalho e produzindo uma crise na maneira como o(a) trabalhador(a) se vê (DEJOURS, 2011).

Aqui, gostaria de destacar uma estratégia coletiva de defesa que me parece muito comum aos trabalhadores da saúde. Ela é utilizada para evitar o sofrimento que a dinâmica do vínculo com os usuários provoca. É a estratégia de “evitar se envolver demais”. Algo tão disseminado entre esta categoria de trabalho que é fácil encontrá-la nos mais diversos serviços da rede. Os trabalhadores e trabalhadoras tentam impedir a criação de laços mais aprofundados com as pessoas que cuidam para que isso não os abale emocionalmente, podendo trazer-lhes algum prejuízo na atuação. Tenho percebido isso tanto na atenção básica, que tem o estabelecimento de vínculos duradouros (longitudinais) por uma regra de ofício, quanto nos outros níveis de atenção. Exemplificando, é marcante naqueles trabalhadores e trabalhadoras que lidam com pacientes gravemente adoecidos e que constantemente os veem morrer, como quem trabalha em atendimentos de urgência ou cuida de pessoas com tuberculose, câncer, portadoras do vírus HIV e outros similares.

É uma estratégia de defesa tão consagrada dentro do trabalho em saúde que, no relato anterior, quando a agente comunitária contou que chegou aos prantos na unidade por saber do

falecimento de uma pessoa do seu território, foi repreendida de imediato pelo médico da equipe. Os outros também demonstraram certo incomodo. Foi a mim percebido quando a enfermeira ressaltou durante a entrevista que sempre auxilia a equipe a não se envolver demais. Acredito que isto ganha uma dimensão inconsciente por conta da constante repetição desta regra no ambiente de trabalho, a ponto de surgirem questionamentos sobre a capacidade daquela pessoa que expõem demais seu sofrimento de conseguir trabalhar nesta atividade que exige “controle emocional”. A experiência de ver a agente chegando aos prantos deve causar incômodo a todos da equipe, pois os faz entrar em contato com uma condição do trabalho a qual todos estão expostos: o grande sofrimento (e até a morte) dos usuários atendidos.

Outro caso que serve de ilustração aconteceu em rápida (e fracassada) visita a uma unidade básica de saúde em busca de equipes para participarem da pesquisa. Na ocasião, pude conversar com a diretora da unidade. Ao explicar-lhe a pesquisa, ela começou a despejar diversos sofrimentos que tem vivido naquele trabalho. Compartilhou um caso que aconteceu com a enfermeira mais experiente do local. Esta, ao receber a notícia que um dos usuários que cuidava havia tido um resultado de teste de HIV positivo, abalou-se profundamente. A enfermeira passou dias vivenciando um grande sofrimento. Parece ser inconcebível para esta diretora que uma profissional tão experiente pudesse reagir desta forma. Como uma profissional com quase 30 anos de profissão ainda se deixa envolver tanto emocionalmente com um usuário para chegar a esse ponto?

Tal contexto mostra algo que é característico das estratégias coletivas de defesa. Aqueles que não conseguem aderir a elas são rejeitados pelo coletivo e se tornam uma ameaça ao grupo (DEJOURS, 2012). Isso acontece como mecanismo de proteção do próprio coletivo contra a derrocada das estratégias defensivas, já que significaria exposição ao sofrimento. Os trabalhadores que se tornam essa ameaça têm sua capacidade de trabalhar questionada, manifestando insinuações de que é melhor a sua saída para uma outra profissão ou para outro local de trabalho ou no mesmo local, mas em outra atividade menos relacional. Quem sabe até aposentadoria.

Outro conflito desta relação entre profissionais e usuários que é fonte de sofrimento psíquico vem da dificuldade destes últimos em entender ao modelo da estratégia de saúde da família. Houve diversas falas que demonstraram isso. A enfermeira da equipe Vai Levando relatou que algumas pessoas os buscam para atendimentos de urgência e emergência, que seriam

atribuições das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Como forma de resistir a esse sofrimento e como uma regra de ofício, cabe a estes profissionais o trabalho de educar as pessoas ensinando-os sobre o que é de responsabilidade da equipe de saúde da família e até onde vai o limite do seu atendimento.

Quando questionei como se sentiam diante desta incompreensão do funcionamento de uma equipe de saúde da família, a palavra que figurou foi “impotência”. Os trabalhadores e trabalhadoras relataram que queriam oferecer o cuidado necessário para a população, mas caíam num dilema, pois percebiam que precisavam estabelecer limites para o atendimento. Caso contrário, estariam se submetendo a uma sobrecarga de trabalho que poderia prejudicar sua própria saúde física e mental. Assim, respeitar as atribuições de cada ponto da rede de atenção é uma forma de resistir diminuindo a carga de trabalho num cenário em que a demanda por atendimentos é elevada.

A população fica indignada, pois ela quer ser atendida naquele momento, não importa qual seja o seu problema. A ela parece não interessar se o sistema de saúde é dividido da forma que está. Quer ser atendida de imediato onde quer que esteja. Quando é atendida e não tem seu problema resolvido, sequer passou algum exame, sente-se revoltada e questiona a atuação do profissional, dizendo coisas do tipo, “A enfermeira não presta!”. Isto implica em vivências de sofrimento para profissionais, pois a dinâmica do reconhecimento não transforma este sofrimento em prazer. Quando o usuário não reconhece o trabalho desenvolvido, está questionando a utilidade do que os trabalhadores estão fazendo. Esta é uma das dimensões do julgamento que abrange a dinâmica do reconhecimento (DEJOURS, 2011). Os casos de usuários que entram com denúncias no ministério público contra a equipe acrescentam-se a isso. Em certos momentos, esta denúncia sequer é sobre questões de competência da equipe:

Porque os pacientes denunciam uma coisa que não está no nosso alcance, né? Aí, a SESMA vem em cima da gente por causa da denúncia (Agente comunitária de saúde – Equipe Corda Bamba).

A gente tem paciente aqui da área que é da área dela, que necessitava do Melhor em Casa. São pacientes do Melhor em Casa. Existe programa, né? Mas é difícil a família compreender, entendeu? Que não cabe à equipe aqui. A equipe faz o que ela pode, mas, determinadas coisas, não dá pra gente fazer. Tem que ser uma outra equipe que tem que fazer, que tem que agir. Aí, a gente tem essa sensação e isso é ruim pra gente. Isso dá um... Mexe com o nosso psicológico, com o nosso emocional, com a nossa saúde mental (...) Aí, o cara já é contratado no limite, que pode sair a qualquer momento. Aí, tu te sente como se tu tivesse ali numa corda bamba. A todo momento em desequilíbrio. Não tá em equilíbrio, em harmonia. Tu anda parece ali numa linha, num risco de ser

derrubado a qualquer momento. Isso é uma sensação muito ruim (Enfermeira – Equipe Corda Bamba).

É importante perceber nesta última fala a relação que a enfermeira estabeleceu entre o trabalho da equipe e sua própria saúde mental. Além do convívio conflituoso com os usuários, que “mexe com o psicológico”, há o contrato que rege o trabalho. Os usuários denunciam a equipe e essas denúncias se transformam em mais pressão por parte da gestão municipal. Os trabalhadores e trabalhadoras que estão atuando sobre um contrato frágil, que pode ser terminado a qualquer momento, sentem-se vivendo em uma corda bamba, sem equilíbrio, sem harmonia. Trabalham convivendo com o risco constante de cair quando menos esperam. E, abaixo desta corda, o que há é o desemprego em um país que vive num momento de crise política, econômica e democrática.

Igualmente, há debaixo desta corda a possibilidade da patologia mental. Posteriormente na entrevista, esta mesma enfermeira falou do seu próprio adoecimento e o de outras colegas da mesma equipe:

A gente já trabalha todo o dia ouvindo queixas. A gente já trabalha com a saúde. Então, todo o dia a gente vem pra cá pra ouvir queixas, pra ouvir o problema dos outros. Então, isso já mexe com a gente. Só esse fato de estar todo o dia “problemas, problemas”, isso vai somatizando no nosso psíquico, inconsciente, acredito eu. Aí, vão acontecendo as outras coisas, somando, somando. Aí, chega uma hora que aquilo explode. Como aconteceu comigo e tá acontecendo com duas colegas agora aqui dentro. Com uma aconteceu primeiro, depois comigo e depois tá acontecendo com outra. A mesma situação de entrar em depressão e síndrome de pânico (Enfermeira – Equipe Corda Bamba).

A falta de reconhecimento no trabalho, o constante contato com o sofrimento dos usuários e os mais diversos problemas advindos deste contexto acumulam-se e resultam em descompensação mental. Se este sofrimento todo não encontra vias de escoamento por meio da sublimação e do reconhecimento, acumula-se até o ponto em que chegamos à patologia. Justamente o reconhecimento, que funciona como uma maneira de nos proteger da loucura, aparece raramente no trabalho destas equipes. Cabe assinalar que a doença é uma forma do corpo de resistir ao sofrimento.

Resta àqueles que ainda não adoeceram encontrarem formas de resistir e se defender. “A gente tem que levar no banho maria”, comentou o técnico em enfermagem da equipe Vai Levando, demonstrando sua defesa para lidar com o sofrimento advindo do contato com os usuários. Ele trabalha especificamente com a triagem dos pacientes. É responsável por

encaminhar o paciente para a enfermeira ou para o médico, dependendo da análise que faz do caso. Apesar de sua aparente tranquilidade no jeito de falar, ele disse se sentir cansado de lidar com usuários “estressados” que chegavam muito impacientes até eles, tratando todos os trabalhadores com grosseria e depois fazendo comentários negativos sobre suas atuações para os demais usuários. Exemplificou relatando situações em que chegaram acusando o médico de ter passado medicação errada. Ele, então, com o saber-fazer adquirido em anos de mobilização subjetiva naquele contexto de trabalho, começou a fazer perguntas para ter mais detalhes do que a pessoa estava dizendo. Percebeu que o usuário não estava fazendo o uso correto do medicamento por não ter entendido o comando do médico ou por tomar o remédio da maneira que bem entendia. Sua resistência para sofrer menos foi procurar ter calma e orientá-lo da melhor maneira que pôde. Há situações em que mesmo com todo este cuidado na orientação, não há reconhecimento do trabalho pelo usuário, como bem descreveu:

Tem vezes que a gente não tem o medicamento aqui e orienta, “Não tem aqui, mas você pode pegar essa receita e ir nessa unidade aqui”. Eles não falam diretamente, mas quando tão lá fora eles falam, “Tem aí, mas ele que não quer dar!”. São coisas assim. Eles vão falando. Não tem que ir lá brigar com eles não. É... a gente vai levando.

É como canta Tom Jobim, “Mesmo com toda a fama, com toda a Brahma, com toda a cama, com toda a lama (...) a gente vai levando”. Mesmo com falta de estrutura, com falta de reconhecimento, com falta de medicamento, com todo sofrimento, os trabalhadores e trabalhadoras das equipes vão levando. Levar no “banho maria”, como disse o técnico, é uma gíria popular que tem o sentido de ir levando sem se importar, sem se deixar abalar. Aqui há outra defesa contra o sofrimento. Para não sofrer neste contato com a impaciência, a incompreensão dos usuários, o trabalhador desenvolve um mecanismo de abstrair certos aspectos da interação com o outro. Ele desenvolve uma estratégia de defesa de suspensão do seu pensamento por alguns instantes, para que possa seguir trabalhando sem que o real do trabalho lhe faça sofrer. Dejours (2012) afirma que uma das características das estratégias coletivas de defesa é jogar contra o pensamento. Desenvolve-se uma forma de agir no trabalho que faz com que não se pense naquilo que ameaça a coesão psíquica de cada um.

Deve-se considerar que estamos falando do setor de serviços. Isto implica numa “relação de serviço” que acontece diretamente entre o produtor deste serviço (trabalhador da saúde) e o cliente (usuário). Utilizando Dejours (2008), este tipo de atividade necessita que se consiga a

cooperação do beneficiário na sua própria produção. Significa que o trabalhador da saúde precisa educar o usuário para que ele consiga realizar o seu próprio cuidado, compreenda a enfermidade que o acomete, saiba os momentos exatos de tomar os remédios e entenda o que pode acontecer se utilizá-lo de maneira incorreta. Se o usuário não participa do cuidado, o trabalho fracassa. De tal maneira, há o desafio de compreendê-lo enquanto um ser único, com suas especificidades. Deve-se levar em consideração o seu contexto de vida e seus modos de ser no mundo para que se possa construir um cuidado que mais personalizado e, assim, mais propício de conseguir a sua cooperação. Isto não é algo simples e demanda intensa mobilização subjetiva dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde na relação com usuários. Não se compreende esse contexto pensando nas pessoas somente enquanto corpos doentes. É preciso vê-los enquanto vida e complexidade.

Outra defesa dos trabalhadores é recorrer à religião. Esta mostrou-se comum no discurso de algumas pessoas das equipes. Manifestou-se como forma de suportar as agruras da relação com os usuários. Em acréscimo, compreender que atendem uma população que mora na periferia, com baixo poder aquisitivo e acesso limitado à direitos, parece ajudá-los a lidar com o sofrimento:

Quando eu saio de casa, eu oro tanto, “Ai, senhor, me dai paciência, hoje. A todo momento. Hoje, amanhã... me dai paciência”. Porque eu sou assim meio, sabe... Porque a gente vê a situação, a dificuldade das pessoas também da área, né? Os pacientes são pessoas de periferia que vivem uma vida com essas questões financeiras, econômicas. Mexem muito com a pessoa. Já cheguei lá, “Olha nunca passou agente comunitária aqui”. Fala, fala, fala! A gente já entra, né? A gente tenta minimizar a situação. A gente tenta explicar, mas, mesmo assim, ainda tem gente que ainda não entende. Isso mexe com a gente, né? A gente fica até mesmo desmotivada pra trabalhar. Enfim... (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

Há vivências de sofrimento psíquico relacionadas ao desrespeito dos usuários com o horário de descanso intrajornada. O tempo que possuem para almoçar e recompor a energia para continuar trabalhando é constantemente interrompido. Existem usuários que têm consultas marcadas para às 13h30, mas chegam às 12h na unidade para esperar o seu horário. É exatamente no horário de almoço dos trabalhadores e trabalhadoras. Sofre mais nesta situação quem trabalha na portaria e na triagem, pois os outros profissionais conseguem “fugir” e cumprir seu horário de descanso. “Às vezes é almoçar, abrir e atender. A gente nem senta”, diz uma das agentes que ficam na portaria. Ela riu bastante contando que há momentos em que eles não conseguem nem escovar os dentes.

Esse sofrimento se percebe pelas formas de resistência para amenizá-lo. Sem negar a realidade, admitindo que os usuários não respeitam o horário de descanso, a equipe mobiliza sua inteligência coletiva. Enquanto uns almoçam, outros recebem as pessoas na portaria e vão adiantando o trabalho. Assim que os primeiros terminam de almoçar, os que ainda não comeram ganham mais um tempo para se alimentarem e fazerem sua higiene. Entretanto, os trabalham na portaria e na triagem, para conseguir descansar, confessam que trancam a porta da unidade durante cerca de meia hora. Quando um usuário começa a bater anunciando sua chegada, eles “abstraem” e deixam a pessoa “bater mais um pouquinho”. Novamente, figura a habilidade subjetiva do trabalhador e da trabalhadora de suspensão da realidade por alguns instantes, a fim de não pensar no que está acontecendo e poder ter um período de descanso um pouco mais pleno.

Observa-se nos contextos de trabalho contemporâneos uma desestruturação cada vez maior dos espaços informais, como o momento de almoço, e formais, como reuniões de planejamento (DEJOURS, 2012). A precariedade do trabalho destas equipes de saúde da família favorece a diluição destes espaços. A equipe Vai Levando, a título de exemplo, estava com uma sobrecarga de trabalho tão elevada que não conseguia sequer organizar seus espaços formais, como os expedientes internos e reunião para discussão do processo de trabalho. Algo que as outras equipes entrevistadas conseguiam. Há uma pressão grande exercida pelos gestores pela produtividade. Os trabalhadores e trabalhadoras acabam ficando isolados, desfavorecendo a formação desses espaços formais e informais de deliberação. Existe uma desorganização entre o próprio coletivo, talvez fruto dessa demanda elevada de trabalho que não contribui para a construção dos espaços formais. Esta equipe, como apontado, mal consegue almoçar junta, pois chegam usuários a todo momento. O médico, consciente desta necessidade, apontou que a situação seria mais favorável se a estrutura da unidade fosse adequada, com uma portaria e um local para que os usuários possam ficar esperando com mais conforto. Como não é, precisam trancar a porta da unidade nos momentos de intervalo.

Com a redução destes espaços informais, diminuem os reajustamentos dos modos de trabalhar, a sintonia fina entre os trabalhadores ou mesmo as “interpretações coletivas” das ordens estabelecidas pela coordenação (DEJOURS, 2012). Estes espaços são preenchidos pelas práticas de convivência. É o momento de falar da família, do resultado do último jogo do Remo e

do Paysandu¹⁸, dos acontecimentos políticos que estão nos jornais, etc. O autor afirma que, quando esses momentos são reduzidos, diminuem as deliberações informais sobre o trabalho, fazendo a equipe caminhar para uma coordenação mais autoritária e burocrática. Rumará mais ainda nesta direção ao não conseguir sequer montar também os espaços formais.

Antes de finalizar esta seção e passarmos para a análise mais aprofundada da relação entre a equipe e a gestão municipal, cabe aqui comentar sobre um caso acontecido com a equipe Maré. Apesar de seu contexto diferenciado atendendo populações ribeirinhas, ela também padece de problemas muito semelhantes como a falta de reconhecimento dos usuários e a precariedade do trabalho.

No período de realização da entrevista coletiva, estava acontecendo algo que tornou a relação com os usuários fonte de inúmeras vivências de sofrimento psíquico. Por conta da quebra do motor da lancha que faz a travessia dos profissionais até a unidade, os trabalhadores e trabalhadoras estavam recebendo a solidariedade dos moradores da localidade. Estes disponibilizavam à equipe o transporte de ida e volta somente três dias por semana. Boa parte da população local não conseguia entender o fato da equipe funcionar somente três dias durante a semana. Por conta disso, compartilhavam entre eles discursos negativos sobre o trabalho. O que mais incomodava a equipe era a visão de que “não queriam trabalhar”. Isso era vivido como uma ferida narcísica. O coletivo se sentia injustiçado ao ver seu trabalho sendo desqualificado por acontecimentos que fugiam do seu controle. “Eles não conseguem enxergar o nosso lado”, disse a profissional dos serviços gerais.

Como maneira de resistir ao sofrimento, buscavam conversar com os usuários. Durante uma das minhas visitas à unidade, presenciei uma reunião que a equipe marcou para dialogar com a população. Comentaram que, quando fazem isso, poucas pessoas aparecem. Nesta reunião, este padrão foi seguido. Vi apenas quatro representantes da comunidade. Isso era frustrante para a equipe, pois esperavam que mais pessoas tivessem interesse pelo que estava acontecendo com eles. Assim conta a enfermeira da equipe:

Nós já marcamos uma reunião e apareceu apenas duas pessoas. Nós íamos exatamente expor, né? Até mesmo para eles entenderem como é que é esse organograma. O que é que compete uma equipe de saúde da família na ponta, qual é a nossa competência, que nós não gerenciamos o dinheiro. Não depende de nós comprarmos o motor novo. Quem

¹⁸ Os dois principais times de futebol da cidade de Belém

é que é o gestor disso, é isso... entendeu? É esse momento que nós vamos agora conversar e esclarecer pra população entender como é que funciona, como é que está estabelecido esse saúde da família (Enfermeira – Equipe Maré).

Da mesma forma que aconteceu com as outras equipes entrevistadas, esta teve dificuldades quanto a compreensão dos usuários a respeito de como funciona uma equipe de saúde da família. No caso desta equipe, vai além. A comunidade ribeirinha parece ter um ritmo diferente das populações dos grandes centros urbanos. Ela comparece à unidade somente pela parte da manhã. À tarde, o movimento cai drasticamente. Segundo a equipe, há uma pressão enorme principalmente em cima do médico para que atenda todos no máximo até uma da tarde. Os moradores querem voltar para a sua casa a tempo de fazer o almoço. Além do que, no início da tarde, têm por costume ficar em casa descansando no já costumeiro “período da sesta”, que é sagrado para muitas famílias da região.

Quando pergunto à equipe se sente que seu trabalho é reconhecido pelos usuários, a maior parte dos discursos vão no sentido do não reconhecimento. “A gente ouve mais cobrança, né? Do que realmente reconhecimento”, contou a enfermeira da equipe. Ela pareceu ser a mais incomodada com esta relação. Afirmando isso por conta das expressões não verbais dela quando a trabalhadora dos serviços gerais, que é moradora da comunidade, disse que a população reconhecia e tinha uma grande admiração pelo trabalho da equipe. A enfermeira franziu a testa demonstrando não concordar com o que estava sendo dito. Depois da fala, ela chega a admitir que já ouviu depoimentos bons sobre o trabalho, mas que a maioria é de cunho negativo. Para confirmar, eu comentei em seguida, “Vocês não se sentem tão reconhecidos”. Ela imediatamente responde de maneira direta com um simples “não!”. Depois, o médico tentou ressaltar que os idosos costumam reconhecer mais o trabalho da equipe do que os jovens. Em seguida, a agente de serviços gerais disse à enfermeira, “Os adolescentes que vem já vêm com dois, três filhos, né, doutora?”. Ela respondeu “E quatro pedras (na mão) também...” e deu uma gargalhada intensa que foi compartilhada pelos demais da equipe.

Toda aquela dor e penúria de trabalhar podem se tornar algo prazeroso ao final quando se reconhece o trabalho que está sendo feito. Há uma sensação de que, no fim, valeu a pena. Assim é com um músico que leva na ponta do instrumento todo sofrimento de sua atividade e, quando termina de tocar aquela canção que lhe demandou dias e dias de trabalho para executá-la, é seguido de aplausos efusivos da plateia (ALVARENGA, 2013). Como ressalta Dejours (2011), a maioria de nós espera a chance de fazer a diferença na vida em sociedade. Nós reivindicamos o

direito à contribuição. Mas, quem estará lá para aplaudir o trabalhador da saúde ao final do cuidado? Nesta plateia, pelo que foi verificado até agora, estão os colegas de trabalho e apenas poucos usuários.

8.4.1 Trabalhar e morar na mesma comunidade

Outro aspecto relacionado ao sofrimento psíquico e que envolve a relação com os usuários é o fato de vários trabalhadores e trabalhadoras morarem no mesmo território das pessoas que atendem. Nas três equipes, percebeu-se que técnicos em enfermagem, médicos e enfermeiras (com exceção de uma) não moram no mesmo bairro em que atuam. Como é o caso de um dos médicos que reside em um bairro vizinho e na entrevista chegou a brincar dizendo que, apesar de ser o único a não morar na localidade, é sempre o primeiro a chegar. Os agentes comunitários de saúde, alguns agentes de portaria e técnicos administrativos residem no território em que trabalham. Isso produz consequências na vida deles. Como neste trabalho o vínculo com a comunidade é intenso, residir na mesma localidade faz com que a população tenha fácil acesso aos trabalhadores fora de seu horário de trabalho. Há uma extensão da sua jornada para os momentos em que estão em casa, para os momentos de lazer no bairro e para outras situações.

Esse assunto causou muitas gargalhadas durante o grupo com a equipe Vai Levando. Um dos agentes de portaria ressaltou que andava mais “aliviado” porque estava morando num local afastado do território e completa, “Mas quando era na outra casa, eles iam lá me incomodar até dia de sábado”. Ele comentou essa situação com bom humor. Perguntei a ele porque as pessoas o procuravam, já que é agente de portaria. Ele explicou, “É porque fico nessa área de marcar exame”. Os usuários o procuravam perguntando, “Vai ter exame?”, “Quando é que vai o meu encaminhamento? Vai marcar tal dia? Que horas?”.

Como mencionado, não só em casa eles são procurados. Uma das agentes administrativas descreveu situação onde saiu para almoçar com a família e determinado usuário chegou até ela no restaurante local dizendo, “Minha mãe tá passando mal! Segunda, eu vou lá, tá?”. Quando ela descreveu esse momento, todos os participantes do grupo riram bastante principalmente ela e o outro agente administrativo. Ela continuou contando outro instante onde estava na parada de ônibus esperando o transporte público quando apareceu um senhor hipertenso e falou, “Ei, nem

levei as fezes, mas eu vou levar lá segunda-feira!”. Do mesmo modo, todos caíram em gargalhadas.

“Vou te confessar que tem dias que eu respiro fundo”, disse uma das agentes comunitárias de saúde ao começar a relatar como se sente. O trabalho do agente comunitário de saúde é ainda mais próximo do usuário que o de qualquer outro profissional da equipe. Ele entra na casa das pessoas, sabe onde moram e as pessoas sabem onde ele mora. Contou que usuários chegam a acordá-la às 6 da manhã para pedir informações que, segundo ela, poderiam ser obtidas em outro momento. Quando isso acontece, ela e outros têm uma técnica de “respirar fundo” para poder responder menos agressivamente. Chegaram a brincar dizendo que precisam sair de madrugada de casa porque, do caminho de sua residência até a unidade, são parados diversas vezes pela população para responder questionamentos do tipo, “O médico vai hoje?”.

Percebe-se que responder inúmeras vezes às mesmas perguntas contribui para o sofrimento no trabalho destes agentes. Como as equipes tem poucos agentes comunitários para o tamanho da área que cobrem, isso impacta na quantidade de pessoas que os procuram para resolver problemas. Mesmo que cada agente tenha seu território estabelecido, pessoas de outros territórios os procuram. “Não vou lhe dizer que é mentira, mas eu me sinto estressada. Muito! Tem dias que eu venho aqui no posto e digo: Égua, tu é doido!”, comentou uma das agentes. Sua linguagem corporal durante a entrevista, respirando e espirando profundamente, demonstrava muito cansaço e impaciência. Perguntei a ela o que faz para dar conta desta situação. Ela respondeu

Tenho que confessar que uma hora eu explodo. Porque eu sou uma pessoa assim que tem hora que eu boto pra fora. O meu explodir é assim, com choro. Dá vontade de largar tudo, “Não quero mais!”. É assim.

Quando devolvi a pergunta para toda a equipe, apareceu um silêncio. Uma das agentes administrativas faz uma expressão facial que comunicou sentir de maneira semelhante o que a colega de equipe sentiu. De fato, esta havia acabado de mencionar que diversas vezes pensou em “largar tudo” e sair deste trabalho. No entanto, não o fez por não ver outra perspectiva de empregabilidade no momento.

8.5 A relação com a gestão municipal

A relação com a gestão municipal é a mais complicada. Não surgiram nas entrevistas coletivas nenhuma fala que pudesse ser relacionada a vivências de prazer. Foram sempre de sofrimento. Os conflitos eram inúmeros e abarcaram a falta de diálogo com os trabalhadores, as perseguições políticas, as constantes cobranças por produtividade e a falta de apoio no desenvolvimento de atividades.

Cabe aqui comentar que, quando perguntei a respeito de como avaliavam sua relação com a gestão, as expressões dos trabalhadores demonstraram preocupação e constrangimento. Houve risos nervosos, troca de olhares e silêncio. Até que as primeiras palavras começaram a serem ditas numa certa coragem de falar o que se sente:

Não tem como ser uma relação amigável. Já vive uma relação de conflito desde o nosso ingresso aqui. Desde a nossa entrada, já foi conflitante. Fora as ameaças. É conflito o tempo inteiro (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

Um problema específico que contorna o trabalho das enfermeiras é a falta de diálogo da gestão no momento de marcar reuniões com as coordenadoras da equipe, como mencionei na seção anterior. Elas trabalham com agendamento de consultas. Uma reunião informada sem antecedência cria problemas entre as profissionais e os usuários, pois precisam desmarcar consultas agendadas às vezes com um ou dois meses de antecedência. As pessoas que tiveram suas consultas suspensas as pressionam, colaborando para vivências de sofrimento psíquico:

Às vezes, marcam reunião em cima da hora e eu tenho de deixar 10 crianças aí, hipertensos, gestantes. Eu não gosto porque é um paciente que vem, já tá esperando, já tá ansioso, tem aquela dificuldade, quer fazer o exame daqui pro próximo mês. Eu peço pro coordenador me avisar com antecedência (Enfermeira – Equipe Vai Levando).

O real do trabalho vem se impondo novamente e produzindo sofrimento ao quebrar todo o planejamento dos profissionais. Estas reuniões marcadas em cima da hora mostram que as decisões tomadas pela gestão municipal caminham de forma verticalizada e burocratizada sem que aja um processo de negociação com a equipe. As interrupções da atividade para dar conta destas reuniões e treinamentos parecem aumentar a carga de trabalho e gerar novos sofrimentos aos trabalhadores e trabalhadoras, pois precisam reorganizar toda a sua rotina para dar conta destas solicitações. Em acréscimo, há uma questão importante na gestão do trabalho que é a da educação permanente. Ela precisa ser entendida como parte da carga horária e ser bem planejada

para não gerar sobrecarga para os trabalhadores e trabalhadoras nem conflitos entre esses e os usuários.

No caso de não cumprimento das agendas feitas sem um planejamento prévio por parte da gestão municipal, as enfermeiras sentem o peso do conflito entre a atenção à saúde dos usuários e o cumprimento efetivo da ordem da gestão superior. A não participação pode até ser entendida como insubordinação e muitos trabalhadores e trabalhadoras sentem medo de serem repreendidos ou demitidos por isso. Aqueles que têm contratos frágeis de trabalho, que são a maioria dos trabalhadores da atenção básica de Belém, estão sempre andando numa corda bamba. Obedecer às ordens da gestão faz com que essa corda trema menos e se ganhe um pouco mais de sustentação. Ser obediente e dócil é uma estratégia que pode ajudar na sua permanência no trabalho e evitar transtornos com seus superiores hierárquicos.

No entanto, há aqueles que resolvem oferecer algum tipo de resistência e questionar, por exemplo, o salário que recebem. Já mencionei na seção sete que um dos médicos entrevistados relatou diversos problemas com o valor mensal que recebe pelo seu trabalho e que existem algumas reuniões com a gestão que envolvem somente médicos e enfermeiras da atenção básica. Este médico contou que já questionou seu vencimento mensal em uma delas, cobrando um valor que o município lhe devia e nunca havia sido pago. Como resposta, foi colocado contra as enfermeiras em um intuito de fazê-lo se calar, pois as profissionais da enfermagem recebiam bem menos:

A prefeitura me deve, hoje, mais de 89 mil reais da contrapartida... É assim... Até quando trocou nosso coordenador, ele tentou logo querer bancar a questão, assim, de cobrar hierarquia. Assim, existe uma rixa de alguns enfermeiros com médicos e médicos com enfermeiros. Isso é uma coisa costumeira de acontecer. Felizmente, aqui (em sua equipe) não acontece. Esse foi um dos motivos que me fez ficar aqui porque me dou muito bem com a enfermeira. O que acontece, ele fez uma primeira reunião e eu questionei isso. Aí, ele tava questionando o meu salário que, na verdade, o meu salário é pouco. O salário do brasileiro é pouco. Hoje, se for ver bem, o brasileiro, o salário mínimo devia ser no mínimo 2600 reais. Então, eu questionei ele porque, assim, querer questionar o meu salário que já é pouco pela minha qualificação? E ele começou a comparar o salário da enfermeira comigo. A enfermeira, ela tem muitas responsabilidades. Até mais que eu. Se fosse o gestor, eu pagaria o salário mais alto pra ela. Seria justo.

Colocar os profissionais uns contra os outros é uma forma de desestruturar o coletivo de trabalho. Isso produz isolamento, a perda da confiança e da solidariedade, além de deslealdade e medo (DEJOURS, 2012). Essa é uma estratégia da gestão municipal para lidar principalmente

com os profissionais da medicina. Põem os outros contra eles por receberem salários mais altos que os demais e ainda estarem reclamando. Ainda há um pouco mais de coragem nos médicos para reivindicar melhores salários que as demais profissões da saúde, pois a profissão médica goza de certo privilégio que a faz ser uma das raras profissões onde não se observa grande desemprego no Brasil.

Este receio dos trabalhadores em ir em busca de valores que a gestão municipal lhes deve está na consequência desse ato que pode ser a não efetivação dos profissionais no município, no caso daqueles que estão em programas como o PROVAB e o Mais Médicos. Assim como, figura o medo dos profissionais que estão sobre contratos temporários, pois esses contratos são mais fáceis de serem rescindidos.

Abordando este assunto em específico, Dejourns (2007) afirma que os trabalhadores em cargos de gerência sabem que o uso da ameaça de demissão pode aumentar a produtividade. Esta situação se intensifica em um contexto onde há elevado nível de desemprego, criando uma disputa entre a massa de desempregados e aqueles que estão trabalhando. Quanto maior é o contexto de fragilidade social, mais ele pode ser usado como potencializador das ameaças dos gerentes.

O medo é uma arma quente nas mãos dos gestores. A constante ameaça de demissão que paira sobre as equipes da cidade funciona como maneira de “acionar todo um cabedal de inventividade para melhorar sua produção (em quantidade e qualidade), bem como para constranger seus colegas, de modo a ficar em posição mais vantajosa do que eles no processo de seleção para as dispensas” (DEJOURS, 2007, p. 57).

Mesmo muitos evitando reivindicar questões salariais, os trabalhadores e trabalhadoras demonstram resistência ao procurarem a gestão municipal para falar de condições de trabalho. Há uma surdez seletiva dos gestores para este assunto. As equipes sentem que estão falando e não estão sendo escutadas. Sentem também que não são bem-vindas na Secretaria Municipal de Saúde, pois os gestores desviam seu caminho e simplesmente ignoram quando as encontram:

Hoje quando me veem já entram por uma porta, já vão se escondendo (Nesse momento, ela ri) (...) Fogem. A gente percebe que a nossa presença parece que não é bem-vinda. As pessoas já te olham assim "ah, já vem de novo com o mesmo assunto". De tão crônico que é o problema, eu já me vejo assim na Secretaria Municipal de Saúde. Tanto que é um local que eu não gosto de ir (Enfermeira – Equipe Maré).

Os trabalhadores sofrem, pois sentem falta de uma gestão que os escute. Gostariam de pelo menos uma vez por mês ter um momento com os gestores onde possam falar sobre o seu trabalho. Verificou-se que há um desejo de que a gestão demonstre mais interesse em solucionar os problemas da equipe. As equipes querem ser ouvidas, querem poder falar sobre o que não está bem ou ao menos estabelecer um mínimo de diálogo. Esta pesquisa funcionou como uma maneira delas falarem sobre suas vivências no trabalho. Algo que se assemelha ao que gostariam que a gestão municipal fizesse mensalmente.

Este silenciamento dos trabalhadores e trabalhadoras demonstra que não há cooperação entre os diferentes níveis hierárquicos. É uma relação de dominação no exercício do comando. Algo extremamente desigual que não abre tanto espaço para os trabalhadores poderem decidir alguns aspectos sobre a organização do seu próprio trabalho. Uma organização de trabalho estanque, proporciona poucas formas de transformar o sofrimento em prazer. Há um impedindo de que as mobilizações subjetivas dos trabalhadores e trabalhadoras possam se tornar regras do seu próprio trabalho. Assim, boa parte da sabedoria prática adquirida no trabalho vivo não chega a produzir mudanças na organização do trabalho.

No lugar do diálogo e da escuta, recebem diversas cobranças e respostas negativas às suas solicitações. “A SESMA é uma hierarquia de cobranças. Cobram eles e eles cobram as enfermeiras”, disse rindo uma das agentes comunitárias de saúde. As cobranças são feitas estritamente com base na produção de cada equipe.

Há uma polícia dos números operando na Secretaria Municipal de Saúde. A informatização do trabalho nas unidades de saúde contribuiu para esta vigilância quantitativa. Todas as equipes precisam colocar sua produção em um sistema eletrônico conhecido como e-SUS AB. Esse sistema é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para montar um grande banco nacional de informações sobre a atenção básica. Seu intuito é favorecer a melhoria dos serviços de saúde por meio do monitoramento destes dados. É um projeto excelente, porém, pelo que contam os trabalhadores e trabalhadoras que participaram desta pesquisa, vem sendo usado mais como ferramenta de cobrança de produção das equipes do que de melhoria da qualidade dos serviços:

A gente quer prestar uma qualidade melhor de atendimento, mas às vezes pela questão dos vínculos... Porque eles falam muito em números. Pra eles, é melhor o médico, se o médico tiver atendendo, por exemplo, 20, 25 pacientes por dia é excelente, é lindo. Mas será que a qualidade está legal? Será que a qualidade está boa? 25 pacientes numa

manhã? Mas, aí, seria ótimo! 25 numa manhã. Tá ótimo! - ela fala de forma bastante irônica (Enfermeira – Equipe Corda Bamba).

Esta enfermeira levantou uma discussão relevante para a avaliação do trabalho em saúde: Afinal, vamos nos preocupar só com os números? Como fica o cuidado? Esse que é justamente aquela parte invisível do trabalho em saúde que acontece em ato e que não pode ser mensurável, é o trabalhar. Aliás, o que é trabalhar senão este invisível que emerge no dia-a-dia do contato com o real? Para onde vai toda a inventividade deste trabalhador que brota da relação com os usuários, com seus pares, com as máquinas, com seus superiores? Sempre que ousamos transformar isto em números, estamos avaliando outra coisa que não é o trabalhar.

Para Dejourns (2008), as práticas de avaliação do trabalho levam a situações muito complicadas quando não são discutidas com a equipe. O trabalhador e a trabalhadora acabam algumas vezes sendo injustiçados a respeito de sua real contribuição. O autor aponta que a avaliação do trabalho não dá clarezas sobre o que está medindo. Desta forma, serve mais como um instrumento usado para intimidar e dominar os trabalhadores, além de operar anulando a subjetividade da vivência do trabalho. O autor também ressalta as limitações de uma avaliação do trabalho:

A intensidade do esforço é, no entanto, altamente variável para um mesmo trabalho, conforme este é realizado por um homem, uma mulher ou uma criança, segundo o tamanho, a corpulência, o estado de saúde, a idade, as condições de recuperação etc. de cada um. Todavia, a intensidade não é a única dimensão que deve ser levada em consideração com o tempo de trabalho. Há também a dimensão qualitativa do esforço com, em seu centro, o sofrimento e seus destinos no trabalho. Para um mesmo tempo de trabalho, uma pessoa estará descobrindo uma sensação de alegria e prazer em troca do seu sofrimento (o engenheiro, por exemplo), enquanto outra terá apenas frustração em troca do seu sofrimento (como o operário que ganha por produção). As consequências do sofrimento sobre a saúde, ou seja, as consequências da dimensão qualitativa do esforço, podem ser bastante diferentes de um indivíduo para outro (DEJOURS, 2008, p. 35).

Para termos mais detalhes desta polícia dos números, as cobranças que os trabalhadores e trabalhadoras recebem da gestão são baseadas em metas que nada mais são do que números de atendimentos a serem atingidos. O agente comunitário de saúde tem um número de visitas domiciliares a cumprir diariamente, assim como médicos e enfermeiros têm um quantitativo de pessoas que devem prestar assistência durante os dias de trabalho. Isso causa um transtorno aos trabalhadores, pois esses números não consideram o real do trabalho e nem as realidades de cada localidade:

Eles (Agentes comunitários de saúde) têm visitas domiciliares a cumprir. Eles têm números. São 10 visitas por dia. Por mês, 140. Então, eles têm que ter no mínimo de 140 visitas mensais. Se, por algum motivo, acontecer alguma coisa, uma reunião, uma atividade que tire eles dessas visitas, isso já causa um transtorno. Já vem "ah, enfermeira, o que é que eu faço com as minhas visitas". Já é uma situação delicada porque tem que ser cumprido. Atendimentos também. A gente tem números de atendimentos aqui, não pode baixar, tem que cumprir. Se baixar, "por que baixou?", "O que é que está acontecendo?" (Enfermeira – Equipe Corda Bamba).

As equipes concordam que essas metas nem sempre são possíveis de serem atingidas e apontam diversos contextos para demonstrar isso. Na fala que acabou de ser exposta, a enfermeira se referiu à questão do vínculo com os usuários como algo que interfere no cumprimento da meta de atendimentos. O mesmo ponto foi evidenciado por uma das agentes comunitárias de saúde para descrever a dificuldade de fazer 10 visitas domiciliares por dia

Eles querem 10, mas a gente tá na casa de uma idosa. Ela quer conversar. Eu não vou deixar de visitar, né? Aí, ela me pega a manhã todinha lá. Aí, eu não vou deixar. "Não, deixa eu ir me embora! Tenho de visitar mais nove!" (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

O vínculo aparece novamente como um entrave para o exercício do trabalho neste modo verticalizado como está organizado. Que vínculo é este que se quer quando se estabelecem quantidades elevadas de atendimentos aos trabalhadores? É um vínculo respeitoso com as necessidades de cada usuário, com trabalhadores e trabalhadoras e com especificidades locais ou que busca somente atender a critérios técnico-científicos que homogêizam as relações de cuidado? Como se pode estabelecer metas tão cristalizadas se o encontro entre profissionais e usuários é construído em ato, se o trabalho acontece em ato e sempre resiste às nossas tentativas de aprisioná-lo? Só podemos esperar muito sofrimento em um contexto de trabalho em saúde como este.

A dificuldade aumenta quando verificamos as especificidades locais. As famílias dos territórios destas equipes de Belém têm muitos membros. São mães, pais, filhos, netos, bisnetos morando na mesma casa. Há domicílios onde residem mais de 20 pessoas. Nestes casos, as visitas domiciliares são demoradas, o que inviabiliza o atendimento das metas. O período de cadastramento das famílias é quando a carga de trabalho mais aumenta por conta da quantidade de domicílios com muitas pessoas.

As cobranças para atingir metas tornam-se ainda mais penosas aos trabalhadores e trabalhadoras quando estes percebem que não há uma disposição dos gestores em oferecer

condições de trabalho para isso. Solicitam condições mínimas para a realização de atividades, como papel para imprimir as fichas de cadastramento das famílias.

O sofrimento é intensificado causando mais revolta pelo modo como a gestão municipal conduz essa situação. Os gestores, como acabei de salientar, fazem uso de ameaças para silenciar os trabalhadores e trabalhadoras por meio da perda do emprego. É preciso demarcar que a conversa que a gestão tem com os agentes comunitários de saúde é diferente, pois estes possuem um vínculo empregatício um pouco mais difícil de ser encerrado e foi a categoria profissional que notadamente demonstrou mais revolta e resistência na relação com a gestão. Seus vínculos são feitos por meio do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. São ligados diretamente este programa do Estado e não com o município. Isso lhes dá proteção e conseqüentemente mais disposição do que os que são contratados precariamente pelo município para enfrentar a gestão local.

Segundo as agentes entrevistadas, todos os gestores distritais possuem a mesma estratégia: Primeiro, afirmam não ter como disponibilizar o que a equipe quer, depois, caso a equipe se mostre insatisfeita, sugerem para que os trabalhadores peçam demissão.

Quando a gente pede eles falam, “Olha o que tem é isso? Tu quer trabalhar? Essas são as condições. Ou tu aceita essas condições ou tu entrega o teu emprego” (Agente comunitária de saúde – Equipe Corda Bamba).

As agentes comentam que anteriormente a maior parte delas era contratada por indicação. Esse tipo de vínculo parece favorecer uma relação maior de submissão de empregados àquele que os indicou. Estes trabalhadores e trabalhadoras parecem demonstrar menos sua insatisfação, tendendo a aceitar mais facilmente as condições de trabalho que lhes são impostas. Experiências semelhantes podem ser verificadas em outras regiões do país (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008; CHAVES; MIRANDA, 2008; PINTO; MENEZES; VILA, 2010).

O reconhecimento do trabalho caminha dentro deste campo de conflitos. Profissionais relataram pequenos gestos que lhes fazem perceber que há um reconhecimento da gestão municipal pelo trabalho que fazem. Pontuam que é mínimo, quase inexistente, a ponto de dizerem que não se sentem reconhecidos.

Averiguou-se que as equipes relacionam o reconhecimento da gestão ao recebimento de elogios pelo trabalho realizado. O que acontece muito raramente e, quando acontece, demonstram

não se sentirem elogiadas. Diminuem estes elogios nomeando-os de “tapinhas nas costas”, transparecendo que os percebem como mera formalidade, sem autenticidade, sem substância, sem verdade.

Vendo pela ótica da dinâmica do reconhecimento do trabalho em Dejours (2011; 2012), o reconhecimento entre trabalhadores e trabalhadoras de diferentes níveis hierárquicos se configura como de utilidade. Ele é percebido em duas vias: a constatação e a gratidão. A primeira diz respeito a reconhecer a contribuição dos trabalhadores e trabalhadoras na construção da organização do trabalho, algo que não acontece segundo as equipes entrevistadas. O autor escreve que este tipo de reconhecimento, visto pelo andar de cima da hierarquia, significa admitir que o seu trabalho de planejar as ações das equipes tem limitações. Não se admite isso com tanta facilidade em uma relação hierárquica. Significa “dar o braço a torcer” e dizer ao trabalhador que ele estava certo quando falava que aquela quantidade de atendimentos por dia era inviável, que as reuniões marcadas em cima da hora prejudicavam o trabalho, que a equipe precisava de profissionais de outras áreas para aliviar mais a carga de trabalho das enfermeiras, etc. Pelo que se observa, a forma de reconhecimento principal praticada pela gestão é a segunda mencionada, de gratidão pela contribuição dada à organização do trabalho. Porém, é feita de forma tão escassa e displicente que não é considerada sequer como reconhecimento pelos que a recebem.

A dinâmica do reconhecimento se agrava quando as equipes relatam que a utilidade de seu trabalho que parece mais interessar aos gestores é a de poder fazer uso dos bons resultados que obtém para promover a si mesmos dentro das relações na Secretaria Municipal de Saúde. É como se, para estes coletivos, o reconhecimento da gestão não valesse de nada, pois veem-se sozinhos trabalhando sem qualquer apoio, retirando de seus próprios recursos as ferramentas fundamentais para o trabalho:

Se tem um elogio, é porque nós fizemos algo. Nós fizemos do nosso bolso. Aí, eles vêm, né? Manda um elogio? Não, né? Um tapinha nas costas. E eles se promovem em cima disso. Não porque eles deram algum suporte (Agente Comunitária de Saúde – Equipe Corda Bamba).

Trabalhar vivenciando esta relação de extrema cobrança por produtividade, sob constante ameaça de demissão, com falta reconhecimento e sem as condições de trabalho necessárias, fez com que uma das enfermeiras resumisse como ela mesma se sente e, a meu ver, contempla as vivências de boa parte dos trabalhadores entrevistados. Já ao final da entrevista com a equipe

Corda Bamba, ela comentou: “Isso tudo vai dando uma estafa, vai dando um desânimo, uma frustração, entendeu? Vai dando... A força de vontade parece que vai acabando”. É um constante processo de esgotamento.

Da mesma forma, é importante tentarmos visualizar o contexto de trabalho dos superiores hierárquicos das equipes, porém sem se ater muito, pois não é um dos objetivos primordiais deste trabalho. Em minha tarefa enquanto um dos organizadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Pará, pude conversar com diversos gestores da atenção básica do estado. Chegamos a nos reunir com representantes de mais de 40 municípios para informá-los sobre o processo de avaliação externa do terceiro ciclo do programa. Nessa oportunidade, pude ouvir estes sobre as dificuldades que têm encontrado no trabalho de gerenciamento das equipes de saúde da família. E, resgatando o que relatei anteriormente, fui convidado a fazer uma fala sobre Saúde Mental no Trabalho para gestores de um município bem próximo à Belém. Nela estavam diretores de hospitais, de Unidades de Pronto Atendimento, coordenadores da atenção básica, saúde mental, da humanização e diversos programas, entre outros. Essas ocasiões me mostraram a elevada carga de trabalho e sofrimento psíquico de quem trabalha gerenciando serviços de saúde vivencia diariamente.

Um cargo de gerência exige lidar com pessoas (ALMEIDA; MERLO, 2008). Então, é preciso maturidade, equilíbrio e conhecimento relacional (NAKAYAMA, 1997). Além da habilidade de lidar com as pessoas que você coordena, é preciso domínio do meio administrativo (CHANLANT; BÉDARD, 1996).

O que se vê na literatura e que observei nestas experiências é que o sofrimento psíquico relacionado a este fazer diz respeito a não existência de rotina, sendo o inesperado e a novidade eternas companheiras da atividade do trabalho em saúde (ALMEIDA; MERLO, 2008). Sofre-se também por enfrentar uma grande demanda por aumento de produção, por atendimentos e por ter de transitar em diferentes relações de poder estabelecidas entre os profissionais (REIS, 2005). A penúria se estende por conta da burocracia dos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2005), a lentidão no fluxo do serviço com inúmeros entraves para se fazer solicitações e encaminhamentos de exames e consultas especializadas (KESSLER; KRUG, 2012), mínima autonomia financeira para executar o trabalho e a grande quantidade de reuniões (WEIRICH et al, 2009).

Arrisco-me a escrever aqui que a maneira com que os gestores e gestoras da atenção básica de Belém têm reagido às tentativas de diálogo das equipes e reivindicação de mais condições de trabalho, que é por meio da surdez, da ameaça e de produção de silenciamento, é fruto de uma estratégia coletiva de defesa alertada por Dejours (2012). Segundo ele, todo este descrédito dado às contribuições dos trabalhadores e trabalhadoras para a organização do trabalho, que no seu caso são operários de uma indústria de risco, pode ser uma forma de se defender do sofrimento que lhes causa admitir a imperfeição do seu planejamento. Seria admitir o seu fracasso enquanto gestor na viabilização do trabalho das equipes que coordena. Da mesma forma, incluem-se as condições de trabalho presentes no exercício da gestão. Esta é uma hipótese que pode guiar futuras pesquisas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar as condições e a organização do trabalho das equipes de saúde da família da cidade de Belém e investigar quais estratégias utilizam para trabalhar diante das adversidades ao lidar com o sofrimento psíquico. De maneira geral, foi possível verificar que tanto as condições quanto a organização do trabalho demonstraram ter ampla relação com as vivências de sofrimento e de prazer destes profissionais. As condições de trabalho foram o ponto mais ressaltado pelos trabalhadores e trabalhadoras como o de maior penúria. Frente a isso, não é estranho que uma das palavras mais marcantes ditas nas entrevistas coletivas a respeito do que sentiam diante das condições de trabalho era “impotência”.

Ressalta-se que a falta de infraestrutura adequada é um problema em todas as pesquisas analisadas no levantamento de literatura. A pergunta que fica é: existe algum lugar no Brasil onde os trabalhadores da atenção básica estão atuando em condições tal como as preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica? Pelo que se percebeu com esta tese, a resposta é não. O que talvez torne a nossa política para o setor, apesar de todos os seus avanços, uma espécie de peça de ficção científica quando se analisa o real do trabalho.

Um exemplo de como o real do trabalho interfere no prescrito da política é o vínculo. Esta uma das palavras que mais representam o modelo da Estratégia de Saúde da Família. Diz respeito à relação entre profissional da equipe e população atendida. Espera-se que este vínculo seja fortalecido. Todavia, há outro tipo de vínculo que está cada vez mais frágil e guarda relação intensa com o primeiro: o empregatício. Ele contribui para a alta rotatividade dentro das equipes pondo fim às relações construídas entre profissionais e usuários.

O vínculo com a população atendida é uma cruz que estes trabalhadores e trabalhadoras carregam. Mostra-se importante para a manutenção de saúde mental destes a ponto até de resistirem a mudanças de território para não perderem o contato com as famílias atendidas. Afinal, como diria Vinicius de Moraes: “A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida”. Depois que encontram com a população do seu território, não querem mais abandoná-la, apesar dos espinhos. Buscam evitar a criação de laços tão fortes com os usuários para não padecerem quando estes são acometidos por alguma doença grave ou até mesmo a morte. Ou seja, o mesmo que vínculo é fundamental para o trabalho pode ser um perigo para a saúde.

Cabe pontuar que este “afastamento afetivo” como estratégia coletiva de defesa pode estar servindo para reforçar o modelo de cuidado biomédico, onde toda a existência do usuário no mundo é reduzida a uma enfermidade ou ao corpo biológico. Esse tipo de cuidado serve para distanciar os trabalhadores e trabalhadoras da saúde de todas as outras arestas da vida das pessoas que atendem. Assim, não precisam ouvi-las demais, saber de sua história de vida, do seu contexto social, do que sofrem, do que se alegram etc., mantendo a couraça que os protege do sofrimento do outro.

O convívio com a violência está muito presente neste trabalho. As equipes atuam em locais onde há pontos de tráfico de drogas. Certas vezes, mesmo com medo, precisam acessar esses locais durante as visitas domiciliares, pois há a presença de usuários que fazem parte de seu território de atuação. Em acréscimo, correm risco de assalto diariamente. Contudo, são protegidas pelos próprios usuários, que as orientam a não fazerem visitas domiciliares em certos períodos do dia a fim de resguardarem sua própria segurança.

Foi possível perceber que a precarização encontrada no trabalho das equipes de saúde da família de Belém intensifica o trabalho e contribui para o aumento do sofrimento. Ela também tem o efeito de neutralizar a mobilização coletiva contra o sofrimento e a dominação, pois trabalhar nesta insegurança serve como modo de manter as pessoas sob controle. As equipes dificilmente irão interromper os serviços para pedir melhores condições de trabalho, salários descentes ou juntar-se com outras equipes para reivindicar algo se estão vivendo nesta corda bamba dos contratos temporários.

Um efeito deste contexto é o silêncio das equipes, a cegueira e a surdez da gestão municipal. As equipes se sentem menos encorajados a expressar sua indignação e, quando conseguem, não são ouvidas pelos que gerenciam os serviços. A gestão parece desenvolver uma “cegueira institucional” a ponto de não ver ou não querer ver o que está acontecendo. Possivelmente, isto é uma forma de se proteger contra o sofrimento. Uma limitação desta pesquisa foi não ter ouvido estes trabalhadores. É fundamental que futuras pesquisas possam investigar o trabalho de quem gerencia serviços de atenção básica, como os coordenadores de distrito e os coordenadores de atenção básica e secretários de saúde.

O processo de devolutiva para as equipes serviu como forma de validação do conteúdo desta tese na medida em que expôs aos participantes as análises de suas falas. Não houve

contestação ao que foi exposto. Isto talvez se deva porque o pesquisador pode não ter criado as condições necessárias para que ela surgisse, foram feitos somente dois encontros.

As devolutivas também funcionaram como estímulo para as equipes pensarem no que poderia ser mudado no trabalho a fim de favorecer a saúde. A principal necessidade de mudanças elencada pelas equipes era referente às condições de trabalho. No entanto, a devolutiva acabou sendo indutora de mudanças na organização do trabalho. Isso foi observado na única equipe que ainda não conseguia ter reuniões semanais para planejamento e discussão do processo de trabalho, a equipe Vai Levando. Nesta situação, uma das proposições do encontro de devolutiva foi a marcação de uma primeira reunião interna. Sabendo da dificuldade da equipe, que me relatou constantemente ser sua sobrecarga de trabalho o motivo pelo qual “vão levando” sem se reunir, instiguei o grupo a aproveitar aquele instante em que estavam todos reunidos para deixar agendada a reunião. Não foi difícil fazer isto, pois percebeu-se que as sextas-feiras pela parte da tarde não tinham programação alguma na agenda. Logo, definiram este período para reunião interna. Resta saber se esta prática será mantida ou se existe aí outro tipo de resistência às reuniões semanais de planejamento que não seja somente a sobrecarga de trabalho e a consequente “falta de tempo”. Talvez, as sextas à tarde fiquem livres para os trabalhadores e trabalhadoras saírem mais cedo e assim aliviar o peso de uma semana intensa. Aqui aponto outra limitação desta pesquisa, a de não ter conseguido fazer mais encontros coletivos com as equipes e assim poder acompanhá-las durante mais sessões, investigando mais a fundo o trabalho e sua relação com a subjetividade.

Esta pesquisa atravessou um período de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica. A nova portaria de número 2.436 de 21 de setembro de 2017 que revogou a portaria anterior ainda não estava vigente na fase de entrevistas coletivas. Sendo assim, este estudo foi realizado com as normativas anteriores. Esta mais recente regulamentação da política de atenção básica vem em um contexto desfavorável para a saúde pública. Estamos sob um limite de gastos em até 20 anos aprovado pelo congresso por meio da Emenda Constitucional 95. A nova portaria traz algumas mudanças na política que foram desaprovadas por diversas entidades como: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, Conselho de Enfermagem (Cofen), Conselho de Odontologia (CBO), Federação Nacional dos Agentes

Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias e Federação Nacional dos Enfermeiros. Em síntese, ela caminha na direção da acumulação flexível, organizando o trabalho de agentes comunitários de saúde de modo que acresçam funções de agentes de combate a endemias e de técnicos em enfermagem. Ela também permite que se criem equipes de atenção básica sem a presença de agentes comunitários de saúde e deixe à critério de cada município estabelecer a quantidade mínima de agentes nas equipes de saúde da família. Nesta última, sua presença ainda é obrigatória. Nas entrevistas coletivas, foi possível perceber de maneira sutil como as agentes comunitárias de saúde estavam vivenciando a possibilidade dessas mudanças. Elas se mostraram preocupadas que essa flexibilização no número mínimo de agentes pudesse fazê-las perder seu emprego ou mesmo aumentar a sua carga de trabalho.

Esta não é uma preocupação sem motivos. Foram levantadas múltiplas situações em reunião organizada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) do Conselho Nacional de Saúde no dia 20 de março de 2018¹⁹. Discutiu-se os impactos destas mudanças sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde. A Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (FENASCE) trouxe dados de 300 demissões de agentes ocorridas só no ABC Paulista e relatou cenas semelhantes de exoneração em massa nos municípios de Embu das Artes, Barueri, Carapicuíba, Santos e nos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Sergipe. Pensando na limitação desta tese de não ter acompanhado este processo de mudanças e seus reflexos no trabalho, é necessário que novos estudos investiguem à fundo como esta nova política está atravessando o fazer das equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde em especial.

Ademais, foi importante verificar as diferenças entre as equipes de saúde família e a equipe de saúde da família ribeirinha. A organização do trabalho destas últimas depende do movimento da maré. Parafraseando a música de Ruy Barata e Paulo André Barata, artistas paraenses, esse rio é a rua das equipes ribeirinhas. Se a maré está baixa, não há como visitar diversas famílias. Então, a sabedoria de quem conhece o movimento das marés, portanto dos moradores locais, é importante na organização do trabalho. Não há como deixar as agentes comunitárias de saúde, a trabalhadora dos serviços gerais e o piloto de lancha fora da discussão do processo de trabalho. As primeiras moram na localidade e o último é quem leva os

¹⁹ <http://www.susconnecta.org.br/2018/03/especialistas-denunciam-demissoes-em-massa-apos-mudancas-na-pnab/>

trabalhadores e trabalhadoras por entre os rios. Mais ainda, esse acesso exclusivo pelo rio faz com que a violência, tão presente no dia-a-dia do trabalho das equipes urbanas, não seja um problema. Inclusive, é fator que faz com que trabalhadores e trabalhadoras prefiram continuar atuando ali. Da mesma forma, o rio limita o acesso da população de outros territórios, fazendo com que a equipe não seja acessada por uma demanda muito grande de pessoas fora da sua área de cobertura. Isto os preservar de uma carga mais intensa de trabalho que as equipes urbanas têm. Outra limitação deste estudo foi não ter contado com agentes comunitários de saúde durante a entrevista coletiva com a equipe ribeirinha. Estes não estavam na unidade no dia por conta de uma atividade externa. Suas vivências enquanto moradores da comunidade poderiam ter enriquecido mais as análises do trabalho em um serviço que atende populações ribeirinhas.

A participação de outros trabalhadores e trabalhadoras das equipes, como agente administrativo, agente de portaria, piloto de lancha e profissional de serviços gerais trouxe uma potência para o entendimento do contexto de trabalho. Futuras pesquisas podem investigar melhor os aspectos do fazer destes profissionais principalmente a relação de terceirização existente com os trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de limpeza.

O trabalho das equipes de saúde da família, diante do cenário político que vem se desenhando e das observações feitas nesta pesquisa, ruma cada vez mais para os aumentos no número de tarefas e na quantidade e complexidade dos problemas de saúde das pessoas atendidas nas unidades. Da mesma maneira, se encaminha para as diminuições no efetivo de profissionais e nos recursos para melhoria das condições de trabalho. Está acontecendo um sucateamento dos serviços de saúde. Contudo, é possível produzir beleza mesmo da sucata. Esta beleza é o cuidado produzido pelas equipes de saúde da família que participaram desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Letícia Laurino; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 139-157, 2008.

ALMEIDA, Tatiane Santos Couto de. **As repercussões do processo de trabalho na saúde do enfermeiro no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva), 166 p, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.

ALVARENGA, Eric Campos. **A coragem de Ser Músico de Orquestra Sinfônica: Uma Análise Baseada na Psicodinâmica do Trabalho**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2013.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1439-1452, 2009.

ATHAYDE, Milton; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Saúde mental e trabalho: questões para discussão no campo da saúde do trabalhador. In: **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Editora Fiocruz, 2011. p. 345-367.

BENDASSOLLI, Pedro; SOBOLL, Lis Andrea. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

BOURDIER, Pierre. Compreender. In: BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do Mundo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 01 de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 set. 2011b.

BRASIL, M. S. Secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica. **Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, Serie Pactos pela Saúde**, v. 4, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 2 v. il. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n. 3).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 set. 2016.

CHANLAT, Alain. BÉDARD, Renée. Palavras a ferramenta do executivo. CHANLAT, Jean-François. **O Indivíduo na Organização**. Dimensões Esquecidas. São Paulo: Editora Atlas, v. 1, 1996.

CHAVES, Mônica Campos; MIRANDA, Alcides Silva de. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 153-167, 2008.

CLOT, Yves. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 207-234, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100015&lng=pt&nrm=iso.

COLOMÉ, Isabel Cristina Dos Santos. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), 97 p., Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

COREN. **Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica.** Conselho regional de Enfermagem de Minas Gerais, 2012.

COSTA, Marta Cocco da et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev Gaúcha Enferm**, p. 134-140, 2012a.

COSTA, Rossana Mota et al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 147-163, 2012b.

COTIAS, Paulo Marcelo T. Procedimentos em biossegurança na tuberculose. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 65-67, dez. 2001. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2001000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 mar. 2018.

CUNHA, G. T. Peculiaridades da Clínica na atenção básica. **A Construção da Clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Ed Hucitec, 2010.

DE MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

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

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elizabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, p. 119-45, 1994.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, Christophe. **Banalização da Injustiça Social, a.** FGV Editora, 2007.

DEJOURS, Christophe. Trabalho, tecnologia e organização. **Avaliação do trabalho submetida à prova do real: Crítica aos fundamentos da avaliação.** São Paulo: Blucher Editora, p. 172, 2008.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth, JAYET Christian, organizadores. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2009.

DEJOURS, Christophe. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. DEJOURS, Christophe; LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte organizadores. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**, v. 2, p. 49-106, 2011.

DEJOURS, Christophe. Trabalho vivo: trabalho e emancipação. **Brasília: paralelo**, v. 15, 2012.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. A disciplina e a prática da pesquisa da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. El proyecto ético-político de la humanización: conceptos, métodos e identidad. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jan. 2017.

ENGELS, Friedrich. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ANTUNES, Ricardo. (Org.) **A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p. 11-28 (originalmente publicado em 1896).

FERNANDES, Janielle Silva et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.

FONSECA, Janaína Molinari Veloso. **O generalista na estratégia de saúde da família: Um hércules entre a rotatividade e a utopia**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciência da Nutrição), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2011.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, Jan.-Mar.; 7(22): 5-9, 2012.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, em Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 152:345-53, abr-jun, 1999.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREUD, Sigmund. Além do princípio de prazer. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente (1915-1920)**. v. 2. Trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006 (Originalmente publicado em 1920).

FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão**. L&PM, 2010 (Originalmente publicado em 1927).

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Editora Companhia das Letras, 2011 (Originalmente publicado em 1930).

FREUD, Sigmund. **Obras Completas: Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos:(1920-1923)**. Companhia das Letras, 2011 (Originalmente publicado em 1921).

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cad Bras Saúde Mental**. 2, 1984-2147, 2009.

GERNET, Isabelle. **Psicodinâmica do reconhecimento. Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, p. 61-76, 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**, 22(6):1171-1181. 2006.

GONÇALVES, Ivana Regina. **O cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde: relações com os usuários e equipe de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), 147 p., Universidade Estadual Paulista, 2009.

GONTIJO, Laís Marques. **Avaliação da qualidade de vida e contexto de trabalho da equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de Uberaba-MG**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Atenção à Saúde), 90 p., Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2012.

HELOANI, José Roberto; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. In: **Prod.**, São Paulo, v. 14, n. 3, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2011.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JESUS, Danielle Sandra Da Silva De. **A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), 93 p., Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm**, p. 49-55, 2012.

KOSTER, Isabella; MACHADO, Maria Helena. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 47, p. 33-44, 2012.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

LOPES, Denise Maria Quatrin. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde no trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 110p., Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

LOPES, Denise Maria Quatrin et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer–sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, 2012.

LOUZADA, Renata Sabrina Maciel Lobato. **A morte como ofício: prazer-sofrimento dos trabalhadores da medicina-legal no IML de Belém/PA**. 2014. 193f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

MACHADO, Ana Paula Coelho. **A construção de competências e o trabalho de acolhimento em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 89 p., Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

MARCHON, Simone Grativol; DA CUNHA, Zeilma. Diagnóstico dos problemas que interferem nas ações do PSF do município de Araruama: sugerindo o empowerment como teoria organizacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 13, p. 40-45, 2008.

MARCIANO, Franciele Maia. **Autonomia(s) no trabalho do enfermeiro na atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 129 p., Universidade de São Paulo, 2013.

MARX, Karl. **O capital**, livro I. São Paulo: Boitempo, 2013 (originalmente publicado em 1867).

MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Ana Magnolia. **Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão.** Curitiba: Juruá, 2008.

MENDES, Ana Magnólia; ARAÚJO, Luciane Kozicz Reis (Org.). **Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação.** Curitiba: Juruá, 2012.

MENDES, Ana Magnolia; BORGES, Lívia de Oliveira; FERREIRA, Mário César. **Trabalho em transição, saúde em risco.** 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, Ana Magnólia; MORRONE, Carla Faria. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo; MORRONE, Carla Faria; FACAS, Emílio Peres (Org.). **Psicodinâmica e Clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.** 1 ed. Curitiba: Juruá, 2010.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Publicação financiada pela FAPESP. Processo Medicina**, v. 90, p. 4602-1, 1991.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura CM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS**, v. 1, 2009.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. **Dicionário da educação profissional em saúde.**/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV, 2006.

MERLO, Álvaro. Roberto Crespo. Psicodinâmica do trabalho. **Saúde mental & trabalho: leituras.** Petrópolis: Vozes, 2002.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. da. Integrando CAPS e Saúde da Família: Apoio matricial em saúde mental. In: PAULON, S.; NEVES, R. (org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, p. 61-81. 2013.

MONTILLA, Dalia Elena Romero. Noções básicas da epidemiologia. In: Borges APA, Coimbra AMC (org.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p.135-148. 2008.

MORAES, Rosângela Dutra. **Prazer-sofrimento e saúde no trabalho com automação: estudo com operadores em empresas japonesas no Pólo Industrial de Manaus.** Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido), Universidade Federal do Pará, Pará, 2008.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NATIONS, Marilyn Kay; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1383-1392, 2007.

NAKAYAMA, M. **A influência da cultura organizacional na predisposição do gerente ao estresse ocupacional**. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

NEVES, Mary Yale; SELIGMANN-SILVA, Edith; ATHAYDE, Milton. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. **Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma**, p. 19-49, 2004.

NOGUEIRA, Laura Soares Martins. **O Sofrimento Negado: Trabalho, Saúde/Doença, Prazer e Sofrimento dos Trabalhadores do Alumínio do Pará-Brasil**. 2011, 400 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2011.

OLIVEIRA, Elaine Lobo Gonçalves de. **Os Servidores do Sistema Penitenciário e a Luta pela Saúde no Contexto das Instituições Prisionais no Pará**. 2012. 104f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

OLIVEIRA, Felipe Proença de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu) [online]**, v. 19, n. 54, p. 623-34, 2015.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; VIEIRA, Josie Rodrigues; FERLA, Alcindo Antonio; PASCHOAL, Samantha Cristina. Belém, Pará: O Programa de Saúde da Família em Belém. In: **O médico da Estratégia de Saúde da Família em Belém, Boa Vista, Manaus e Rio Branco**. org: José Paraguaçu de Santana ... [et al.]. Brasília: UNB/Ceam/Nesp/Observa-RH, 2012.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro. **O sofrimento Psíquico e o Trabalho Hospitalar: um estudo de caso realizado em hospital público no Pará**. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 19, p. 52-65, 2006.

PAULON, Simone; NEVES, Rosana. Apresentação. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosana (Org.). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 11-17.

PINTO, Erika Simone Galvão; DE MENEZES, Rejane Maria Paiva; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

PINTO, Hêider Aurélio et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 145-160, 2014.

POCHMANN, Marcio; MORAES, Reginaldo. Tensões no centro dinâmico capitalista e a classe trabalhadora de serviços. In: POCHMANN, Marcio; MORAES, Reginaldo. **Capitalismo, classe trabalhadora e luta política no início do século XXI: experiências no Brasil, Estados Unidos, Inglaterra e França**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2017 p. 11-34.

REIS, L. B. **Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória**. 2005. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa. **Sofrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde**. Tese (Doutorado em Educação) 163 p., Universidade Estadual de Campinas, 2006.

ROMAGNOLI, Roberta. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, 2014.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. Cortez Editora, 2011.

SILVA, Cristiane Freitas da. **Saúde, prazer e sofrimento psíquico: Uma Análise do Trabalho dos Técnicos de um Centro de Referência de Assistência Social no Pará**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2015.

SILVA, Daniela Eda. **Avaliação do trabalho na estratégia de saúde da família do município de Parintins sob a perspectiva do trabalho precário**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2011

SILVA, Marcia Mulin Firmino Da. **Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 187 p., Universidade de São Paulo, 2009.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde soc (São Paulo)**, v. 21, n. 4. 2012.

TAKITANE, Juliana et al. Uso de anfetaminas por motoristas de caminhão em rodovias do Estado de São Paulo: um risco à ocorrência de acidentes de trânsito?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1247-1254, 2013.

TAVEIRA, Zaira Zambelli; SOUZA, Ricardo Alexandre de; MACHADO, Maria Helena. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: Revisão de literatura. **Divulg. saúde debate**, n. 47, p. 102-110, 2012.

TRINDADE, Letícia de Lima. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica**. Tese (Doutorado em Enfermagem), 193 p., Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio; ARAÚJO, Meiriele Tavares; ALVES, Marília. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 466-471, 2011.

VIEIRA, Josie Rodrigues. **Cuidar adoecendo: o que fazer quando não posso mais usar todo o meu potencial de cuidar?** Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2011.

WEIRICH, Claci Fátima et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 249-257, 2009.

WOOD JR, Thomaz. Fordismo, toyotismo e volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. **Revista de administração de Empresas**, v. 32, n. 4, p. 6-18, 1992.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro; SAMPAIO, José Jackson. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, 2008.

APÊNDICE A Material elaborado para devolutiva

AMBIENTE FÍSICO

O trabalho prescrito - Como a Política Nacional de Atenção Básica diz que tem de ser:

Deve ter consultório médico e um de enfermagem, uma área que funcione como sala de recepção, um local para guardar arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários (para os trabalhadores e para a população atendida). Ademais, equipamentos e materiais utilizados como ferramenta de trabalho precisam estar disponíveis de acordo com cada atividade desenvolvida, tendo seus estoques regularmente sob manutenção.

O real do trabalho – Qual é a realidade:

1. Ainda há equipes funcionando em casas residenciais, ou seja, que não foram desenhadas para abrigar uma unidade básica de saúde, respeitando determinada estrutura segundo normas de funcionamento de um estabelecimento de saúde.
2. A farmácia não fica num ambiente adequado
3. Há equipes sem sala de vacina, de farmácia, de curativos, de atendimento multiprofissional, etc.
4. Consultórios e outros ambientes de trabalho funcionando sem estrutura adequada que protegeria as/os profissionais de riscos biológicos.
5. Equipes sem sala de recepção adequada, com móveis adequados para o trabalho.
6. Dificuldades ou mesmo impossibilidade de conseguir por meio da gestão equipamentos e materiais fundamentais para o trabalho, como materiais para curativos; eletrodomésticos e eletrônicos como, computadores, ar-condicionados ou ventiladores; utensílios como lâmpadas, cadeiras e mesas; materiais de escritório como papéis, xerox e fichas.
7. Trabalhadores sem Equipamento de Proteção Individual e Equipamentos de Proteção Comuns
8. Equipes sem carro ou outro meio de transporte da própria unidade para visitas domiciliares ou outras atividades do trabalho.
9. Não há profissionais de segurança em diversas unidades.

Tabela 1 – Número e porcentagem de unidades que possuem distintos aspectos relativos à sua estrutura e funcionamento.

	Pará		Belém	
	N	%	N	%
Estrutura e funcionamento				
Possui veículo para realização de atividades externas	222	32,8	2	4,8
Funciona de segunda à sexta.	672	99,3	41	97,6
Funciona aos sábados e domingos	21	3,1	0	0,0
Metragem da unidade de acordo com a portaria	319	47,1	13	31,0
Possui sanitário para adultos	645	95,3	38	90,5
Possui sanitário para pessoas com deficiência	176	26,0	11	26,2
Possui banheiro para funcionários	534	78,9	35	83,3

Possui vestiário para funcionários	37	5,5	2	4,8
Sala de recepção e espera	640	94,5	37	88,1
Sala de acolhimento multiprofissional	209	30,9	14	33,3
Sala de vacina	604	89,2	22	52,4
Possui pelo menos um computador em condições de uso	311	45,9	5	11,9
Acesso à internet	109	16,1	2	4,8

Fonte: PMAQ, 2014

Formas de resistência e defesa/O que os trabalhadores fazem pra lidar com isso:

1. Adaptam as casas para o trabalho com recursos financeiros pessoais.
2. Evitam solicitar remédios, pois os mesmos perdem o efeito ou estragam.
3. Usam um mesmo compartimento como sala de curativos, de vacina, de enfermagem, sala de reuniões, etc.
4. Os próprios trabalhadores e trabalhadoras adquirem com recursos próprios os Equipamentos de Proteção Individual e Comuns, eletrodomésticos, materiais e utensílios do dia-a-dia de trabalho, assim como são responsáveis pela manutenção ou troca destes.
5. Envia documentos à gestão solicitando mudanças.
6. Buscam conforto na religião.
7. Usam seus próprios carros, motos ou bicicletas para fazer visitas domiciliares ou outras atividades do trabalho.
8. Profissionais andam em duplas como forma de se proteger da violência e evitam fazer visitas domiciliares pela parte da tarde.

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho prescrito - Como a Política Nacional de Atenção Básica diz que tem de ser:

1. Uma Equipe de Saúde da Família precisa ter pelo menos Técnico ou auxiliar em Enfermagem, Enfermeira, Médico e Agente Comunitário de Saúde. Este último, precisa estar em número suficiente para cobrir de 3 mil a 4 mil pessoas cadastradas, respeitando o limite de que cada Agente deve cuidar de até 750 pessoas. Sendo assim, cada equipe deverá ter, no mínimo entre 4 a 5 Agentes Comunitários de Saúde. Podem ser incluídos, os profissionais de saúde bucal tais como: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.
2. Precisam ter sua área de abrangência de atendimentos definida.
3. Atender a demanda de pessoas que chegam voluntariamente à unidade, sejam elas cadastradas ou não.

O real do trabalho – Qual é a realidade:

1. Há equipes funcionando sem médico e com número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde. Os profissionais de saúde bucal são praticamente inexistentes.
2. Quase 100% das equipes sabem exatamente os limites do seu território.

3. Atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência (até de outros estados) todos os dias da semana
4. Demanda muito elevada de pessoas buscando espontaneamente a unidade.
5. Profissionais se sentem sobrecarregados e estressados
6. Profissionais do administrativo chegam a acumular várias funções.
7. Um terço das equipes dizem receber apoio dos NASF
8. 87% dos trabalhadores e trabalhadoras de Belém estão atuando sob contrato temporário.
9. Os salários são baixos e a disparidade salarial é enorme entre os profissionais de diferentes categorias.
10. O relacionamento entre os pares é como uma família, amor e ódio, paz e conflito. É onde aparece a maior quantidade de falas relacionadas ao prazer em trabalhar.
11. Enfermeiras estão sobrecarregadas com muitas funções.
12. Conflitos entre equipes de territórios próximos
13. Relação com os usuários é de conflitos, cobranças, carinho e proteção, alguns valorizam o trabalho e outros não. Há um sentimento de fracasso, de raiva e de estresse.
14. Chegam chorando no trabalho.
15. Relação com a gestão é quase que exclusivamente de sofrimento. Diversas cobranças, ameaças, silenciamento, surdez e usos eleitorais das equipes. São mínimas as demonstrações de reconhecimento.

Formas de resistência e defesa/O que os trabalhadores fazem pra lidar com isso:

1. Médico e enfermeira participam da triagem junto com os outros profissionais
2. Profissionais tentam não deixar ninguém sem atendimento, muitas vezes atendendo além do recomendado.
3. Solicitam exames antes da consulta com o médico.
4. Recorrem à religião
5. Evitar se envolver demais, seja com usuários ou com colegas de trabalho, com medo da perda do profissionalismo e do “equilíbrio emocional”.
6. Tentam negociar entre si mudanças na organização do trabalho (mudanças de área, acréscimo de funções, etc)
7. Organizar agenda, fazer planejamentos mensais e reuniões semanais.
8. Fazer “cara de paisagem”
9. Levar no banho Maria

Para concluir

1. Trabalhar é sofrer, mas também é prazer.
2. É preciso resistir, se defender, se unir.
3. Envolver todos e todas nas discussões sobre a organização do trabalho
4. É preciso haver reconhecimento
5. Uma carta para a gestão.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Informações iniciais (Nome? Idade? Natural de? Estado civil? Filhos? Religião? Reside em Belém?)

Perfil profissional (Qual tua formação? Tem alguma pós-graduação? Quanto tempo trabalhando profissionalmente? E na ESF?)

Como é o vínculo contratual? (estatutário, cargo comissionado, temporário, CLT)

Agente contratante? (administração direta, empresa, fundação...)

Como foi a forma de ingresso na ESF? (concurso, seleção pública, indicação...)

Como é trabalhar nesta equipe de saúde da família?

Como é trabalhar com os outros profissionais da equipe?

Me fala sobre a estrutura que você tem pra trabalhar na equipe

Recebe apoio de outros profissionais no cuidado?

Fale sobre teu horário de trabalho.

O que teu trabalho significa pra ti?

Você vê alguma importância no seu trabalho? E as outras pessoas vêem?

Tem algo nele que você goste?

Tem algo nele que você não goste?

Você já adoeceu por conta deste trabalho? Conhece alguém que já?

Se você pudesse mudar algo no teu trabalho, o que você mudaria?

Fale sobre teu futuro profissional, como você o vê, que planos tem...

APÊNDICE C – - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

PROJETO DE PESQUISA: Organização e condições de trabalho de equipes de saúde da família

Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar a organização do trabalho das Equipes do Programa Saúde da Família da cidade de Belém, verificando o possível desenvolvimento de sofrimento psíquico de seus profissionais. Este é um estudo baseado em uma abordagem Psicodinâmica do Trabalho, utilizando como método a pesquisa qualitativa.

Esta pesquisa tem como propósito a elaboração da minha tese de doutorado em Psicologia e está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, sob orientação do professor Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa oferece enquanto benefícios ao participante a identificação da existência ou não de doenças associadas ao seu trabalho e oferece uma escuta qualificada, propiciando a certeza de que o trabalhador será ouvido, oferecendo-lhe um espaço de acolhimento. Esta pesquisa busca também fazer o trabalhador repensar sua atuação e refletir, propiciando a transformação, diminuição ou dar outro significado ao sofrimento psíquico de cada trabalhador envolvido, assim possibilita-se a reorganização do seu processo de trabalho. Isto implicará em benefícios não apenas aos entrevistados, mas também aos demais trabalhadores que futuramente terão acesso ao resultado final da pesquisa. Ademais, sua participação colaborará para a ampliação de estudos para futuras pesquisas na área da saúde do trabalhador.

Ao término da pesquisa será realizada uma devolutiva dos resultados para os sujeitos envolvidos na mesma, sob a forma de apresentação expositiva, sendo esta uma apresentação geral e resumida dos resultados, garantindo sempre o anonimato, pois nenhum nome será citado, assim como nenhuma informação que possa identificar o entrevistado.

Frisamos que você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento do mesmo.

A coleta de informações ocorrerá através de entrevista. A entrevista será gravada, para posterior transcrição, que serão arquivadas por um período não inferior a cinco anos. Sua participação não envolverá nenhuma despesa ou recompensa financeira e/ou de qualquer outra maneira, porém qualquer dano será ressarcido.

Toda pesquisa com seres humanos tem alguma possibilidade de risco, e por conta da temática deste estudo, você poderá se sentir em algum momento constrangido ou desconfortável durante a entrevista, sobretudo por lembrar de questões que lhe causaram sofrimento, e também sentir receio que sua identidade seja revelada. Contudo, ciente desses riscos, se você se sentir constrangido, a entrevista poderá ser interrompida, bastando para isso a simples manifestação dessa vontade por sua parte e, se no decorrer da entrevista você resolver interromper ou deixar de responder a alguma (s) questão (ões), isso será aceito sem que você tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer sanção.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber que ocorreu qualquer risco ou dano, ainda que não significativo a sua saúde, previstos ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ademais, o receio de ser identificado, será minimizado mediante a garantia do sigilo e a ressalva de que os dados divulgados não conterão informações que possam identificar as pessoas envolvidas, nem a

instituição. Além disso, você tem o direito de ser informado sobre os objetivos e resultados do estudo e o acesso ao material de anotação do pesquisador.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa a qualquer momento no telefone (91) 98836-2553. Também poderá solicitar informações na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, situada no Campus Universitário do Guamá, na Rua Augusto Correa, n. 01, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel. (091) 3201-7782.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

Declaro que eu li e entendi todas as informações sobre esta pesquisa, me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós. Portanto, consinto voluntariamente em participar.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Pesquisador: _____

Responsável pela pesquisa: Eric Campos Alvarenga - Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Organização e Condições de Trabalho de Equipes de Saúde da Família

Pesquisador: Eric Campos Alvarenga

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55901815.4.0000.0018

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.566.274

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado, para analisar a organização do trabalho das Equipes de Saúde da Família de Belém, serão utilizados dados coletados através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), coletados em seu primeiro ciclo, que gerou um banco de dados de todas as equipes de atenção básica contratualizadas nos termos do programa no estado do Pará. Segundo informações da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde no ano 2014, existem 1149 equipes de Saúde da Família no estado do Pará.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a organização do trabalho das Equipes do Programa Saúde da Família da cidade de Belém, verificando o possível desenvolvimento de sofrimento psíquico de seus profissionais. Analisar as condições de trabalho das Equipes do Programa Saúde da Família de Belém e investigar as estratégias que as equipes utilizam para trabalhar diante das adversidades e lidar com o sofrimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos, os entrevistados poderão sentir-se constrangidos ou desconfortáveis durante a entrevista, sobretudo por relembrem de questões que lhes causaram sofrimento, e também sentir receio que sua identidade seja revelada.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



Continuação do Parecer: 1.566.274

Benefícios, identificação da existência ou não de patologias associadas ao seu trabalho e oferece uma escuta qualificada, propiciando a certeza que o trabalhador será ouvido, oferecendo-lhe um espaço de acolhimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalhador terá a oportunidade de repensar sua atuação, refletir, e descobrir seus mecanismos de defesa, propiciando uma transformação, minimização ou ressignificação do sofrimento psíquico envolvido, assim possibilita-se a reorganização do seu processo de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625168.pdf	03/05/2016 16:12:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tese.docx	03/05/2016 16:07:45	Eric Campos Alvarenga	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP.jpg	03/05/2016 16:04:37	Eric Campos Alvarenga	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.jpg	03/05/2016 16:01:39	Eric Campos Alvarenga	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_FINANCEIRO.jpg	03/05/2016 15:59:30	Eric Campos Alvarenga	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Aceite_do_orientador.jpg	03/05/2016 15:32:48	Eric Campos Alvarenga	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_da_instituicao.jpg	03/05/2016 15:31:51	Eric Campos Alvarenga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.docx	03/05/2016 09:19:57	Eric Campos Alvarenga	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.566.274

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/12/2015 00:42:45	Eric Campos Alvarenga	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/12/2015 00:41:57	Eric Campos Alvarenga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 31 de Maio de 2016

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B – Seleção de itens dos módulos entrevista com profissionais e observação da unidade (PMAQ) (PMAQ)

II.3.2 Profissão:

- a) Médico (a)
- b) Enfermeiro (a)
- c) Outro Profissional (nível superior)

II.3.4 A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe?

- a) Sim
- b) Não

II.3.5 Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?

- a) 0 ano
- b) 1 ano
- c) 2 anos
- d) 3 anos
- e) 4 anos
- f) 5 anos
- g) 6 anos
- h) 7 anos
- i) 8 anos
- j) 9 anos
- l) 10 anos
- m) 11 anos ou mais

II.4.1 O (a) Senhor (a) possui ou está em formação complementar?

- a) Sim
- b) Não

II.4.2 Possui quais destes processos de formação?

a) Especialização:

Qual o curso?

b) Residência:

Qual o curso?

c) Mestrado

Qual o curso?

d) Doutorado

Qual o curso?

II.5.1 Qual é seu agente contratante?

- a) Administração direta
- b) Consórcio intermunicipal de direito público
- c) Consórcio intermunicipal de direito privado
- d) Fundação pública de direito público
- e) Fundação pública de direito privado

- f) Organização social (OS)
- g) Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
- h) Entidade filantrópica
- i) Organização não governamental (ONG)
- j) Empresa
- k) Cooperativa
- l) Outros
- m) Não sabe / não respondeu
- n) Nenhuma das anteriores

II.5.2 Qual é seu tipo de vínculo?

- a) Servidor público estatutário
- b) Cargo comissionado
- c) Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
- d) Contrato temporário por prestação de serviço
- e) Empregado público CLT
- f) Contrato CLT
- g) Autônomo
- h) Outros

II.5.3 Qual a forma de ingresso:

- a) Concurso público
- b) Seleção pública
- c) Indicação
- d) Outra forma

II.6.1- O (a) Senhor (a) tem plano de carreira?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/não respondeu

II.7.1- A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?

- a) Sim
- b) Não

II.7.2- Quais dessas ações a equipe participa?

- a) Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
- b) Cursos presenciais
- c) Telessaúde
- d) RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
- e) UNASUS

- f) Curso de Educação à Distância
- g) Troca de experiência
- h) Tutoria/preceptorial
- i) A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros
- j) Outro(s)
- k) Não participa de nenhuma ação de educação permanente

II.7.10- Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?

- a) Contempla muito
- b) Contempla
- c) Contempla razoavelmente
- d) Contempla pouco
- e) Não contempla

II.8.1- A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?

- a) Sim
- b) Não

II.8.2- A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?

- a) Semanal
- b) Bimestral
- c) Trimestral
- d) Semestral
- e) Anual

II.9.4- A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe / não respondeu

II.9.5- Os profissionais que realizam o apoio matricial são:

- a) Do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF)
- b) Do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)
- c) Da vigilância em saúde
- d) Especialistas da rede
- e) Profissionais de outra modalidade de apoio matricial
- f) Pólo da Academia da Saúde
- g) Centro especializado em reabilitação

II.10.2- Existe definição da área de abrangência da equipe?

- a) Sim

- b) Não
- c) Não sabe/não respondeu

II.10.5- Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe/não respondeu

II.10.6- Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?

- a) Todos os dias da semana
- b) Alguns dias da semana
- c) Raramente
- d) Nenhum dia da semana
- e) Não sabe/não respondeu

II.12.1- A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?

- a) Sim
- b) Não

II.12.4- Quantos dias por semana acontece?

- a) Um dia por semana
- b) Dois dias por semana
- c) Três dias por semana
- d) Quatro dias por semana
- e) Cinco dias por semana
- f) Mais de cinco dias por semana

II.12.19- A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?

- a) Sim
- b) Não

II.13.1- A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?

- a) Visita domiciliar
- b) Grupos de educação em saúde
- c) Atividade comunitárias
- d) Consultas para cuidado continuado
- e) Acolhimento à demanda espontânea
- f) Nenhuma das anteriores

II.16.1- A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas, dos usuários encaminhados?

- a) Sim, sempre
- b) Sim, na maioria das vezes

- c) Sim, poucas vezes
- d) Não há retorno

II.26.1- A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:

- a) Mulheres (câncer do colo do útero e da mama)
- b) Planejamento Familiar
- c) Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
- d) Homens
- e) Idosos
- f) Alimentação saudável
- g) Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
- h) Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território
- i) Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas
- j) Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
- k) O uso, abuso e dependência decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas
- l) O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos
- m) Outros
- n) Não realiza atividades de promoção à saúde

II.28.1- A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?

- a) Sim
- b) Não

II.30.1- A equipe realiza atividades na escola?

- a) Sim
- b) Não

I.33.2 Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?

- a) Arte Educador (profissional com formação em arte e educação)
- b) Assistente social
- c) Farmacêutico
- d) Fisioterapeuta
- e) Fonoaudiólogo
- f) Médico pediatra
- f) Médico psiquiatra
- g) Médico Acupunturista
- h) Médico Homeopata
- i) Médico Ginecologista/Obstetra
- j) Médico Geriatra
- k) Médico Internista (Clínica Médica)
- l) Médico do Trabalho
- m) Médico Veterinário
- n) Nutricionista

- o) Profissional de educação física
- p) Psicólogo
- q) Sanitarista
- r) Terapeuta Ocupacional
- s) Outro

I.33.21 Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4
- f) 5
- g) 6
- h) 7
- i) 8
- j) 9
- k) 10

Observação da Unidade

Bloco 3 - Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Atenção Básica

I.3.1 Qual o tipo de Unidade de Saúde?

- a) Posto de saúde
- b) Unidade básica de saúde
- c) Policlínica
- d) Outro(s)

I.3.3 Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na unidade:

- a) ___ Médico
- b) ___ Enfermeiro
- c) ___ Cirurgião dentista
- d) ___ Técnico de enfermagem
- e) ___ Auxiliar de enfermagem
- f) ___ Técnico em saúde bucal
- g) ___ Auxiliar em saúde bucal
- h) ___ Agente comunitário de saúde
- i) ___ Técnico em laboratório
- j) ___ Microscopista

I.3.4 Quantidade de profissionais da equipe ampliada das equipes existentes na unidade de saúde:

- a) ___ Médico especialista

- b) ___ Psicólogo
- c) ___ Fisioterapeuta
- d) ___ Nutricionista
- e) ___ Assistente social
- f) ___ Farmacêutico
- g) ___ Terapeuta Ocupacional
- h) ___ Fonoaudiólogo
- i) ___ Profissional de educação física
- j) ___ Outros profissionais de nível superior

I.6.1 A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (ex.: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros)?

- a) Sim
- b) Não

I.6.2 A disponibilidade do veículo atende às necessidades da(s) equipe(s)?

- a) Sim
- b) Não

I.6.3 O veículo está em condições de uso?

- a) Sim
- b) Não

I.8 - Horário de funcionamento da Unidade de Saúde

I.8.1 - Quais os turnos de atendimento?

- a) Manhã
- b) Tarde
- c) Noite

I.8.2 - Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto campanhas e mutirões)?

- a) Segunda-feira
- b) Terça-feira
- c) Quarta-feira
- d) Quinta-feira
- e) Sexta-feira
- f) Sábado
- g) Domingo

I.8.5 – Nos dias em que a unidade de saúde funciona:

a) Em que horário abre:

- 1h 7h 13h 19h
- 2h 8h 14h 20h
- 3h 9h 15h 21h
- 4h 10h 16h 22h
- 5h 11h 17h 23h
- 6h 12h 18h 24h
- + 30 min

b) Em que horário fecha:

- 1h 7h 13h 19h
- 2h 8h 14h 20h
- 3h 9h 15h 21h
- 4h 10h 16h 22h
- 5h 11h 17h 23h
- 6h 12h 18h 24h
- + 30 min

I.9.4 - A metragem da construção da unidade e a metragem do terreno estão de acordo com a portaria vigente?

- a) Sim
- b) Não

I.10.1 - Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?

- a) Sanitário para os usuários
- b) Sanitário para pessoas com deficiência
- c) Banheiro par funcionários
- d) Vestiário para funcionários
- e) Sala de recepção e espera

O ambiente é compartilhado com outro?

É o ambiente principal?

- f) Sala de acolhimento multiprofissional

O ambiente é compartilhado com outro?

É o ambiente principal?

- g) Sala de vacina

O ambiente é compartilhado com outro?

É o ambiente principal?

I.10.2 Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se:

- a) Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização
- b) Os ambientes são bem iluminados (iluminação natural ou artificial)
- c) Os pisos, paredes da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis
- d) A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno
- e) Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário
- f) Os banheiros estão em boas condições de uso e limpeza
- g) A sala de espera está em boas condições de limpeza e possui lugares suficientes para os usuários aguardarem

I.11.1 Quantos computadores em condições de uso?

___ computadores

I.11.8 A equipe tem acesso a internet?

- a) Sim
- b) Não

I.11.9 A banda larga disponível é suficiente para a realização das atividades?

- a) Funciona de maneira contínua
- b) Funciona de maneira irregular
- c) Nunca funciona

I.11.10 Número de consultório(s) com computadores conectados à internet?

___ Consultório (s)

I.11.11 Número de ambiente(s) com computadores conectados à internet (recepção, farmácia, gerência, sala de acolhimento, sala de observação, imunização, sala de procedimentos)?

___ Ambientes

I.11.12 A equipe possui telessaúde?

- a) Sim
- b) Não

I.14.1 Esta unidade oferta regularmente vacinação?

- a) Sim
- b) Não