

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Ekelis Cris Pires Sales Pina

**Sufrimento Psíquico e Processo de Trabalho na Atenção Básica de Saúde:
revisão na literatura**

Dourados – MS
2017

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Ekelis Cris Pires Sales Pina

**Sufrimento Psíquico e Processo de Trabalho na Atenção Básica de Saúde:
revisão na literatura**

Texto para Defesa de Mestrado
apresentada à Faculdade de Ciências
Humanas, no Programa de Pós-
Graduação em Psicologia (PPGpsi) da
UFGD.

Orientação: Profa. Dra. Sandra Fogaça
Rosa Ribeiro

Dourados – MS
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

P646s Pina, Ekelis Cris Pires Sales

Sofrimento psíquico e processo de trabalho na atenção básica de saúde:
revisão na literatura / Ekelis Cris Pires Sales Pina -- Dourados: UFGD, 2017.
104f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas,
Universidade Federal da Grande Dourados.
Inclui bibliografia

1. Trabalho. 2. Sofrimento. 3. Saúde da família. 4. Atenção básica. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a)
autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Ekelis Cris Pires Sales Pina

**Sufrimento Psíquico e Processo de Trabalho na Atenção Básica de Saúde:
revisão na literatura**

Comissão julgadora

Dissertação para obtenção do grau de mestre

Presidente e Orientadora Profa. Dra. Sandra Fogaça Rosa Ribeiro
Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

Prof. Dra. Maria Therezinha Loddi Liboni
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Profa.Dra. Cátia Paranhos Martins
Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

Dourados, MS
2017

Dedico

Aos meus filhos, Fernando e Caroline, que talvez ainda não entendam o significado das horas dedicadas em leituras e de frente ao computador. Desejo que no decorrer da vida de vocês a busca pelo conhecimento seja uma constante.

AGRADECIMENTOS

Durante o período de desenvolvimento desse trabalho foi necessário ter fé e garra para não desistir no meio do caminho, razões não faltaram para que isto acontecesse, porém, a força espiritual e o apoio de algumas pessoas foram imprescindíveis, a favor da continuidade deste.

Agradeço a Deus primeiramente, pelo dom da vida e por ter me concedido força, coragem e fé para chegar até o final desse trabalho.

À minha mãe, Edna pelo exemplo de vida, superação, determinação e força.

Ao meu companheiro Renê, por toda paciência, amor e compreensão de minha ausência em muitos momentos.

Aos meus irmãos Eby, Alamir, Hermon e Reinaldo pela amizade, carinho por sempre estarem presentes e a disposição diante de minhas solicitações de auxílio.

À minha Sogra Elisa Maria pelo carinho, apoio e disposição de auxiliar e me acompanhar em muitos momentos com a Caroline, nosso novo amor.

À minha orientadora Prof. Dra. Sandra Ribeiro Fogaça, pela sensibilidade de conduzir minha orientação, pelos ensinamentos, conselhos e principalmente pela acolhida.

Aos mestres que marcaram de forma especial os caminhos da minha formação até aqui.

Ao meu querido amigo Roberson, por todos os ensinamentos proporcionados e apoio diante do meu desejo de ingressar no mestrado.

Aos meus amigos e colegas de mestrado por ter dividido a amizade, as conquistas, as frustrações e por toda experiência compartilhada, em especial a Sandra Regina, Ronaldo Santana, Gisllaine Damasceno e Cintia Neto.

Às minhas amigas de sempre, Zélia, Micheli, Claudia e Cristiane, por me valorizarem tanto como pessoa e sempre quererem o meu bem.

Aqueles que de um modo ou de outro participaram ou colaboraram para elaboração desse estudo. Obrigada!

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”

Simone de Beauvoir

RESUMO

Este estudo teve por objetivo realizar uma análise crítica das produções científicas sobre a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. É um estudo de Revisão Sistemática Qualitativa de Literatura, realizado através da análise de dez artigos selecionados nas bases de dados Medline e Scielo. A base teórica adotada é da Psicodinâmica do Trabalho, Psicologia Social e alguns aportes Foucautianos. Utilizou uma questão norteadora para direcionar o desenvolvimento do estudo. Qual a relação entre Sofrimento Psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde? Os resultados apontaram que a organização de trabalho apresenta aspectos que podem ser causadores de sofrimento no trabalhador em saúde.

Palavras-chave: Trabalho, Sofrimento, Saúde da Família e Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aimed to perform a critical analysis of the scientific productions on the relationship between psychological suffering and the work process in SUS Basic Care. It is a Qualitative Systematic Review of Literature, carried out through ten articles selected in the Medline and Scielo databases. The theoretical basis adopted is the work psychodynamics, social psychology and some contributions Foucaultian. He used a guiding question to guide the development of the study. What is the relationship between psychological distress and the work process in primary health care? The results showed that the organization of the work presents aspects that can be cause of suffering in the health worker.

Key-words: Work; suffering; Health Family; Basic Care.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AI - Apoio Institucional

AM - Apoio Matricial

BIREME - Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica

MEMO - Estudo de Erros de Minimização, Maximização de Resultados

SciELO – Scientific Electronic Library Online

PSF- Programa Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RME – Registro Médico Eletrônico

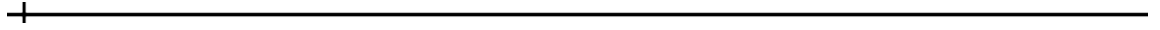
SUS - Sistema Único de Saúde

VDs – Visita Domiciliares

SUMÁRIO

Apresentação	11
1- Introdução:.....	14
2- Fundamentação Teórica	21
3-Metodologia.....	49
4 -Resultados	56
5 - Análise dos Dados.....	60
6- Considerações Finais	92
5 - Referencias.....	97

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) no ano de 2004, iniciei minha primeira experiência profissional na política pública de Assistência Social. Em 2006 atuei na política Pública de Saúde, na qual permaneci por cinco anos como psicóloga na Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó, município ao sul de Mato Grosso do Sul. Ao iniciar este trabalho, fui direcionada para um pronto atendimento médico. Neste período, no município não havia nenhuma política pública ou serviço especializado de atenção em saúde mental que pudesse prestar atendimento à comunidade. Dentre as minhas atribuições estavam atividades junto às equipes do Programa da Saúde de Família.

Em 2012 retornei para Assistência Social, no município de Dourados/MS, passando pelos serviços socioassistenciais. A prática cotidiana me levou a confrontações e dilemas vivenciados na atuação profissional e despertou em mim o desejo acadêmico, de conhecer realidades e situações que perpassam o cotidiano do profissional de psicologia. Assim, este estudo visa a busca de novos saberes.

A presente dissertação foi organizada da seguinte forma:

O capítulo I apresenta a introdução, o cenário da pesquisa, definição de termos fundamentais para o desenvolvimento do estudo e os objetivos.

O capítulo II traz a fundamentação teórica, a base conceitual sobre constituição do sujeito, mundo do trabalho, organização do trabalho, processo de trabalho no SUS e Psicodinâmica do trabalho.

O capítulo III trata da metodologia, são apresentados desenhos metodológicos que foram seguidos para a elaboração do estudo.

No capítulo IV apresentam-se os resultados.

O Capítulo V é composto pela análise dos artigos, realizada através de cinco categorias, Fatores de Sofrimento, Saídas para o Sofrimento, Fatores de Prazer, Contribuições de Cada Autor ao Tema e, por último, as Lacunas.

Cabe ainda explicitar que que é mais comum o uso do verbo na forma impessoal em escritos científicos, porém por se tratar de uma pesquisa qualitativa, na qual a subjetividade do pesquisador faz parte do processo, em alguns momentos as citações serão feitas na primeira pessoa do singular ou do plural.

INTRODUÇÃO



I -INTRODUÇÃO

O presente estudo foi de Revisão Sistemática Qualitativa de Literatura, para o qual, a base teórica adotada foi da Psicodinâmica do Trabalho, Psicologia Social e alguns aportes Foucautianos. Dentro dessas abordagens, apresentaremos os conceitos de organização do Trabalho, Sofrimento Psíquico e Atenção Básica de Saúde (ABS). Antes, porém, faremos uma trajetória histórica do Sistema de Saúde no Brasil.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu como fruto do movimento da Reforma Sanitária, um dos principais movimentos sociais ocorridos no final dos anos 70 e durante a década de 80 do século passado. Este movimento foi um importante interlocutor no desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde. Também foi responsável por permitir que, na área da saúde, diferentes grupos e classes sociais participassem das discussões para a definição das políticas sociais, levando-se em consideração que a saúde é um bem público construído pela participação de todos os setores da sociedade brasileira (Alves, 2009).

No ano de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi elaborado um conceito ampliado de saúde que reconhece o ser humano como ser integral e a saúde, como vida saudável. Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, Campos (2004) a define como:

O resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (Campos, 2008, p.1).

Nessa perspectiva, a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra,

bem como do acesso a serviços de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária protagonizou uma política que apresenta um conjunto de ações e projetos em saúde, em diferentes níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988 (Brasil, 2010), incorporou as propostas defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo a saúde como direito inerente à cidadania. Nesse contexto, houve uma transformação no sistema de saúde brasileiro, reconhecendo a saúde como direito social e definindo um novo paradigma para a ação do Estado nessa área.

Diante dessa conjuntura, a implantação do SUS foi realizada de forma gradual, principalmente pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, responsável pela operacionalização do SUS e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que incorporou ao SUS o controle social, ou seja, a participação dos usuários dos serviços de saúde na gestão do serviço.

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

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

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

No Brasil, a atenção primária em saúde é sinônima do termo Atenção Básica de Saúde, entendida por:

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

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

Em 2006 o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja principal transformação foi deixar de ser programa com tempo determinado e passar a ser estratégia de forma permanente e contínua. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família tornou a Atenção Básica de Saúde a principal ferramenta de atenção à saúde voltada para o reordenamento do modelo assistencial (Brasil, 2006). Possui como objetivo prestar o acompanhamento às famílias de uma área geográfica delimitada e

com população adscrita, o processo de trabalho ocorre de forma compartilhado entre equipes multiprofissionais, compreendendo os determinantes sociais da saúde e o perfil epidemiológico da população e atuando sobre eles.

Neste sentido, o Sistema Único de Saúde, orienta-se pelos princípios da Universalidade, Equidade, Acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, integralidade da atenção, humanização e participação social. Para a execução dos serviços na Estratégia Saúde da Família, exige-se uma organização, normatização referente à organização de trabalho (Brasil, 2011).

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

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

Assim a relação entre prazer e sofrimento no trabalho está intimamente articulada às formas de organização do trabalho. Segundo Heloani, “há uma relação complexa e singular entre as mudanças nos sistemas organizacionais e a vida psíquica” (Heloani, 2008, p. 2). Além disso, este autor relata ainda que, “as doenças neste tipo de organização da produção, ao contrário do que se prognosticava, aumentaram e muito, mormente as de ordem mental, ou ‘dos nervos’ como dizem os trabalhadores” (Heloani, 2008, p. 08).

Para Codo, Sampaio & Hitomi (1998) a relação do sujeito com o trabalho se dá na ação, o processo é imediato, o sujeito se transforma ao transformar o objeto e vice-versa. No trabalho o circuito abre para uma terceira relação, o significado, o qual por sua vez se transforma e é transformado pela ação recíproca do sujeito e/ou do objeto. É este circuito mediado pela significação que transforma o trabalho em algo mágico e prazeroso, pela interlocução destes processos de construção de significados e como estes demarcaram o processo de “hominização”, ou seja, a aquisição das características da espécie humana. Neste sentido, trabalhar é o ato de transmitir significado à natureza, de construir o mundo a nossa imagem e semelhança. O significado se define pela permanência além e apesar da relação com o objeto, ou seja, define-se pela transcendência à relação significado e objeto. “Ao abrir a ação para além de si, ao transformar em transcendente o gesto, o trabalho o imortaliza” (Codo *et al.*, 1998, pp. 26 e 27). Corroborando com essas ideias, Bauman (2004) afirma que o trabalho desempenha uma função importante na vida do ser humano, apresenta contribuições significativas para uma melhor compreensão do trabalho, a fim de desvendar a

sua complexidade, ou seja, explicar a nova modernidade em que o mundo está funcionando e as consequências para os mais variados aspectos da vida humana.

Na perspectiva da psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho pode ser responsável pelas consequências de sofrimento psíquico que acometem o funcionamento psíquico do trabalhador. Exerce sobre o sujeito uma ação específica, nas relações interpessoais, que pode, em certas condições resultar em sofrimento (Dejours, 2004).

Esses conceitos expostos serão detalhados no capítulo fundamentação teórica. Dentro dessas definições e a partir dessa problemática o presente trabalho propõe-se aos seguintes objetivos:

Geral:

- Realizar uma análise crítica das produções científicas sobre a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde.

Específicos:

- Definir a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde;

- Identificar as publicações existentes na base de dados nacionais e internacionais;

- Organizar e integrar estudos relevantes sobre sofrimento psíquico no processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde.

Acredita-se que esses objetivos possam contribuir para a análise de estudos referente ao sofrimento psíquico ocasionado pelo processo de trabalho. Entende-se que esse exercício de produção do conhecimento científico é fundamental para o conhecimento acerca do sofrimento humano, relacionado ao trabalho na sociedade capitalista.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



II -FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para que possamos realizar uma análise crítica das produções científicas sobre a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde, faremos uma reflexão sobre a constituição do sujeito e sua subjetividade, como também o processo de trabalho e sua organização na saúde, especificamente na Estratégia Saúde de Família. Detalharemos esses temas por meio da psicologia Sócio Histórica, da Psicodinâmica do Trabalho, suportes teóricos fundamentais para compreensão de nosso objeto de estudo. Complementarmente, utilizaremos aportes teóricos Foucautianos e outros autores das ciências sociais.

SUJEITO E SUBJETIVIDADE

As discussões referentes à constituição do sujeito e subjetividade foram abordadas a partir do olhar de vários pressupostos teóricos com intuito de compreender em quais condições o sujeito se constitui, mais especificamente, o que é ser um sujeito.

Inicialmente recorreu-se a Foucault (2004) que apresenta suporte para compreender a constituição do sujeito a partir de situações que lhe são exteriores, como um produto das relações de saber e de poder, que se ocupa com as relações intersubjetivas, por meio do qual busca o seu modo de ser e pelo qual exerce a liberdade.

Nesse sentido, demonstra que a partir de um exercício sobre si mesmo, do governo de si, do controle de apetites e de domesticação de afetos, o sujeito escolhe seu modo de ser e a maneira como pretende se portar. É uma maneira ativa de o sujeito constituirá parte mais secreta de sua subjetividade, compreendendo por subjetividade “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência

de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (Foucault, 2004, p. 236).

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

Mediante o exposto evidencia-se o sujeito do discurso, no qual a objetivação e a subjetivação são processos que se relacionam e se complementam através do estabelecimento de relações de poder. Essas relações de poder podem também ser visualizadas no panoptismo, sendo este um mecanismo de observação que funciona como um laboratório de poder (Foucault, 2004).

Assim, encontra-se no panóptico um controle sobre o sujeito, controle este que infiltra na subjetividade do indivíduo para que seja exercido “invisivelmente” por meio das relações sociais. Conforme expõe Foucault (2004) referente à ramificação dos mecanismos disciplinares:

Enquanto por um lado os estabelecimentos de disciplina se multiplicam, seus mecanismos têm uma certa tendência a se desinstitucionalizar, a sair das fortalezas fechadas onde funcionavam e a circular em estado “livre”; as disciplinas maciças e compactas se

decompõem em processos flexíveis de controle, que se pode transferir e adaptar (Foucault, 2004, p. 234).

Seguindo sob essas questões, observa-se que quanto maiores informações esse tem sobre os sujeitos, maiores são as possibilidades de controle de comportamento e a busca por normatizar a todos através do vigiar e induzir este ou aquele comportamento, resultante das relações de poder. Entretanto, à luz dessa mesma concepção Foucautianos, observa-se que a liberdade está intimamente ligada ao cuidado de si. Assim, Foucault (1993) busca subsídios para compreensão da liberdade desde as concepções cristãs do mundo greco-romano, no qual a liberdade era entrelaçada com o cuidado de si e conseqüentemente ao conhecimento de si, pois a prática da liberdade é que viabilizaria esse processo. Foucault (1993) assume que a ética é a prática reflexiva da liberdade, requerendo para tanto estar atento a três tipos de relações: consigo mesmo, com as coisas e com os outros. Assim o cuidado de si é ligado ao cuidado com o outro.

Dessa forma, para Foucault (1993) a produção de si, baseada na ética, tendo a liberdade como condição ontológica (de realidade), é uma operação do sujeito sobre si e sobre o campo de ações e possibilidades do outro. Essas relações são estratégicas e podem se transformar em formas de resistência, ou re-existência. Há um cálculo mútuo de um sobre o outro, caracterizando-se relações de poder, não necessariamente de dominação, que são conceitos diferentes. O poder sempre atravessará as relações humanas, mas a relação de dominação e violência é que impede o exercício da liberdade e da resistência, dependendo de como esse poder é exercido nessas relações.

A liberdade, que propicia a resistência às padronizações instituídas, é concebida segundo Foucault (1993) como uma ação artística sobre si mesmo e sobre o outro, a estética. Na verdade, é o que Foucault (1993) irá chamar de Ilustração. Ilustrar-se é cuidar de si para resistir aos limites que são impostos, que são desnecessários, reflexivamente. Obviamente nem tudo pode ser continuamente criado e pensado, pois o indivíduo vive constantemente num paradoxo, rodeado de

coisas que fogem a sua governabilidade. Não é sempre que as decisões podem ser conscientes ou ativas, mas há que se procurar outros momentos que possibilitem a reflexão. Por isso o ser humano é um constante devir, uma constante mudança, não há sujeito puro, a-histórico. As relações e a subjetivação estão sempre permeadas pelo contexto histórico e temporal em que se vive. De fato, Foucault (1993) concebe as pessoas como “posições” diversas na vida, ocupando diversas posições em diversos momentos; não são essência nem particularidade única, mas múltiplas personalidades, múltiplas subjetividades. Tantas quantas forem possibilitadas pelas relações.

Ainda sobre a constituição do sujeito, em Freud (1981), encontramos uma importante contribuição, foi a base teórica para as primeiras formulações da Psicodinâmica do Trabalho. Sem a pretensão de aprofundamento desta perspectiva, apresentaremos algumas considerações pertinentes. Freud (1981), em “Carta 52” a respeito do mecanismo do aparelho psíquico, apresenta os traços mnêmicos, em que estes de tempos em tempos, se modificam e a memória é (ré)constituída a partir de uma perspectiva atual de identidade do sujeito. Ressalta-se ainda que a maior parte da vida psíquica se mostra inconsciente, apresentando o eu como sendo camuflado de forma passiva por essa “parte obscura” do aparelho psíquico. Nesta perspectiva, é possível refletir a linguagem como papel principal na constituição do sujeito e a memória é um rearranjo, as lembranças vão se constituir e se reorganizar conforme os registros atuais, de traços de memória, em diferentes registros (Garcia-Roza, 2014).

Nessa perspectiva, Freud (1981) apresenta o sujeito do inconsciente, que não é um sujeito construído explicitamente, mas algo que surge nas entrelinhas, que aflora aos lampejos, de maneira lacunar, um acontecimento pontual, escapa do desejo da linguagem. Assim o sujeito vai se constituir a partir do que foi esquecido e com os traços presentes em seu inconsciente, reconstruir

sua história. Todavia, o sujeito inconsciente são traços, signos e entramos em contato no mundo através da percepção desses traços.

Continuando a exposição sobre a constituição do sujeito, cabe aqui recorrer ao conceito de ideologia, pois é algo que opera nessa constituição. O conceito de ideologia foi sendo transformado ao perpassar por diferentes momentos das sociedades e influenciado pela dominação e a exploração dos detentores do capital e do saber tecnológico e científico (Chauí, 1984). Neste contexto temos a perspectiva do sujeito histórico, constituído pela ideologia, que expõe o funcionamento da sociedade segundo a lógica do capitalista. Então conseqüentemente, ideologia surge quando a divisão social do trabalho separa o trabalho manual do intelectual. Nesse sentido a história vai permitir que os sujeitos produzam suas condições de existência, ou seja, produzam a história de si mesmo (Marx,2004). A maneira como os sujeitos interpretam essas relações contribuem para a compreensão do sujeito histórico.

Althusser (1992), parte do conceito Marxista de ideologia ao tratar sobre a reprodução das condições da produção da classe dominante dentro do processo de formação das classes sociais. Apresentou como a classe dominante se reproduz, sobretudo, materialmente, seja por meio das ideias, seja por meio de suas estratégias de sobrevivência para manter o Estado em seu poder, tanto pelo poder repressivo quanto pela persuasão (Althusser, 1992, pp. 09 e 10). Esse autor também refletiu que todo aparelho ideológico, particularmente a Escola, concorre para um único fim: a reprodução das relações de produção, relações estas de exploração. Cada aparelho ideológico concorre para que esses objetivos sejam alcançados de uma maneira que lhe é própria. Assim, a Escola (mas também outras instituições de Estado como a Igreja, o exército e a polícia) ensina “saberes práticos”, por meio de modelos que asseguram a sujeição à ideologia dominante e que desvalorizam o conhecimento e a cultura da classe proletária (Althusser, 1992).

Essas instituições, inclusive os serviços de saúde, apresentam-se como o lugar ideal para ensinar ou doutrinar alguém, de maneira ideológica, por meio de elementos como: submissão, servidão, regras de como se portar na sociedade, além da reprodução das forças produtivas. O sujeito da ideologia, constitui-se através do discurso intelectual, político, para que todos estejam na mesma ideologia imposta no momento histórico.

É notório que cada teoria apresenta suas contribuições para a constituição de sujeito, ressaltando-se que elas não se constituem numa continuidade, mas podem oferecer subsídios para compreensão das questões deste estudo, uma vez que, em cada teoria uma nova face do sujeito emerge.

Fica evidente uma relação importante da humanidade com a comunicação, que possibilita compreender o que é o sujeito. Para isso é fundamental observar os aspectos históricos (transformações ocorridas na sociedade pré-industrial, à formação das cidades e a introdução do modo de vida urbano), para entender os comportamentos do sujeito na atualidade.

Ao refletir sobre a constituição do sujeito, evidenciou-se que, não se descobre algo inerente ao sujeito/objeto, e sim compreende a história que o envolve e que resultou na construção de sua subjetividade. Neste sentido, ao falar de sujeito, deveremos remeter ao sujeito que está inserido em um dado momento da sociedade, no qual sua constituição vai sendo elaborada conforme o discurso produzido na sociedade, de acordo com as questões econômicas, sociais e históricas vividas. Nesse intuito, procuraremos fazer uma breve digressão sobre o mundo do trabalho, no qual o sujeito se insere.

O MUNDO DO TRABALHO

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

Nessa lógica, considera-se que a inovação no sistema organizacional, caminha para novas formas e técnicas de gestão da produção e processo de trabalho. Essas novas formas de gestão vão substituindo as tradicionais, e um novo modo de gestão começa a ser visualizado, modo este baseado na excelência, na busca de qualidade total e competitividade. O trabalho diante do contexto capitalista, exigiu reestruturação produtiva e possibilitou a consolidação da política neoliberal, conforme expõe Goulart (2002):

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

Além disso as mudanças nas organizações produtivas homogêneas, respondendo a lógica de mercado capitalista, seguindo o modelo de produção Taylorista/Fordista, com o aperfeiçoamento do processo industrial, por conseguinte, visava a produção em massa. Este estilo, objetivando aumentar as taxas de lucro em seu processo de produção, incorporou, a partir da segunda metade do século passado, uma nova modalidade de gestão fabril, deixando de ser o único modelo dominante no processo de produção industrial (Heloani, 2004).

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

Segundo Heloani (2003), o confronto da luta de classe, frente à dinâmica dessa realidade, depende da capacidade de reinvenção de novas estratégias de superação da dominação. Nesta perspectiva, a classe trabalhadora já tem demonstrado historicamente sua potencialidade de recriação de sua subjetividade, que requerem o desenvolvimento da capacidade de lidar com ambientes instáveis, nem sempre possíveis na atualidade, exigindo uma reconstrução de si a cada momento.

Em consequência disso, Hirata (2002) expõe que atualmente o contexto para o trabalho está marcado por processos de transformações, com destaque para dois aspectos. Primeiro remete a estabilidade requerida pelos “novos modelos de produção”, com propósito de instigar o desejo de envolvimento do trabalhador, capturando a própria subjetividade do sujeito, implantando lhe anseios que não são dele. De outro lado, desperta a insegurança no emprego, em decorrência do desenvolvimento da flexibilidade do trabalho e aumento do desemprego. A mesma autora aponta que essa situação de instabilidade e insegurança é maior para a mulher trabalhadora, que enfrenta discriminações históricas na sua atuação profissional. Na medida em que essas transformações vão ocorrendo, torna necessário uma análise das formas do emprego, da organização do trabalho, dos

processos de segmentação ao nível do mercado de trabalho. Consequentemente, existe a inovação tecnológica e as mudanças no status do emprego, com isso, os vínculos de emprego se tornam cada vez mais precários.

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

Desta maneira, o trabalho ocorre mediante uma organização de trabalho que apresenta uma divisão interna de funcionamento e relações entre os trabalhadores. Neste sentido, Marx (1988), afirma que “A divisão do trabalho só se torna efetivamente divisão do trabalho a partir do momento em que se opera uma divisão entre o trabalho material e o trabalho intelectual” (Marx, 1988, p. 26).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho apontam que as principais mudanças são oriundas das profundas reorganizações na estrutura produtiva do capitalismo, em sua materialidade, bem como em seu campo mais subjetivo, político e ideológico. Neste sentido, Dejours afirma que:

O trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. (Dejours, 2004, p. 28).

É a partir do trabalho que o sujeito reinventa-se, apropriando-se de sua capacidade criativa de transformação da natureza e de si mesmo. A importância do trabalho está no seu papel

fundamental para o equilíbrio do sujeito, bem como para sua inserção no meio social, para sua saúde física e mental (Freud, 1974).

Heloani (2003) afirma que “tal processo de produção da subjetividade sempre envolveu, historicamente falando, alguma forma de expropriação” (Heloani, 2003, p.174). O trabalho abarca um significado maior do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. Além disso, o trabalho tem uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade. A saúde mental é influenciada pela forma de relacionamento interpessoal dentro do espaço laboral, visto que o comportamento organizacional é alterado pela simples presença de uma pessoa alheia ao ambiente (Dejours, Abdoucheli, Jayet, & Betiol, 1994).

Estas definições de trabalho foram fundamentais, pois enfatizaram aspectos relacionados do ser humano na contemporaneidade, já expostos anteriormente, ressaltando uma concepção histórico-social, compreendido como produto e produtor de suas relações sociais e de um conceito de ciência como uma prática social. Logo a seguir se fará uma contextualização dessas questões no processo de trabalho em saúde.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Ao pensar em organização do trabalho, caminha-se para a reflexão das inúmeras formas que o sujeito utiliza ao agir nas atividades, na qual estão submetidos. Cabe aqui observar que o processo de trabalho, na discussão presente, ocorre entre as pessoas, e desenvolvem-se numa

relação interpessoal. Inicialmente vamos recorrer ao Merhy (2002), que expõe formas de trabalho, morto e vivo, no qual estão envolvidos os atos produtivos. Assim, define o trabalho vivo como um saber tecnológico fundamental para o desempenho de sua função humana. O saber tecnológico aqui é compreendido como “certos saberes que são constituídos para organizar as ações humanas nos processos produtivos” (Merhy, 2002, p. 45). Já por trabalho morto, considera-se as matérias primas envolvidas, como todo processo de trabalho envolvido no ato da produção de determinada matéria prima, ou seja, um trabalho anterior, necessário para produção, mas que não está em ato.

Neste sentido, classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como, leves, leves-duras e duras, o que permite visualizar o desenvolvimento do processo de captura do trabalho vivo pelo morto e vice-versa. É neste processo que ocorre o trabalho vivo em ato, que possibilita ao trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima (Merhy,2002).

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

Neste sentido, ao falarmos do trabalhador em saúde, é necessário entender que este trabalho em saúde está inserido no setor de serviço, institucionalizado, com forte influencias dos modelos industriais dominantes. Neste contexto, as funções do trabalhador em saúde estão diretamente relacionadas com o cuidar e o trabalhador presente em um cenário instável, uma vez que, conforme a necessidade do momento, o trabalho passa por transformações tecnológicas e de organização de trabalho.

Em decorrência do que está sendo exposto, a gestão em saúde, pode ser compreendida como um campo de ação humana que visa interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de resultados previamente definidos, como também, a coordenação e articulação. A gestão tem por objeto o trabalho humano, uma vez que, fica sob responsabilidade do gestor alcançar a missão das instituições, como também os interesses dos trabalhadores.

Diante da necessidade desse estilo de gestão, a metodologia de Apoio Paidéia, apresenta suporte técnico para se pensar a gestão em saúde, possibilita operacionalizar rede de conceitos, tanto no apoio institucional, como apoio matricial. O método Paidéia é uma proposta de co-gestão de coletivos, no qual suas diretrizes ético política de compreender a gestão e o trabalho resulta da produção do valor de uso. Este método apresenta dois aspectos fundamentais, primeiro uma perspectiva crítica referente ao mundo do trabalho e das instituições contemporâneas, e o segundo aspecto diz respeito a uma ao próprio método de apoio e co-gestão e suas normatizações (Campos, 2000).

A Função 'Paidéia' é entendida como uma dimensão da gestão, no sentido de produzir sujeitos e coletivos organizados e de reforçar o compromisso com os valores de uso nas atividades profissionais de trabalhadores da saúde. O método analisa e denuncia a influência da herança dos princípios tayloristas no cotidiano das organizações contemporâneas (Campos, 2000, p. 21).

Destaca-se que o método Paidéia tem por objetivo interferir no contexto institucional, visando efetivar a gestão democrática (cogestão) e ampliar a capacidade dos sujeitos para analisar, tomar decisões e agir sobre a realidade. Salienta a necessidade de reativar a questão do sentido na vida organizacional, compreende-se que as concepções do pensamento administrativo clássico, na busca de técnicas úteis para produzir dominação e consenso, obediência e docilidade, desconsiderando ou forjando desejos e interesses, tenham dado origem a percepções de pessoas e de relações de trabalho carregadas de consequências negativas para a vida de trabalhadores

(Campos, 2003). Para o autor trabalho em saúde possui um triplo objetivo: trabalha-se para produzir valor de uso para terceiros; trabalha-se para si mesmo, para assegurar a própria existência social; e trabalha-se para a reprodução da própria organização.

Diante do contexto exposto, o método Paidéia, procura meios para integrar essas dimensões polares da realidade: o mundo da vida e os sujeitos que intervêm sobre ele, ao mesmo tempo em que sofrem suas consequências. Para isto, sugere uma metodologia de análise com ênfase na interpretação da ação prática dos sujeitos no mundo (Campos, 2000).

Além disso, a PNAB orienta para o fim das tradicionais formas de funcionamento dos serviços de Atenção Básica de Saúde, isto é, um estilo de trabalho que apresenta processos da organização de trabalho fragmentados, no qual a atuação profissional é pautada no modelo biomédico. Surgem contrapondo com este modelo as propostas de apoio institucional (AI) e apoio matricial (AM) oriundo pelo Apoio Paidéia e das orientações técnicas do SUS, que visam aprimorar a gestão em Atenção Básica de Saúde e práticas de saúde na busca de uma gestão democrática – a cogestão (Campos, /2010).

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

Destaca-se que tanto no AI quanto no AM é primordial que a gestão dos serviços em Saúde esteja articulada com o processo de trabalho, com espaços que valorizem discussões coletivas dos trabalhadores, sendo assim, a gestão é assume um papel fundamental para efetivação dessas propostas descritas acima.

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

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

Neste Sentido, Dejours (2008) e Chanlat (2002), relacionam trabalho e subjetividade, salientam que a atividade se torna referência privilegiada para estabelecer debates sobre saúde do trabalhador, com destaque para a relação entre os modos de gestão e o processo saúde-doença. Destaca-se que o sofrimento psíquico no trabalho está intimamente relacionado à evolução da organização do trabalho e a forma de gestão.

Neste cenário, exige-se dos profissionais envolvidos na Atenção Básica de Saúde ações específicas, as quais serão expostas logo a seguir.

PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA

O processo de trabalho em saúde refere-se a uma atividade de produção que envolve relações humanas, requer diferentes formas de intervenções, principalmente, intervenções criativas do trabalhador, sendo considerado um trabalho vivo (Merhy, 2007). Na perspectiva do Sistema Único de Saúde, a Gestão Pública dos serviços de saúde preconiza que as decisões sejam descentralizadas, conforme os princípios fundamentais de Universalidade, Equidade e Integralidade. Contrariando essas normatizações, na prática, nem sempre as normatizações, o trabalho prescrito ocorre da forma como é idealizado, resulta certas dificuldades inerentes à organização do trabalho, gerando em muitas situações um trabalho real em desconformidade com o trabalho prescrito. Atualmente o modo como os serviços se estruturam, a forma como são gerenciados os processos de trabalho, resultam em dificuldades enfrentadas na saúde pública. Diante dessas questões, Gehry (1997) expõe que este cenário configura “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil (Gehry, 1997).

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio dos requisitos da Atenção Básica de Saúde, configura o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde pública. Na Estratégia Saúde de Família o processo de trabalho é organizado conforme as orientações da atenção básica, no qual as equipes de Saúde da Família são constituídas por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Neste cenário, exige-se dos profissionais envolvidos na Atenção Básica de Saúde ações

comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. É necessário considerar as principais características das formas de organização do trabalho vigentes, a fim de compreender como estas estruturas determinam os mecanismos de defesa e as manifestações de saúde e doença presentes no contexto laboral (Brasil, 2006).

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

Diante dessa forma de organização do processo de trabalho, busca-se que as estratégias de cuidado e proteção à saúde sejam direcionadas às necessidades da população no território, garantindo universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade e responsabilização. O Sistema Único de Saúde compreende a rede de atenção à saúde, a Atenção Básica de Saúde, como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Destaca-se, que o trabalho em saúde é desenvolvido por meio de relação interpessoal, sendo assim, a visão de mundo, os valores e os afetos do profissional estão presentes em suas práticas cotidianas. Outro fator a ser considerado é que atividade cotidiana do trabalhador é seguida pelo comando do sistema econômico capitalista. No contexto da sociedade capitalista, os processos de trabalho possuem estreita relação com as formas de adoecimento do trabalhador. O trabalho e a saúde estão intimamente articulados, na medida em que as condições de trabalho contribuem para

manter e reproduzir a situação de explorado e o comprometimento da saúde (Heloani, Ribeiro, 2012).

Nessa perspectiva, (Dejours, 1992) expõe que o trabalhador na relação com a organização de trabalho, constrói estratégias defensivas direcionando-se à realidade social do trabalho. O trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade do trabalho através dos mecanismos de defesa.

Campos (2003) reforça a necessidade de construção de abordagens compreensivas sobre as formas de atuar nas organizações de saúde, buscando-se analisar os espaços de expressão do trabalho e alcançar propostas de gestão que tenham como eixo a construção de alternativas de relacionamento com o trabalho. Destaca-se ainda, as contribuições para uma compreensão do trabalhador como criador de história, ou seja, a identificação com o trabalho só é possível quando o trabalhador consegue assumir o ato de trabalhar como seu, apropriando-se dele como sujeito.

Neste sentido, Chanlat (1996), referido anteriormente, apresenta contribuições referentes a modelos de gestão, salienta que não são imutáveis, mas passíveis de transformação, entretanto, torna-se fundamental valorizar a cooperação, confiança, reconhecimento, solidariedade e diálogo. É preciso também, visualizar as adversidades presentes no mundo do trabalho, que o sujeito pode experimentar, desencadeando sofrimento psíquico no enfrentamento a essas situações.

A complexa tarefa de produzir saúde e as condições de trabalho adversas acarretam as trabalhadoras de saúde um estado de sofrimento e desgaste da sua própria saúde, pela instabilidade e precarização ou tensão a que estão expostos (Heloani & Ribeiro, 2012, p. 140).

Nesse sentido, é necessário pensar se o trabalho pode assumir significados de crescimento, utilidade, valorização, coerência e realização, constituindo-se numa atividade significativa para o sujeito, para a organização e para a sociedade. Nesse contexto, torna-se fundamental realizar reflexões cotidianas para que a gestão seja pensada e direcionada no desenvolvimento de

programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, com contínuo processo de ensino-aprendizagem.

Contraditoriamente, a organização do trabalho contemporâneo de gestão e de administração, sob a ótica do sistema capitalista, neoliberal, destaca princípios, no qual, são destacados o recurso sistemático à avaliação quantitativa e objetiva do trabalhador sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade, as novas formas de organização do trabalho, de gestão e de direção das empresas é a individualização e o apelo à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes e entre os serviços.

Nesse ponto de vista, (Dejours, 2004) afirma que:

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

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

Essa alienação pode ser vista com a lente da psicologia sócio histórica, numa abordagem ampla de compreensão da realidade, que associada a psicodinâmica do trabalho, possibilitará verificar as diversas configurações dos mecanismos de defesa na esfera singular de cada espaço de trabalho. Apesar de já termos mencionado alguns pontos das duas teorias, em seguida, se fará uma sistematização mais detalhada dessas duas lentes teóricas, primeiramente a sócio histórica.

PSICOLOGIA SÓCIO HISTÓRICA

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

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

É notório na sociedade atual, que todo trabalhador está envolvido em uma atividade, seja ela de prazer ou sofrimento. Segundo Codo *et al* (1998), baseado em Marx e Leontiev, o trabalho é gerador de significado, sendo uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza. Este autor, define trabalho, em sua dimensão mais essencial, como “uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza, geradora de significado” (Codo *et al*, 1998, p.25). Neste contexto, é através do trabalho que o ser humano com sua própria ação, regula, impulsiona e controla sua relação material com a natureza. As complexas transformações políticas, econômicas

e socioculturais, foram ao longo do tempo, ocorrendo por meio dos modelos organizacionais e circunstâncias vivenciadas a nível local e particulares de cada trabalhador.

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

Assim, a história do desenvolvimento da sociedade e de cada pessoa está diretamente relacionada às transformações da atividade humana e dos motivos que a impulsionam. Nesta perspectiva destaca-se que a atividade vital humana se caracteriza pelo trabalho social mediante a divisão de suas funções. O que pode fazer surgir novas formas de comportamento. O sujeito elabora motivos complexos para a ação e se constituem essas formas de atividade psíquica específicas do sujeito (Lúria, 1986). A psique humana, portanto, não é dada e nem tampouco tem seu desenvolvimento caracterizado por etapas que pressupõem o seu ápice. Considera o processo de sua constituição social, marcado tanto pelas conquistas históricas do gênero humano quanto pelas marcas singulares que socialmente produzimos.

Neste sentido, a abordagem Sócio Histórica, proporciona uma visão que considera os fenômenos psíquicos constituídos a partir da atividade do indivíduo em um modo de produção

específico, e por outro, tem-se o trabalhador, que no desempenho de suas atividades, está submetido aos princípios tayloristas, como objetivo racionalizar o trabalho.

Outro aspecto que deve ser destacado é a atividade do trabalhador, por meio da venda da sua força de trabalho, para sua própria sobrevivência. Desta maneira, os modos de pensar, sentir e agir do ser humano dependem do modo de produção da vida, do momento histórico que está inserido e se constituindo, da posição de classe que se insere nestas relações, da atividade que desempenha e da maneira particular em que se apropria das relações que estabelece no mundo.

A consciência é a forma especificamente humana dos aspectos da realidade estabelece ao sujeito um quadro do mundo em que ele mesmo está inserido e possibilita compreender o mundo social e individual, sendo como um reflexo psíquico da realidade (Leontiev, 1978).

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

Deste modo, o processo de trabalho vai promovendo a apropriação de regras de conduta e de valores a ele relacionados, possibilitando ao trabalhador a construção da sua autoimagem, assumindo importância fundamental para a construção do psiquismo, a constituição do sujeito. O ser humano tem como necessidade fundamental a sobrevivência, portanto, na sociedade contemporânea o motivo do trabalho passa a ser o salário, do qual permite ao trabalhador sobreviver. O capital tem o impulso de valorizar e criar a mais valia, de absorver a maior

quantidade possível de trabalho excedente, para viver, para satisfazer suas necessidades vitais, o trabalhador tem que vender a sua força de trabalho, tem que alienar-se do e no trabalho (Marx, 1988).

Observa-se que, no contexto capitalista, esse trabalhador trabalha para viver, mas só vive depois que cumpre seu trabalho. Deste modo, o trabalho não é um lugar onde o trabalhador encontra sentido, muito menos uma atividade que gere satisfação, é uma contradição, por ser obrigatório. A alienação do processo de trabalho aparece para o trabalhador como se o trabalho não fosse dele próprio, mas sim como se pertencesse a outro. As relações de alienação presentes no trabalho se tornam presentes de forma ideológica, faz com que o trabalhador naturalize as relações de trabalho postas na sociedade capitalista, em que o trabalho assume aspectos universais e imutáveis.

Neste sentido, a Psicodinâmica do Trabalho fornece subsídios fundamentais para compreensão do sofrimento psíquico do trabalhador, assim, destacar aspectos fundamentais dessa abordagem, que teve como principal autor o francês Christophe Dejours, que procurou, a partir da psicanálise, os aportes teóricos e interpretação da realidade do sujeito. A opção por esta abordagem justifica-se por compreendermos que é possível utilizá-la para dialogar de forma coerente e consistente com os resultados desse estudo, até mesmo por possibilitara identificação de formas de alienação impulsionadas por mecanismos inconscientes, um agravante no processo de sofrimento.

ABORDAGEM PSICODINÂMICA TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, como também uma disciplina teórica

que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social. Desenvolvida com base na Psicopatologia do Trabalho, a abordagem da Psicodinâmica do trabalho, apresenta uma relação entre o aparelho psíquico do trabalhador e a organização do trabalho, no qual realiza análise das estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação do trabalho e quais a dinâmica dos processos psíquicos presentes pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho (Dejours, 2004).

A utilização do termo Psicodinâmica do Trabalho foi resultado a partir de um rigoroso estudo referente à normalidade sobre a patologia. A Psicopatologia do Trabalho enfatiza o sofrimento como elemento central no processo de trabalho, sendo o sofrimento mental do trabalhador definido como insatisfação e ansiedade, gerados pela falta de significado da atividade laboral. Já a psicodinâmica vai além dessa perspectiva, uma vez que não se limita apenas aos aspectos negativo do trabalho sobre a saúde, do sofrimento, mas, do prazer no trabalho e quais as situações este trabalho acontece (Dejours, 1992, 2004).

Dejours (2004) apresenta conceitos que embasam a compreensão que perpassam o processo de trabalho, no qual o sujeito está inserido, permitindo avaliar aspectos de prazer e sofrimento envoltos na execução e organização de trabalho, como também os recursos individuais que cada trabalhador recorre para lidar com essas condições. Destaca que para compreender a relação psíquica entre trabalhador e a situação de trabalho é preciso levar em consideração o encontro entre o imaginário e a realidade, produzidos a partir da situação laboral (Dejours, 1992).

Ainda nessa perspectiva, é possível compreender que o trabalho possibilita ao indivíduo organizar sua vida, participar de forma ativa da sociedade, desenvolver sua subjetividade. Diante do trabalho, as estratégias defensivas têm como alvo principal minimizar a percepção do

sofrimento no contexto de trabalho. Embora esses mecanismos não transformem o processo de trabalho, constituem-se em válvulas de escape para que o trabalhador suporte as vicissitudes e as dificuldades que lhes são impostas. São transformações internas, que se utilizadas de forma excessiva, poderão não ter mais o efeito desejado, levando a uma explosão e a uma situação de adoecimento. Dentre esses mecanismos, alguns são a negação, a introjeção, o isolamento, que por sua vez leva a potencialização da competitividade. Essas situações levam ao aumento do grau de alienação, o que impede cada vez mais a transformação do que de fato precisa mudar, o processo de trabalho adoecedor (Dejours, 2004).

Diante desse contexto, tem-se o trabalhador, que em seu cotidiano utiliza-se de respostas manifestas através de mecanismos de defesa quando percebe que o trabalho restringe o seu investimento afetivo e material. O uso dos mecanismos citados acima se constituem numa forma de luta, tanto no nível individual quanto no coletivo.

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

Em suma, o trabalho coletivo apresenta um elo essencial entre a inteligência, habilidade e a criatividade inerente a cada indivíduo. Neste sentido, o trabalho coletivo, assim como trabalho individual necessita da mobilização da inteligência de cada trabalhador, requer uma inteligência criativa, habilidades que apresentem características peculiares a cada pessoa (Dejours, 2012). Portanto, o trabalho coletivo pode apresentar riscos, se essas especificidades da inteligência

humana não se articularem em harmonia, de forma espontânea, o que pode resultar em grandes divergências e incoerências devido as diversidades das inteligências presentes no processo de trabalho coletivo. “Um trabalho coletivo só é possível se obtiver a reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva comum” (Dejours, 2004, pg. 79).

Consequentemente o trabalho coletivo só é possível diante da visibilidade, confiança, deliberação, consentimento, disciplina, participação de todos os trabalhadores. Inquestionavelmente, o trabalho coletivo requer cooperar, discutir, deliberar e respeitar diferentes formas de agir. No entanto, se ao realizar o trabalho em equipe de forma arbitrária, pode ocorrer complexos problemas e gerar sentimentos de injustiças, já que, trabalhar em equipe requer o viver com as outras pessoas, automaticamente ocorre respostas as regras que direcionam para ao real do trabalho. “As regras de trabalho são antes vetorizadas por um objetivo instrumental...são sempre regras sociais, regras que organizam a civilidade e o viver junto” (Dejours, 2012, p. 96).

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

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

Nesses espaços, são possíveis a realização de momentos que podem ser partilhadas a cooperação, a confiança e regras comuns, no qual emerge o sentido do trabalho coletivo, ocasionado através da mobilização subjetiva, que caracteriza pelo uso da inteligência particular de cada trabalhador. A utilização destes recursos pelos trabalhadores depende do engajamento

simbólico que perpassa o reconhecimento da competência do trabalhador, como também pelo processo de mobilização subjetiva que é vivenciado por cada trabalhador.

Além disso, Dejours (2012) considera que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações, que são estabelecidos compromissos entre os sujeitos para definir regras de trabalho e formas de lidar com a organização de trabalho. Enfatiza que o trabalho humano ocupa um lugar central na construção da identidade do sujeito, dando ênfase a sublimação, sendo este um recurso do trabalhador para articular desejos inconscientes com a realidade.

Inegavelmente, a Psicodinâmica do Trabalho utiliza-se de três concepções fundamentais para compreender o processo de prazer/sofrimento inerentes no processo de trabalho. Primeiro refere ao sujeito em busca de auto realização, conseqüentemente na construção de sua identidade, permeada por características e aspectos cognitiva peculiares ao trabalhador. O segundo conceito refere-se ao trabalho prescrito e o trabalho real, que vai refletir diretamente nas subjetividades desenvolvidas no dia-a-dia do trabalhador:

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

O terceiro conceito é o reconhecimento, uma retribuição esperada pelo trabalhador de forma simbólica. Dejours (2012) fala em reconhecimento em duas dimensões, sendo a primeira o reconhecimento no sentido de constatação, que seria o reconhecimento da realidade que constitui a contribuição do trabalhador a organização de trabalho. Já o segundo, é o reconhecimento no sentido de gratidão, que passa pela construção de julgamento do outro, a partir do trabalho

realizado. Dessa forma, a retribuição simbólica conferida através do julgamento pode fazer sentido ao trabalhador se tocarem as expectativas subjetivas quanto a realização do trabalho (Dejours, 2004).

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

METODOLOGIA



III- METODOLOGIA

A Revisão de Literatura é fundamental para o levantamento da produção científica disponível, possibilita articular os saberes de diversas fontes e construir uma resposta que vai ao encontro do que se deseja conhecer. É uma avaliação de materiais que já foram publicados, onde os autores definem e esclarecem um determinado problema, sumarizam estudos prévios e informam aos leitores o estado em que se encontra determinada área de investigação. Os métodos de revisão de literatura são apresentados de diversas formas, gerando algumas polêmicas quanto aos procedimentos e compreensão de como cada um é denominado. Neste trabalho, essa controvérsia não será totalmente esgotada, mas procurará discorrer sobre algumas vertentes, se detendo naquela que foi escolhida para desenvolver esta pesquisa (Couto, Keller & Hohendorff, 2014; Sena Gomes, I., & Oliveira Caminha, I., 2014).

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

A Metanálise se refere à procedimentos estatísticos de diversos estudos com o objetivo de agrupá-los. Quando os trabalhos incluídos na revisão permitem realizar uma síntese estatística da evidência gerada, trata-se de Revisão Sistemática Quantitativa ou Metanálise, sendo o termo Metanálise, o método estatístico utilizado para a análise numérica da Revisão Sistemática (Atallah & Castro, 1998).

Também se destaca a Revisão Integrativa, que por sua vez, pauta-se em uma abordagem metodológica ampla e abrangente, fornece informações sobre um evento particular, a partir de dados retirados de pesquisas anteriores. A revisão integrativa analisa dados da literatura teórica e

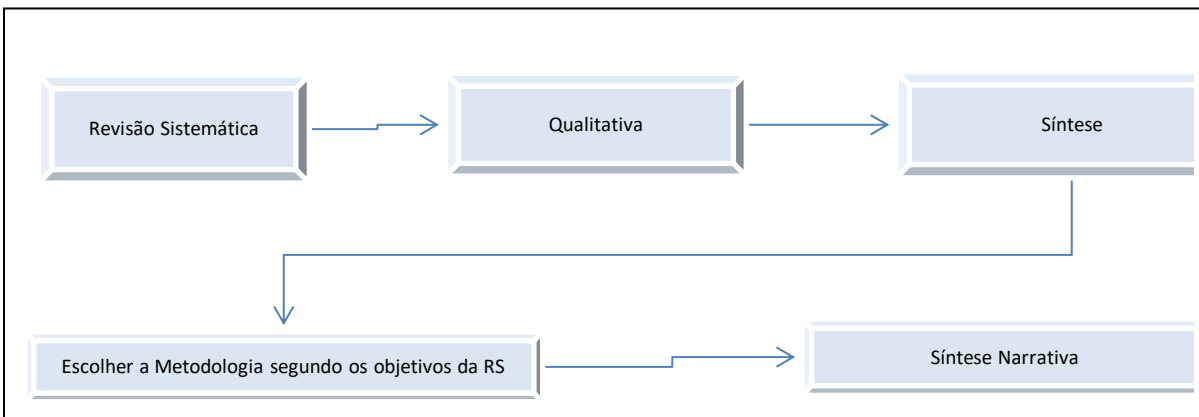
empírica e tem objetivos múltiplos que visam a definição de conceitos, revisão de teorias e análise de problemas metodológicos sobre uma determinada questão (Sena Gomes *et al.*, 2014).

A presente pesquisa, cujo delineamento adotado será de análise crítica do material, optou-se pela Revisão Sistemática Qualitativa, uma vez que esta modalidade se apóia em critérios rigorosos para a seleção dos artigos, incluindo estudos empíricos a fim de compreender um determinado fenômeno, a partir de estudos anteriores, ampliando a visão do leitor sobre determinado campo de pesquisa (Couto *et al.*, 2014). Neste sentido, a Revisão Sistemática Qualitativa se refere ao processo de reunião, avaliação crítica e sintética de resultados de múltiplos trabalhos referentes a um determinado assunto de interesse, possibilita responder ao questionamento que originou a pesquisa.

Outro aspecto a ser destacado, é que a Revisão Sistemática Qualitativa viabiliza a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo e favorece a caracterização e a divulgação do conhecimento produzido, como também possibilita a síntese do estado do conhecimento de um dado tema, viabilizando a identificação de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novas pesquisas. Ao considerar a pesquisa qualitativa, todo objeto de estudo apresenta especificidades. Segundo Minayo (1993), entende-se pesquisa qualitativa como um processo no qual o pesquisador tem “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta “uma carga histórica” e reflete posições frente à realidade (Minayo, 1993, p.23).

A pesquisa de Revisão Sistemática pode ser classificada de diferentes formas, a qual possui várias possibilidades metodológicas. Aqui neste estudo, foi utilizado a abordagem qualitativa. Na figura 1 apresenta o fluxograma, no qual detalha-se o desenho metodológico adotado:

FIGURA 1 - Fluxograma do desenho metodológico adotado.



Fonte: Sena Gomes *et al.*, (2014, p. 399)

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

FASES METODOLÓGICAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

O desenvolvimento da pesquisa de Revisão Sistemática de literatura pode se constituir por seis, sete ou oito fases. Neste caso, optou-se por sete fases, segundo sugere Sena Gomes *et al.*, (2014), por ser um procedimento que não está nem aquém nem além do necessário para uma busca completa. Também é relevante considerar que as sete fases foram recomendadas pelo Centro Cochrane no Brasil que, independentemente de sua especificidade, a revisão sistemática seja realizada nessas sete etapas (Botelho *et al.*, 2011; Sena Gomes *et al.*, 2014).

Dessa forma, a presente pesquisa de Revisão Sistemática Qualitativa de Literatura foi composta pelos seguintes passos: (1) formulação da pergunta; (2) localização e seleção dos estudos;

(3) avaliação crítica dos estudos (4) coleta dos dados; (5) análise e apresentação dos dados; (6) interpretação dos dados e (7) aprimoramento e atualização da revisão (Botelho et. al., 2011; Sena Gomes *et al.*, 2014).

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA

Inicialmente identificou-se o tema de interesse, pelo que foi possível conduzir o estudo a partir da seguinte questão norteadora: Qual a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde? Após a este questionamento, foi desenhado todas as etapas da elaboração da pesquisa de Revisão Sistemática Qualitativa.

LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS PELOS DESCRITORES

Para identificar as publicações que compuseram a Revisão Sistemática Qualitativa realizou-se uma busca *online* das publicações nas bases de dados, de acordo com os seguintes Descritores: Trabalho, Sofrimento, Saúde da Família e Atenção Básica (*Job, Suffering, Family Health e Primary Care*), em português e inglês, indexadas nas bases de dados eletrônicas. Os descritores foram escolhidos mediante consulta ao Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

O levantamento nas bases de dados ocorreu no período de maio de 2016 a outubro de 2016, foi realizado através das seguintes bases de dados: MedLine (Literatura Internacional em Ciência da Saúde); SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS-Psi (Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Artigos científicos, nacionais e internacionais, que contenha no resumo as palavras chaves utilizadas na busca, e a metodologia utilizada tenha sido pesquisa de campo, no período de 2010 a junho de 2016.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Artigos que não disponibilizaram texto completo, estavam repetidos entre as bases, não tinham relação com assunto pesquisado, artigos de revisão de literatura, como também não estavam dentro do período estabelecido. Aplicados os critérios de exclusão, restaram 10 artigos, sendo 8 publicados na literatura nacional e 02 em periódicos internacionais. Os referidos artigos foram lidos e analisados, buscando-se destacar os pontos principais apontados pela literatura, bem como elaborar uma reflexão crítica sobre os mesmos. Os artigos foram avaliados criticamente segundo a pergunta da pesquisa, sendo mantidos somente os que preencheram os critérios de inclusão.

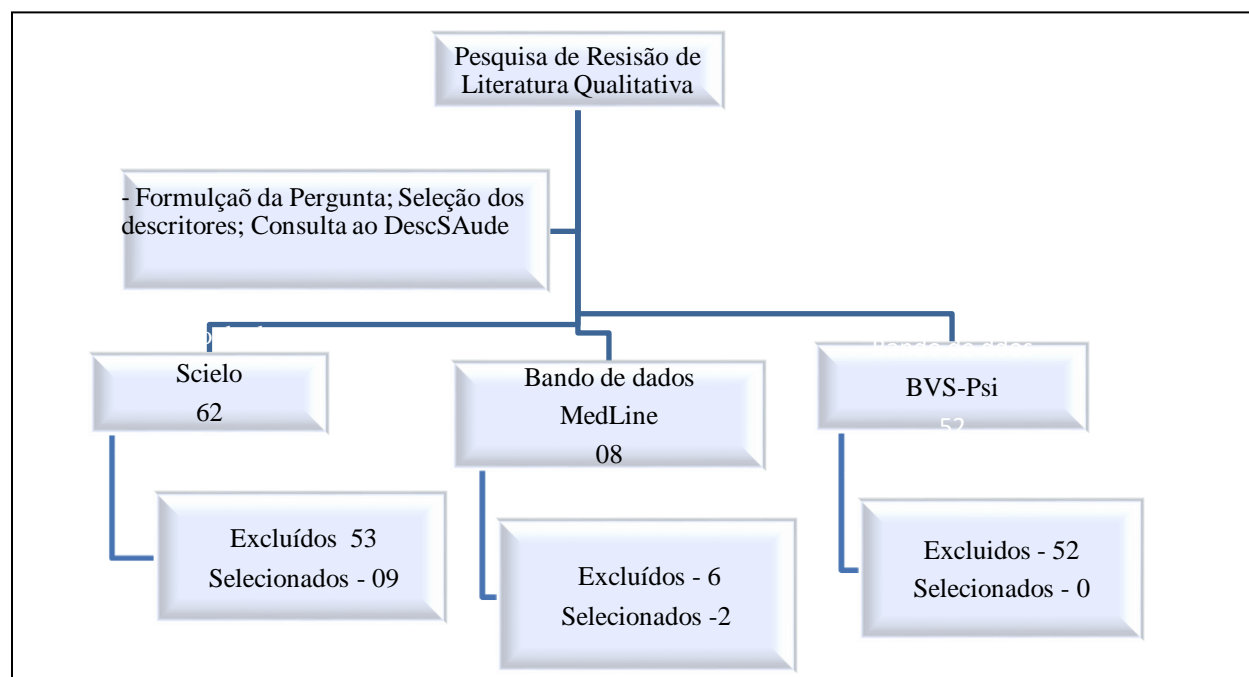
A estratégia de busca utilizada nas bases de dados e a quantidade de artigos identificados de acordo com os descritores e termos definidos estão apresentados na tabela 1:

TABELA 1 – Quantidade de artigos encontrados nas bases de dados.

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

Podemos observar, sinteticamente, através do fluxograma (figura 2) quais os passos foram necessários para realização do estudo.

FIGURA 2- Fluxograma dos artigos selecionados após a leitura.



RESULTADOS



IV- RESULTADOS

Os resultados serão expostos por meio da descrição dos artigos, detalhados em forma de quadro (quadro 01), os artigos selecionados serão analisados com o aporte teórico utilizado na introdução. Apresentaremos a descrição, evidenciando os aspectos de destaque, através quadro 1.

QUADRO 1- Aspectos de destaque nos artigos.

Autores	Título	Periódico / Ano	Objetivos	Métodos	Conteúdo
Shimizu, H. E., & Carvalho Junior, D. A	O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família e Suas Repercussões no Processo Saúde-Doença.	Ciência & Saúde Coletiva. 2012.	Analisar a percepção dos trabalhadores da equipe básica da ESF- DF acerca do processo de trabalho.	Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA).	Evidencia um modo de gestão do processo de trabalho taylorizado na ESF, caracterizado pela divisão de trabalho entre formuladores e executores, pela repetição das tarefas, pela fiscalização de desempenho, pela fragilidade da comunicação formal entre os diferentes níveis hierárquicos.
Rosa, A. J., Bonfanti, A. L., & de Sousa Carvalho, C	O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas Relações com o Trabalho	Saúde e Sociedade. 2012.	Analisar aspectos que, quando presentes nas condições e relações de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde, podem relacionar-se ao desencadeamento de sofrimento psíquico.	Pesquisa qualitativa.	Apresentaram reflexões sobre a excessiva responsabilização no trabalho do ACS e a sobrecarga. Apresentaram a necessidade de apoio emocional e psicológico oferecidos pelos ACS em suas visitas. Discorreram sobre uma demanda da população que extrapola a busca da saúde física e se expande para as necessidades afetivas, como carinho, companheirismo, amizade e cuidado.
Kessler, A. I., & Krug, S. B. F.	Do Prazer ao Sofrimento no Trabalho da Enfermagem: o Discurso dos Trabalhadores.	Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012.	Identificar situações causadoras de prazer e de Sofrimento no trabalho da enfermagem de duas instituições de saúde.	Estudo comparativo, de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.	As realidades dos serviços de saúde podem gerar situações de prazer e de sofrimento aos trabalhadores e, especificamente, podem somar-se às influências da realidade social e cultural da área rural. Nos serviços de saúde foi possível identificar situações de prazer e sofrimento distintas, mas também comuns entre eles.
Lyrio Ursine, B., Salmaso Trelha, C., & Polo Almeida Nunes, E. d. F.	Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2010.	Investigar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na região sul do município de Londrina.	Instrumento abordando aspectos sociodemográficos, de saúde e de trabalho versão abreviada (WHOQOL-Bref).	Condições de trabalho precárias e promotoras de sofrimento aos ACS. Sugerem ser necessário estabelecer compromissos mútuos entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade
Gouveia Vilela, R. A., Silva, R. C., & Jackson Filho, J. Mal.	Poder de Agir e Sofrimento: Estudo de Caso Sobre Agentes Comunitários de Saúde.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2010.	Compreender a relação entre queixas de sofrimento e as condições de trabalho das ACS e propor medidas para modificá-las.	Adotou perspectiva metodológica diferente da usada por Jardim e Lancman (2009), que se fundou na Psicodinâmica do Trabalho.	A descrição dos fatores que determinam e influenciam em situação, para mais ou para menos, a capacidade de agir abre perspectivas concretas para a melhoria do trabalhar e para enfrentar os fatores determinantes do adoecimento. Destacam a existência de conflitos e dificuldades enfrentadas pelas agentes para viabilizar a proposta da Saúde da Família no atual contexto do SUS.
Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F	Sofrimento Psíquico do Trabalhador da Saúde da Família na Organização do Trabalho.	Psicologia em Estudo. 2011.	Identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho na ESF.	Pesquisa Qualitativa	Evidenciaram que sofrimento apareceu como desânimo, angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, atribuição dos problemas do usuário a si mesmo, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e impotência ante a dificuldade de dar conta da demanda.

Katsurayama, M., Parente, R. C. P., & Moretti-Pires, R. O	O Trabalhador no Programa Saúde da Família no Interior do Estado do Amazonas: um Estudo Qualitativo.	Trabalho, Educação e Saúde. 2016.	Análise da relação trabalho-subjetividade na Estratégia Saúde da Família no interior do estado do Amazonas.	Estudo Qualitativo.	Destacaram diferentes conteúdos significativos do trabalho, o sentido simbólico que ele introduz na atividade de trabalho, além de estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, entre elas a racionalização e a relação de confiança e cooperação encontrada na equipe.
Cardoso, C., Brito, M., Pereira, M. O., Moreira, D. A., Tibães, H., & Ramos, F..	Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no Cotidiano.	CIAIQ2015. 2015.	Compreender as vivências de Sofrimento Moral expressas no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.	Estudo Qualitativa.	As vulnerabilidades sociais, como violência doméstica e condições socioeconômicas precárias e as fragilidades organizacionais do Sistema de Saúde, foram os principais geradores de Sofrimento Moral ¹ .
Babbott, S., Manwell, L. B., Brown, R., Montague, E., Williams, E., Schwartz, M.& . . Linzer, M.	Registros Médicos Eletrônicos e Estresse Médico na Atenção Primária : Resultados do Estudo MEMO.	Journal of the American Medical Informatics Association. 2013.	Avaliar as relações entre o número de funções de registro médico eletrônico, as condições de trabalho na atenção primária	Estudo de Erros de Minimização,Maximização de Resultados (MEMO).	Evidenciaram dados de estresse e burnout devido prática em transição, pode ser uma prática sob pressão. Médicos que trabalham com RME altamente funcional experimentam uma variedade de resultados pessoais adversos em associação com a pressão de tempo durante as visitas ao consultório e exames físicos.
Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., . . Garcia-Campayo, J	Mindfulness , Percepção de Estresse e Bem-estar Subjetivo : um Estudo Correlacional em Profissionais de Saúde de Cuidados Primários.	BMC complementary and alternative medicine. 2015.	Verificar as correlações entre auto-relato de atenção plena, percepção de estresse e bem-estar subjetivo em Profissionais de Saúde de cuidados primários.	Escala: de Consciência Atencional à Atenção (MAAS), Escala de Estresse Percebido (PSS) e Escala de Bem-estar Subjetivo (SWS). Análise de variância multivariada (MANOVA)	Afirmam que houve correlações claras entre atenção plena, percepção de estresse e bem-estar subjetivo em diferentes categorias de profissionais de atenção primária e tempo na mesma posição de trabalho.

¹Sofrimento Moral pode ser entendido como dor ou angústia que afeta a mente, corpo ou relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual o profissional reconhece sua responsabilidade moral diante dos ocorridos e faz um julgamento a respeito da conduta correta a ser tomada. Entretanto, se vê impedido de colocá-la em prática, devido a constrangimentos, que impedem sua participação moral (CARDOSO, C. et al. 2015)

ANÁLISE DOS DADOS

V- ANÁLISE DOS DADOS

Os artigos foram analisados utilizando quatro categorias, sendo elas, Fatores de Sofrimento, Saídas para o Sofrimento, Fatores de Prazer, Contribuições de cada Autor de Como Lidar com o Problema, e por último, Lacunas.

FATORES DE SOFRIMENTO

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

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

Nessa ótica, o sofrimento teve destaque nos artigos analisados, sendo evidenciado por Ribeiro & Martins (2011), que podem emergir na formas de desânimo, angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, atribuição dos

problemas do usuário a si mesmo, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e impotência ante a dificuldade de dar conta da demanda. Na íntegra, as autoras afirmam:

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

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

Essas condições de trabalho precárias em saúde na Estratégia Saúde da Família podem ser elucidadas sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho. Nessa abordagem o trabalho é considerado uma atividade desempenhada por homens e mulheres - os trabalhadores e trabalhadoras de saúde - uma atividade humana, no qual as ações tecnológicas são insuficientes, o que requer do trabalhador o uso de sua criatividade, afetividade e inteligência direcionada para a construção do novo (Dejours, 2004). Quando ele se sente limitado no uso dessa criatividade, tem menos propensão de investir sua afetividades no trabalho, tornando-se cada vez mais desgastado. No caso do trabalhador

de saúde, essas limitações se expressam pelo excesso de demanda, infraestrutura precária, exigências administrativas e protocolares.

Por outro lado, o contrário disso seria o desenvolvimento do trabalho de forma saudável, não fragmentado, considerado como uma função essencial, um processo de transformação entre o sujeito e a natureza, geradora de significado (Codo, 1988). Entretanto, esse lado saudável não tem ocorrido por causa das repercussões da reestruturação produtiva, apresentando algumas modificações nas condições de trabalho que desfavorecem ao trabalhador, com a presença de um novo cenário no mundo do trabalho, no qual ocorreu um deslocamento do componente manual do trabalho para o componente intelectual (Goulart, 2002). Ainda nesta perspectiva, tem-se a organização do trabalho relacionada com a divisão interna da organização de seus trabalhadores. Nas palavras de um dos autores, isso se expressa da seguinte forma:

a perda do sentido no trabalho, pela fragmentação, e a falta de reconhecimento de si no trabalho, deixaram claro quanto, na lógica neoliberal e capitalista de produção, o trabalho não atende aos interesses e desejos do trabalhador, mas aos do mercado e do capital (Ribeiro & Martins, 2011, p. 248).

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

Outro aspecto apontado por Lyrio Ursine *et al.* (2010) como fator de sofrimento foi a precarização do serviço, é o tipo de vínculo trabalhista (contratação no regime celetista) que o ACS é inserido em cargo ou emprego público, por meio de processo seletivo público e contratação temporária ou terceirizada. Fator este que não responde as legislações vigentes e orientações técnicas (Brasil, 2006).

Goulart & Guimarães (2010) descrevem como a reestruturação produtiva acarretou consequências desastrosas no que se refere a terceirização, que invadiu não só as empresas privadas, mas também os serviços públicos, inclusive os da saúde. Isso se nota claramente nessas considerações feitas por Lyrio Ursine *et al.* (2010), que apontam a fragilidade do vínculo trabalhista do ACS, o que compromete também o vínculo no trabalho, com os colegas e com o usuário. A organização do trabalho contemporâneo de gestão e de administração, sob a ótica do sistema capitalista, neoliberal, apresenta princípios de avaliação quantitativa e objetiva do trabalhador, submetendo o trabalhador a sacrificar sua subjetividade em nome da rentabilidade (Dejours, 2004). O Autor expõe que as consequências desses princípios da organização do trabalho são, o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza e a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho. Esta nova organização do trabalho, resulta em agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho. Tem-se a compreensão que a organização do trabalho em saúde é afetada por esse agravamento, sua forma concreta, pode influenciar o estado de saúde dos trabalhadores, ou seja, pode apresentar situações favoráveis ou desfavoráveis que contribuem para a desenvolver situações de sofrimento laboral.

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

A precarização do trabalho também foram exposta por Rosa, Bonfanti, & de Sousa Carvalho (2012), Kessler & Krug (2012), Lyrio Ursine *et al.*(2010). Destacaram uma questão importante, a de que a maior parte dos trabalhadores em saúde são do sexo feminino, reafirmando o fato de que a profissão é formada predominantemente por mulheres. Os autores se referiram a questões de gênero, enquanto interferência no

trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Portanto, as expectativas ideologicamente constituídas sobre gênero, em relação à profissão, estão presentes no cotidiano de trabalho destes profissionais. Um viés ideológico é a inserção de mulheres em atividades que sofreram certa desvalorização, em função de sentir os efeitos negativos do capitalismo, tais como, instabilidade no vínculo de emprego, condição precária de moradia, má qualidade da educação, restrita oportunidade de lazer e participação nas atividades culturais.

Essas questões foram pontuadas por Hirata (2012) que reflete sobre as decorrências da globalização, acentuando as desigualdades entre o emprego masculino e feminino. A liberalização do comércio e a intensificação da concorrência internacional tiveram por consequência um aumento do emprego e do trabalho remunerado das mulheres, um crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho, tanto nas áreas formais quanto nas informais da vida econômica, assim como no setor de serviços. Todavia, esse cenário com a presença da mulher reflete principalmente em empregos precários e vulneráveis que se expressam através de desigualdades de salários, condições de trabalho e de saúde.

As consequências dessa evolução da atividade feminina são múltiplas, mas pode-se dizer que uma das mais importantes consiste no fato de que este modelo de trabalho precário, vulnerável e flexível pode constituir um modelo que prefigura um regime por vir de assalariamento masculino e feminino (Hirata, 2002, p. 144).

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

O engajamento foi outro fator de sofrimento destacado por Ribeiro & Martins (2011), considerado insuficiente para responder a todos os problemas de saúde das

famílias, ficando o agir do ACS limitado, gerando sentimentos de incapacidade, cobrança e rigorosidade na obediência das prescrições.

Essas questões - diminuição da capacidade de agir, do poder fazer, dificuldades na construção da identidade do trabalhador em saúde e sentimentos de incapacidade- pareciam ocasionar falta de significativo no trabalho, gerando insatisfação no trabalhador em Saúde da Família. Essas situações se desencadeiam quando a realização da atividade não apresenta sentido para o trabalhador (Dejours, 2004). Essas questões foram expressadas pelos autores, conforme afirmaram:

os sentimentos de impotência contribuíram para aumentar o desgaste do trabalhador, o qual, por um lado, decidia arbitrariamente o que era melhor para o usuário, sem a adesão deste, e por outro, estagnava-se em uma escuta passiva, evitando situações que não queria vivenciar, como o choro do usuário (Ribeiro & Martins, 2011, p. 247).

Sufrimento por vulnerabilidade, foi considerado por Rosa *et al.* (2012), Atanes *et al.* (2016) como sendo outro fator de sofrimento. Essa vulnerabilidade se apresenta como violência doméstica e condições socioeconômicas precárias, situações limite como pobreza, desigualdade social, violência, abandono e doença.

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

Katsurayama, Parente & Moretti-Pires (2016) notaram uma considerável homogeneidade no comportamento dos ACSs, sempre em maior número em relação aos outros profissionais, mas se colocavam apáticos, calados e inibidos. Na íntegra, os autores afirmam:

Além da intimidação que o grupo de ACSs parecia sofrer por parte de outros trabalhadores da ESF, o que revela a falta de equidade na equipe, confirmando a transposição das relações de poder do ambiente de trabalho (Katsurayama *et al.* 2016, p. 195).

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

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

Ribeiro & Martins (2011), Shimizu & Carvalho Junior (2012), Katsurayama *et al.* (2016) destacaram aspectos em relação ao trabalho em equipe, problemas da burocratização do trabalho e da falta de comunicação, dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, colocadas como dificuldades para o desenvolvimento das relações em equipe, que incidem negativamente no processo de trabalho em equipe,

de acordo com o que é idealizado para o trabalho na ESF. Ainda evidenciaram ausência de espaço para reuniões da equipe e discussão das atividades e questões pertinentes ao funcionamento da ESF, dificuldade de reunir a equipe por completo, estabelecimento de metas de produtividade, o ritmo de trabalho, incremento da produtividade, na repetição, na divisão entre formuladores e executores.

Esses entraves nas relações de trabalho da Saúde da Família, traduzidas em problemas da burocratização do trabalho e falta de comunicação são apontadas por Dejourns (2004) como sendo uma forma de cooperação reduzida, ou seja, um desenvolvimento das atribuições de forma independente e individualizada, o que resulta na diminuição das relações e comunicação com os colegas de trabalho. Ainda nesta perspectiva, direciona para o aumento da sobrecarga de trabalho, uma vez que, o trabalhador se volta para estabelecer formas que possam preveni-lo dos riscos de punição, caso a cooperação ocorra de forma inadequada. Essas questões podem ser observadas na íntegra, conforme os autores afirmaram:

Assim elas preferem não dar opiniões sobre questões que possam comprometê-las. A impossibilidade de a linguagem se materializar nas relações de trabalho cristalizava os sofrimentos e naturalizava-os como inevitáveis (Ribeiro & Martins, 2011, p. 249).

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

responsabilidade como um autocontrole construído artificialmente pelas pressões da correria e dos horários rígidos a serem cumpridos.

Essas situações que emergem no desempenho do trabalho, demonstram que a organização do processo de trabalho está relacionada diretamente com a divisão interna do processo de trabalho e com as relações de hierarquia, estabelecidas desfavoravelmente. É notório que o trabalho visando a produtividade, caracteriza-se pela divisão de trabalho, divisão dos trabalhadores, hierarquia, comando e submissão. São essas exigências - repetição das tarefas, fiscalização de desempenho, fragilidade da comunicação, produtividade- que atingem diretamente as relações estabelecidas pelos trabalhadores em saúde (Dejours, 1994). Nas palavras de um dos autores, isso está expresso da seguinte forma:

a prioridade por produtividade no trabalho apresentou-se como gerador de sobrecarga na jornada diária, oriundo da intensa demanda por atendimentos e número insuficiente de profissionais, resultando em insatisfação profissional e em desgaste físico e psicológico (Kessler & Krug, 2012, p. 54).

O mesmo raciocínio da temática também foram expressas por Babbott *et al.* (2013):

Isso sugere que os médicos que trabalham com RME altamente funcional podem ser particularmente desafiados quando o tempo alocado não é igual ao tempo percebido como necessário para fornecer cuidados de qualidade. Uma implicação desse achado é que os sistemas de EMR podem não coincidir com os processos e fluxo de trabalho 20, testando assim a resiliência dos clínicos à medida que eles tentam funcionar rapidamente enquanto o paciente está presente (Babbott *et al.*, 2013, p. 105).

Heloani (2003) explica que seguindo o modelo de produção Taylorista/Fordista, emergem pressão no ambiente de trabalho, cobrança por resolutividade, falta de equipamentos, que visam o trabalho em massa com o intuito de aumentar a produtividade (Heloani, 2003). Diante desse cenário de organizações do trabalho, os serviços de saúde também utilizam da ordem produtivista, imposta pela globalização. Essas questões ficaram evidentes nas afirmações de um dos autores: “Essas questões estão ligadas a um

processo de trabalho mecanizado e parcelado, acarretando um desconhecimento do resultado do trabalho e esvaziando o seu sentido” (Ribeiro & Martins, 2011, p. 245). Retomando Dejours (1996) é na a organização de trabalho, esvaziada de sentido que a identidade do trabalhador em Saúde da Família pode sofrer abalos e ocorrer o surgimento do sofrimento psíquico.

Assim a relação entre prazer e sofrimento no trabalho está intimamente articulada às formas de organização do trabalho, e o estabelecimento de uma relação complexa e singular entre as mudanças nos sistemas organizacionais e a vida psíquica. Heloani (1988), reflete que as doenças nos trabalhadores em organizações que apresentam estas características - produtividade, individualidade, competitividade- aumentaram consideravelmente.

Essas questões podem ser observadas na íntegra, conforme expõe um dos autores: “esse conjunto de resultados indica a possibilidade de que o processo de trabalho na ESF/DF dê-se nos marcos do modelo difundido por Taylor” (Shimizu & Carvalho Junior, 2012, p. 2411).

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

Kessler & Krug (2012) destacaram que um fator contributivo para insatisfação no trabalho dos dois serviços de saúde é a falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho, quanto por gestores das instituições. O trabalhador em Saúde da Família demonstram insatisfação em relação ao seu trabalho devido à falta de reconhecimento e valorização das atividades que

desempenham. Dejours (2012) fala de reconhecimento em duas vertentes, ou seja, o reconhecimento no sentido da constatação e o reconhecimento no sentido de gratidão. Aqui também é importante o aspecto simbólico, aquilo que o trabalhador em saúde constrói de valorização diante do reconhecimento de suas atividades sentindo-se útil e recompensado. Dessa forma a somatização seria substituída por estratégias saudáveis (Dejours, 2002). É isso que se espera que o trabalhador de saúde consiga fazer. Mas o que os artigos revelam é a ausência do reconhecimento.

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

Relações de poder fazem parte da vida comunitária, entretanto as de exploração são as mais perniciosas, levando a um sofrimento psíquico daquelas pessoas que estão subjugadas. No artigo acima, o ACS foi apresentado como a parte subjugada da relação, o que impedia que ele pudesse requerer direitos associados a insalubridade e outros aspectos do trabalho. Essas questões se constituíram em desencadeantes de sofrimento psíquico. No artigo de Ribeiro & Martins (2011, p. 248) as autoras afirmaram que as ACS reiteravam o tempo todo que “a corda arrebenta sempre do lado mais fraco”. Acrescentando, Rosa *et al.* (2012) afirmam também que os ACS são descritos como quem não fizesse parte da equipe, como se trabalhassem sozinhos, excluídos, nunca eram escutados. As autoras expressam:

As reuniões ou eram simplesmente para chamar a atenção ou se dispersavam em atividades comemorativas, ou seja, o exercício do poder era verticalizado e não se distribuía. Parece não haver nas atividades coletivas da equipe um caráter técnico de avaliação e correção de rotas. Assim, a responsabilização dos ACS pelos incidentes ocorridos nas unidades parece se relacionar com o modo de gestão de pessoal pouco eficiente (Rosa *et al.*, 2012, p.150).

Diante desse cenário, é notório as relações de poder inerentes às condições de trabalho e resultante de mecanismos de gestão e trabalho em equipe, caracterizado por relações hierárquicas verticalizadas e autoritárias, contrariando a proposta de apoio Paideia (Campos, 2013).

Outro fator a ser considerado é que atividade cotidiana do trabalhador é seguida pelo comando do sistema econômico capitalista. No contexto da sociedade capitalista, os processos de trabalho possuem estreita relação com as formas de adoecimento do trabalhador. O trabalho e a saúde estão intimamente articulados, na medida em que as condições de trabalho contribuem para manter e reproduzir a situação de explorado e o comprometimento da saúde (Heloani & Ribeiro, 2011).

Ribeiro & Martins (2011) destacaram o reconhecimento parcial das normatizações do ESF, pelos trabalhadores, de forma desarticulada do sistema social e econômico neoliberal em geral. A desvalorização do agente comunitário de saúde foi identificando como sendo uma situação desconfortável. Suas queixas de impotência e de não reconhecimento profissional estão relacionadas, em parte, à precarização da profissão desde o processo de escolha profissional até a formação, insuficiente e deslocada da prática. Além disso, as autoras ressaltam que a profissão de ACS é predominantemente exercida por mulheres, o que as precariza mais ainda, considerando o viés ideológico que desmerece o trabalho da mulher. “Dito de outra maneira, as trabalhadoras podem ser vistas como cobaias para o desmantelamento das normas de emprego predominantes até então” (Hirata, 2002, p. 144).

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

Sobres essas questões Dejours (2008) e Chanlat (2002) relacionam trabalho e subjetividade, salientam que a atividade é uma referência para estabelecer debates e compreender a saúde ou o adoecimento do trabalhador, a relação entre os modos de gestão e o processo saúde-doença. O trabalho em saúde exige habilidades que envolvam a capacidade de lidar com perdas, burocracia, frustração, questões complexas, se deparam com situações de distintas naturezas, sendo necessário o uso constante da memória e da criatividade. A seguir, um dos autores relataram essas questões:

Neste cenário, exige-se dos profissionais envolvidos na Atenção Básica ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. (Cardoso *et al.*,2015, p. 92).

Diante desse cenário, o trabalho em saúde tem sido desenvolvido por meio de relação interpessoal, no qual a visão de mundo, os valores, os afetos estão presentes em suas práticas cotidianas, sendo isso um fator de saúde ou sofrimento, dependendo de como a organização do trabalho é mediado por uma forma de gestão mais ou menos rígida (Ribeiro & Heloani, 2011).

Esses aspectos foram destacados por um dos autores “o trabalhar na saúde é voltado para o outro; assistir e cuidar visam a diminuir o sofrimento do outro (Gouveia

Vilela *et al.*, 2010, p.299). Essas questões também foram expressas por Shimizu & Carvalho Junior (2012):

Reitera-se que esse contexto de trabalho, possivelmente, é marcado pela incerteza, pela ambiguidade, o que exige dos profissionais soluções não usuais, não prescritas ou mesmo desconhecidas (Shimizu & Carvalho Junior, 2012, p. 2412).

Atualmente, esse contexto de trabalho em saúde e sua insuficiência de recursos necessários para a realização do trabalho, desenvolvem nos trabalhadores em Saúde da Família desgastes - físicos, cognitivos, afetivos. Esses desgastes estão relacionados aos esforços realizados para o cuidar dos usuários diante de situações que não possuem controle. Esse cenário foi expresso por um dos autores, conforme relataram:

O que é pressuposto da Estratégia Saúde da Família (ESF) é motivo de sofrimento, principalmente para as agentes comunitárias de saúde (ACSs) que moram no bairro. A privacidade no cuidado da própria saúde fica prejudicada, porque o atendimento no lugar que trabalha causa constrangimento (Ribeiro & Martins, 2011, p. 245).

Outro aspecto citado por Katsurayama *et al.* (2016) Ribeiro & Martins (2011), Rosa *et al.* (2012) foram que as condições que causam sofrimento nos profissionais de saúde é afetado pelas condições objetivas pelas quais escolheu a profissão de ACS, como também pelas suas expectativas em relação à profissão, não saberem como proceder nas residências das pessoas que não usam o serviço de saúde, desiludidos com o próprio trabalho, processo que parece ter tido início nas primeiras experiências na profissão, não se identificavam com o trabalho que realizavam, pelo caráter provisório dado ao exercício da profissão; rodízio constante no quadro de trabalhadoras, necessidade de sustentação financeira, falta de perspectiva de emprego diante da falta de especialização.

Na íntegra, os autores relatam:

Na maioria dos casos, os agentes estavam se dedicando a outras atividades que poderiam lhes proporcionar, posteriormente, outro emprego, como cursos técnicos e universitários, do que a uma compreensão do papel do ACS e/ ou identificação com a profissão (Rosa *et al.*, 2012, p.147).

Outro fator que surgiu sem ênfase, citado apenas por Atanes *et al* (2016) foi a ausência de Profissional. Esses autores afirmaram que muitas unidades de atenção primária orientadas para a comunidade tinham uma ausência de médicos da família, aumentando a carga de trabalho sob a responsabilidade das enfermeiras.

SAÍDAS PARA O SOFRIMENTO

Parece ser notório e necessário oferecer atenção a estes trabalhadores, a fim de que possam proporcionar o cuidado em saúde adequado à população, às famílias e às comunidades onde o trabalho é desempenhado. O melhor caminho pode ser ponderar sobre a saúde do trabalhador sob o prisma dos benefícios da Educação Permanente em Saúde (EPS). Pode ser uma alternativa que possibilita refletir e discutir, ouvir a si mesmo e os demais profissionais, esse processo de escuta poderá ajudar a promover saúde no ambiente de trabalho. O desafio é que, nesse processo, todos da equipe estejam dispostos para a discussão e participação na EPS.

Nesse sentido, Ribeiro & Martins (2011) expressaram essas questões:

Os questionamentos realizados na observação participante junto aos trabalhadores produziram reflexões advindas da presente pesquisa sobre o sofrimento e o processo de trabalho em equipe. Seguindo a metodologia participativa, culminou num processo de educação permanente em saúde (Ribeiro & Martins, 2011, p. 246).

Nas equipes de saúde sempre tem aqueles que optam pelo individualismo, por estarem influenciados pela lógica capitalista, por um modo de gestão pernicioso, que se caracteriza pela cobrança, por demandas excessivas, cumprimento de metas e não com a qualidade do serviço. Ao contrário disso, a EPS se orienta por uma gestão participativa e solidária, que poderá reverter-se num ambiente acolhedor e de cuidado para o trabalhador, propiciando ao mesmo tempo esclarecimento de dúvidas sobre o processo de trabalho no

dia-a-dia, enquanto a atenção a saúde no serviço está em curso. Para isso é necessário reservar tempo para pequenas reflexões entre os trabalhadores, sem que ocorra uma realização ou cobranças da gestão por estarem usarem o tempo para essas conversas, supostamente deixando de atender os usuários (Merhy, 2007; Campos, 2003).

Kessler & Krug (2012), Shimizu & Carvalho Junior (2012), Katsurayama *et al.* (2016) destacaram que diante das dificuldades relatadas pelos profissionais (falta de estrutura, medicamentos, recursos humanos), o profissional se vê impossibilitado de rearranjar a organização do trabalho. Esses autores apresentaram ainda que devido as limitações das condições de trabalho, os trabalhadores em saúde, tendem a lançar mão de estratégias defensivas e de mecanismos de defesa que lhes possibilitem lidar com a inadequação dos meios, dos problemas com a gestão e de comunicação no processo de trabalho. Destaca-se que o trabalhador, em seu cotidiano utiliza-se de respostas ao que é causador de angústia em seu trabalho, as limitações das condições de trabalho, problemas com a gestão, dificuldade de comunicação, através de mecanismos de defesa. Esses mecanismo de defesa emergem, quando o trabalhador em saúde percebe que o trabalho restringe o seu investimento afetivo e material, recorrendo ao uso dos mecanismos de defesa, numa forma de luta, encontrada tanto no nível individual quanto no coletivo (Dejours, 2004).

Essas questões estão presentes conforme o discurso de um dos autores:

Com a finalidade de enfrentar esse sofrimento, o trabalhador da ESF busca estratégias inconscientes com a finalidade de tentar neutralizar os aspectos negativos do trabalho e eufemizar o sofrimento, ou seja, estratégias que possam aliviar a dor, a frustração, o sentimento de impotência diante da demanda que o procura (Katsurayama *et al.*, 2016, p.191).

Essas questões foram pontuadas por Dejours (2004) no sentido de que os mecanismos de defesas não transformam o processo de trabalho, porém funcionam como mediador entre as dificuldades que a organização de trabalho os expõem. Sendo assim,

ao recorrer as estratégias defensivas, o trabalhador em saúde busca uma alternativa para minimizar a percepção do sofrimento no ambiente de trabalho (Dejours, 2004). Este raciocínio também foi expresso pelos autores a seguir:

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

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

tal situação, além de gerar desgastes, pode aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população em relação aos serviços prestados. Além disso, pode ser uma fonte de desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam com zelo no cuidado das famílias. Atuação do profissional exclusivamente conforme as regras, estratégias utilizadas ao perceberem que as prescrições, se seguidas com rigor, reduzem seu desgaste (Shimizu & Carvalho Junior, 2012, p. 2412).

Ainda foi evidenciado por Ribeiro & Martins (2011), Lyrio Ursine *et al.* (2010), que para enfrentar situações de sofrimento, o trabalhador em saúde recorre a crenças religiosas, rezas, choro, psicoterapia, brincadeira no ambiente de trabalho. A religiosidade pode auxiliar na identificação de estilos positivos nas relações de trabalho, como também o trabalhador pode construir uma percepção de si mesmo com o intuito de enfrentar situações de sofrimento e de desafios vivenciadas com frequência por esses trabalhadores. Essas questões foram apresentadas por um dos autores:

Quando brincam em situações de desgaste eles escamoteiam o sofrimento, mas não procuram compreendê-lo. Seria favorável que vivenciassem momentos de descontração e de risadas, desde que não fossem para tamponar o sofrimento. É um processo inconsciente, e por isso mesmo mais perigoso e propício à alienação (Ribeiro & Martins, 2011, p. 246).

Enfim, os mecanismos defensivos podem servir como uma forma temporária de lidar com o sofrimento psíquico, mas como Dejours (1994) apontou, não transforma o

processo de trabalho. Numa compreensão ampliada dessas questões, é possível pensar que os mecanismos de defesa devem se transformar em resistência. Conforme aponta Foucault (1993) o sujeito pode experimentar várias posições na vida, por meio do exercício da liberdade. Na direção do que foi exposto anteriormente, pode ilustrar-se, numa atitude de cuidar de si para resistir aos limites que são impostos, que são desnecessários, reflexivamente. Obviamente nem tudo pode ser continuamente criado e pensado, pois o indivíduo vive constantemente num paradoxo, rodeado de coisas que fogem a sua governabilidade. Mas pode abrir brechas, sempre que as decisões possam ser tomadas de forma consciente ou ativas, há que se procurar momentos que possibilitem a reflexão, quem sabe em espaços de Educação Permanente em Saúde, no dia-dia-dia do trabalho, levando em conta que o trabalho em saúde acontece em ato, essencialmente um trabalho vivo (Merhy, 2007).

FATORES DE PRAZER

Ao examinar aspectos em relação a organização de trabalho e seus trabalhadores, podemos considerar que trabalho não é lugar só do sofrimento ou só do prazer, mas de ambos, dependendo da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho.

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

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

Babbott *et al.* (2014) constatou-se que o estresse no trabalho diminuiu modestamente para os médicos que utilizassem o RME com sistemas tecnológicos sofisticados, na perspectiva produtivista, porém deixando a desejar a construção de vínculo com o usuário do serviço de saúde. Destacando ainda uma tendência, de que os médicos estejam mais satisfeitos, se em sua prática tivessem mais controle do trabalho, maior ênfase na qualidade, maior ênfase na prática de informação/comunicação, mais confiança na organização, maior coesão no local de trabalho e maior alinhamento de valores com a liderança.

Assim, na íntegra “embora estes médicos podem estar cada vez mais acostumados com o RME, eles estão tentando equilibrar um aumento nas tarefas sem aumentos no tempo disponível” (Babbott *et al.*, 2014, p.105).

Ainda referente ao fator prazer, a identificação com a tarefa foram consideradas por Katsurayama *et al.* (2016), Shimizu & Carvalho Junior (2012), como importante fator de prazer. As significações concretas em sua maioria diziam respeito à sustentação financeira. Já as significações abstratas relacionavam-se a sonhos e projetos de realizações possíveis, além do desejo de ajudar a população adscrita, satisfação,

motivação, orgulho, identificação com a proposta, credibilidade na sua eficácia e em seu poder de transformação, sentimento de utilidade para a melhoria da saúde da população de seu município de origem, como os grandes.

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

O reconhecimento profissional proveniente dos pacientes, exposto em manifestações verbais e de gratidão pelo serviço prestado. Na instituição hospitalar, a satisfação no trabalho referiu-se também a possibilidade de amenizar o sofrimento do paciente e da melhoria do seu quadro de saúde. O bom relacionamento da equipe de trabalho também foi destacado como gerador de prazer na atividade laboral (Kessler & Krug, 2012, p. 52).

Ainda sobre o aspecto reconhecimento, foram expressas por outros autores:

Esses aspectos [o reconhecimento] são fundamentais para que os problemas encontrados na realidade da execução do trabalho, nas atividades concretas, sejam objeto de ação coletiva, contribuindo ativamente para a reelaboração e renormatização que corroborem para a produção de prazer no trabalho (Shimizu & Carvalho Junior, 2012, p. 2413).

O destaque para o reconhecimento como fator de prazer vem ao encontro com as considerações teóricas esboçadas no referencial teórico psicodinâmico, o qual pressupõe que processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade, consistindo em elementos fundamentais para a saúde mental, muito influenciada pela forma de relacionamento interpessoal dentro do espaço laboral (Dejours, 1994). Esse reconhecimento pode ser comparado a uma pessoa que pinta um quadro e consegue se reconhecer nele, por meio das cores que escolheu usar ou das linhas que traçou para formar uma ou outra figura. É

o que a obra realizada proporciona, podendo ser vista por todos, reconhecidamente bela. O trabalhador de saúde precisa ver seu trabalho e a si mesmo como uma obra e não como uma mercadoria (Campos, 2000).

Kessler & Krug (2012) destacaram que a resolutividade das demandas sociais na USF foram considerado, ao mesmo tempo, como fator de sofrimento e de prazer no trabalho. A resolutividade são sentidas através do acompanhamento da família em suas necessidades de saúde e na de demandas sociais da comunidade. Na íntegra, relatam que:

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

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

Ressaltaram que existem serviços da Estratégia Saúde da Família, cuja ação da coordenação em nível local ajuda a estabelecer uma zona de desenvolvimento potencial e uma nova dinâmica de trabalho, potencializando o trabalho como operador de saúde. Isso pode ser fortalecido quando o modelo de gestão atua de forma democrática, se posicionando de forma que permitem a produção de subjetividade, que podem ser o viés para passíveis de transformação.

CONTRIBUIÇÕES DE CADA AUTOR DE COMO LIDAR COM O PROBLEMA

Nesta categoria será apresentado resumidamente o que cada autor sugere para superar os diversos problemas já apresentados anteriormente.

Babbott *et al.* (2013) destacaram que um RME - Registro Médico Eletrônico- totalmente funcional para diminuir os potenciais efeitos negativos da transformação da prática, seria necessário, a fim de desenvolverm estratégias de transição para instalação de escritórios (espaços de reflexão). Que pudessem tentar evitar, o estresse aumentado com as mudanças de práticas de serviços. Orientaram ser necessário entender quais características do RME contribuem para o estresse e o burnout. O que poderia ajudar a prever conseqüências não intencionais para os médicos e oferecer oportunidades para otimizar os recursos que complementassem e aprimorassem a vida profissional do médico. Sugeriram que esses médicos estavam lidando com o processo de transformação da prática. Os médicos poderiam usar computadores para ver os resultados, mas depois agir "no papel", sem que isso levasse a problemas com a coordenação e preocupações sobre o rastreamento de pedidos e resumos.

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

consulta, para que isso fosse saudável o tempo de consulta deveria ter aumentado e a cobrança por produtividade diminuída.

Cardoso *et al.* (2015), sugeriram ações para a reversão da vivência silenciosa do Sofrimento Moral, termo já explicitado anteriormente, neste caso sinônimo de sofrimento mental, como pode-se observar conforme os autores expõem:

Seria desvelar os problemas e desafios éticos a que estão expostos os profissionais da APS. Integrar a equipe de Saúde da Família significa responsabilizar-se pela população de uma área adscrita, e acompanhá-la ao longo do tempo, em seu percurso de vida, o que implica desafios para a prática profissional ética (Cardoso *et al.*, 2015, p. 93)

Apontaram que as questões rotineiras do serviço de saúde levam os profissionais a vivenciarem uma prática desafiadora ao lidarem diariamente com situações que contradizem seus preceitos éticos capazes de comprometer a qualidade do trabalho. Consideraram como necessária a reflexão ampliada sobre a temática por parte dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, com intuito de propiciar a minimização de vivências de sofrimento e uma prática profissional em consonância com seus valores éticos. Deixaram como sugestão que outros estudos fossem realizados numa perspectiva interdisciplinar. Destacam que a maior contribuição é o incentivo do trabalho em equipe voltado para as peculiaridades que população adscrita apresenta. Cabe lembrar os estudos de Campos, Cunha & Figueiredo (2013) remetem ao Projeto Terapêutico Singular como ação de saúde na qual a equipe traça as diretrizes para o usuário, seja individualmente ou familiar, conforme as necessidades dele e da população assistida. Além de ser benéfico para o usuário, os autores de outro artigo também analisado neste estudo, Rosa et al. (2012), ressaltam que isso também traria sentido para o trabalho e reverteria o sofrimento moral em ações saudáveis para os trabalhador de saúde.

Ribeiro & Martins (2011), evidenciaram a necessidade de espaços abertos para livre discussão dos trabalhadores, e que para isso é necessário confiança entre eles, pois

representaria um espaço no qual propostas pudessem ser formuladas, de forma livre e pública. Opiniões, por vezes contraditórias, poderiam ser expressadas, com o objetivo de proceder a arbitragens e de tomar decisões que interessam ao futuro do serviço e que fossem sobre o futuro concreto de todos os membros que o constitui. Destacaram que foram identificados diferentes conteúdos significativos do trabalho, ou seja, o sentido simbólico que ele introduz na atividade de trabalho, além de estratégias defensivas para a mediação do sofrimento, entre elas a racionalização e a relação de confiança e cooperação encontrada na equipe. Ainda compreenderam que diante das adversidades habituais do trabalho no setor público relacionados aos mais diversos aspectos dos trabalhadores, exige-se deste que tome uma atitude que vai ao encontro com as significações concretas e abstratas construídas pelo trabalhador acerca de sua atividade de trabalho.

Analisando essas contribuições de Ribeiro & Martins (2011) é possível relacioná-las ao que Dejours aponta como a importância dos espaços públicos de discussão que possibilitam que o trabalhador reflita conjuntamente sobre seu desgaste e formule estratégias de resistência, conforme expõe Dejours (1994):

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

Inegavelmente são espaços que propiciem discussão e conseqüentemente dão voz ao trabalhador, de forma a possibilitar que as atividades saem do campo individual e passam para o campo da coletividade.

Além disso, foi possível visualizar que os autores Katsurayama *et al.* (2016) se referem ao que Campos (2003) propõe como saudável no SUS, que é a possibilidade que pontos da rede de saúde troquem experiências de forma que compartilhem saberes entre todos os atores, quer sejam médicos, enfermeiros, odontólogos ou ACSs. Nesta

perspectiva, o desgaste pode ser minimizado por esses momentos, que aos poucos podem se intensificar, tornando os ambientes menos adoecedores. É uma forma de Educação Permanente em Saúde, que permite reflexão sobre todos os aspectos que perpassam as relações de trabalho e suas práticas.

Katsurayama *et al.* (2016) destacaram que no interior das equipes, existe espaço para renormatização do processo pelos trabalhadores, por meio da confrontação das normas preexistentes e a realidade objetiva e subjetiva. Como também Shimizu & Carvalho (2012), apresenta o mesmo ponto de vista, conforme segue na íntegra:

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

Sobre essa contribuição de Shimizu & Carvalho (2012) cabe relacioná-la aos estudos de Dejours (2013) sobre os efeitos perniciosos da gestão mal desenvolvida, que é colocada por ele como cavalo de tróia na cidadela do trabalho, o que resulta em sofrimento e desgaste. Ao contrário disso, uma gestão democrática na qual os trabalhadores pudessem se manifestar possibilitaria prazer ao invés de sofrimento. Campos, Cunha & Figueiredo (2013) reiteram essa questão quando apontam a gestão participativa, como a mais promissora, por valorizar a participação e a troca de experiências. Uma de suas principais características é o princípio de que as pessoas são responsáveis e co-criadoras de seu trabalho, devendo ter autonomia na realização de suas tarefas.

Rosa *et al.* (2012) apontaram como contribuição a efetiva profissionalização e valorização do trabalhador de saúde, sendo essas questões vistas de forma a minimar o sofrimento do trabalhador em saúde. Conforme já apontado na categoria sobre o sofrimento, é fato que o ACS não tem espaço para a discussão das dificuldades

encontradas no cotidiano de trabalho. O não saber, o não poder, o não conseguir, entre outras contradições, não aparecem. Numa análise, é possível compreender que neste âmbito, o trabalho do ACS é tomado como linear, unilateral, sem afetações humanas, tal como numa linha de montagem no modelo fordista, que ainda se mantém, em processos repetitivos, com regras e normas rígidas, levando a um desgaste e talvez a um adoecimento (Ribeiro & Heloani, 2012). Nestes termos, indagar por quem cuida do cuidador seria um bom questionamento.

Rosa *et al.* (2012) apresentaram perspectivas que indicam que parece razoável considerar que o trabalho do ACS na forma que temos encontrado possui uma dimensão insalubre, geradora de sofrimento, o que parece constituir um paradoxo, afinal, o ACS é um cuidador que também requer cuidados. Assim, convém considerar que há importantes ligações entre condições e relações de trabalho e o sofrimento psíquico descrito por estes profissionais.

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

Kessler & Krug (2012) destacaram a necessidade de grupos de apoio a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Destacaram a necessidade grupos de autoajuda para valorizar e enfrentar o desgaste no trabalho. Cabe uma ressalva sobre essa modalidade de grupo, o de autoajuda, pois remete a uma abordagem que acaba por individualizar a reflexão, de forma menos coletiva, mesmo ocorrendo em grupo (Campos, 2003). Outra

sugestão foi o investimento em educação e formação para os trabalhadores de saúde.

Neste sentido, os autores expõem que:

O estudo pôde contribuir para estímulo à discussão das questões de saúde no trabalho da enfermagem, [...]. Ressalta-se, portanto, a importância de um olhar humanizado e atencioso para a saúde do trabalhador da saúde por parte das instituições de trabalho, assim como, medidas centradas em mudanças na organização do trabalho (Kessler & Krug, 2012, p. 55).

Esses autores ao mesmo momento que tenham uma visão individualizante para resolver o desgaste, propondo grupos de autoajuda e acompanhamento psicológico, apresentam também a responsabilidade de propor mudanças no processo de trabalho, o que certamente trará benefícios coletivos e duradouros.

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

Outra sugestão de Lyrio Ursine *et al.* (2010) foi a prática de atividade física, recomendando que os ACS separassem alguns momentos da semana para atividades laborais no trabalho, considerada benéfica à saúde a fim de prevenir ou controlar as doenças crônico-degenerativas e melhorar a qualidade de vida. É inegável o quanto a atividade física é importante, entretanto se faz necessário estabelecer uma crítica sobre

exercícios físicos serem utilizados de forma equivocada, supostamente como solução para questões de processo e trabalho, o que não se resolve dessa forma (Heloani, 2008).

Por último, as autoras sugerem que ocorram melhorias na locomoção dos ACS, no desenvolvimento de suas atividades, pois desta forma poderia aumentar a satisfação dos mesmos e, conseqüentemente, promover qualidade de vida. Na íntegra, as autoras afirmam:

Uma boa locomoção é fundamental para cumprir suas atribuições, especialmente caminhar, meio mais econômico para realizar as visitas domiciliares, sendo que alguns locais são distantes e o acesso pode ser dificultado por barreiras geográficas (Lyrio Ursine *et al.*, 2010)

Parece que essa sugestão está relacionada ao sofrimento psíquico, de forma indireta, pois a locomoção é um instrumento de trabalho fundamental para cumprimento e atendimento da demanda, gerando angústia. Se este instrumento de trabalho, a locomoção não estiver condizente com as necessidades, acarretará prejuízos. Nesse sentido, é válida a sugestão dos autores, propondo cuidados referente a essa questão.

Lyrio Ursine *et al.* (2010) destacaram como, como positivo o conhecimento da rede de apoio da comunidade, por parte das ACS, apontando que isso está relacionado com as atribuições dos ACS, pois eles devem conhecer e orientar sobre os recursos sociais existentes na comunidade para que sejam utilizados corretamente.

Gouveia Vilela *et al.* (2010) contribuíram afirmando que devesse valorizar o fim e não os meios do trabalho do ACS. Que a gestão se apropriasse melhor da realidade da população, dos indicadores de saúde ao invés de contar as visitas, se tinham ou não atingido os 100%. Os modos de produção capitalista, vem atravessando os serviços públicos de saúde, destacando-se a busca de individualidade e concorrência que conduz à concentração, acumulação e competitividade entre os trabalhadores. Deste modo, o processo de trabalho vai possibilitando ao trabalhador em saúde a construção da sua autoimagem, de seu psiquismo. Este processo perpassa a lógica de mercado capitalista,

pelo impulso de criar a mais valia, requerendo de o trabalhador vender a sua força de trabalho e conseqüentemente alienar-se do e no trabalho. A alienação do processo de trabalho aparece para o trabalhador como se o trabalho não fosse dele próprio, mas sim como se pertencesse a outro (Marx, 1989). Nessa situação o trabalhador de saúde sente-se como “nada”, como se não existisse, destituído de sentido no trabalho.

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

Gouveia Vilela *et al.* (2010) finalizaram o estudo com a compreensão da existência de conflitos e dificuldades enfrentadas pelas agentes para viabilizar a proposta da Saúde da Família no atual contexto do SUS. Consideraram que os ACS são possuidores de um forte vínculo com as famílias de sua microárea de abrangência, com dificuldade para desenvolver estratégias para, não somente aumentar seu poder de agir, mas também para se desligar dos problemas e minimizar os efeitos da carga de trabalho.

Ainda, Gouveia Vilela *et al.* (2010) surgiram outros aspectos de destaque - a Ergonomia da Atividade Profissional – entendendo que todo trabalho contém certa determinação social, isto é, vários fatores que influenciam a realização das tarefas pelos trabalhadores, definidos exteriormente a eles. Assim, na íntegra, os autores afirmam:

Dessa forma, a atividade de trabalho realizada é necessariamente diferente do prescrito pelas instâncias de gestão. Toda ação no trabalho tem “sentido”, isto é, ela é sempre uma resposta a finalidades que podem envolver lógicas diversas (produção, qualidade, segurança, custo etc.), por vezes contraditórias entre si, determinadas por fatores externos (equipamentos, organização, ambiente), pelas exigências da hierarquia e pelos próprios trabalhadores (individual ou coletivamente) que condicionam sua atividade (Gouveia Vilela *et al.*, 2010).

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

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

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

LACUNAS.

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

Rosa *et al.* (2012) apresentaram ao final do estudo um limite importante, a falta de avaliação que os gestores fazem do trabalho dos ACS e do sofrimento neles presente. Deixaram como sugestão que estudos seguintes podem explorar este aspecto e obter novos dados que permitirão maior entendimento da questão.

Atanes *et al.* (2015) sugeriram para pesquisa futura o uso de questionários adicionais e métodos alternativos para apoiar o levantamento de dados e consequentemente as descobertas, que poderiam se concentrar em investigar a aceitabilidade de intervenções baseadas na atenção plena em diferentes categorias de Profissionais de Saúde na atenção Básica.

Babbott *et al.* (2013) sugeriram que outros estudos, podem ajudar a revelar maneiras de remediar o estresse e o burnout do médico. Potenciais variáveis facilitadoras, como o envolvimento dos médicos e o financiamento da prática, também merecem estudo adicional.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS



VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu do princípio de que toda organização do trabalho contemporâneo, sob a ótica do sistema capitalista, apresenta princípios de avaliação quantitativa do trabalhador, visando rentabilidade. Neste contexto, o trabalhador é levado a ignorar sua subjetividade, direcionando suas habilidades e criatividade para quantidade e não para qualidade dos serviços ofertados.

Os artigos selecionados apresentaram conteúdos coerentes com os objetivos propostos, o que permitiu que fosse possível realizar uma análise crítica das produções científicas sobre a relação entre sofrimento psíquico e processo de trabalho na atenção Básica de Saúde através de cinco categorias.

A primeira categoria foi denominada por Fatores de Sofrimento, na qual, evidenciou inúmeras situações na organização e no processo de trabalho - angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, desvalorização profissional, condições de trabalho, cobrança por produtividade, atividade de forma repetida, vínculo trabalhista precarizado, vulnerabilidade social e reconhecimento - que podem desencadear o sofrimento psíquico do trabalhador em saúde.

Diante desses fatores de sofrimento, conseqüentemente, o trabalhador em saúde, utiliza-se de mecanismos que podem auxiliar para minimizar o sofrimento psíquico, evidenciado neste estudo pela categoria Saídas para o Sofrimento. Nesta categoria, observou-se a utilização de mecanismos individuais pelo trabalhador – estratégias defensivas e religiosidade – que possuem efetividade temporário na saúde do trabalhador, por individualizar aos aspectos negativos e tratá-los isoladamente do das questões inerentes do processo de trabalho. Já a Educação Permanente em saúde foi destaque por ser considerada uma saída de sofrimento que se organiza coletivamente e visa interferir

na organização e processo de trabalho, resultante das reflexões e diálogo dos trabalhadores em saúde.

Por outro lado a categoria Fatores de Prazer - solidariedade, confiança mútua, cooperação; liberdade para se expressarem em relação ao trabalho; identificação com a tarefa; reconhecimento, sistemas eletrônicos, controle do trabalho, resolutividade, vínculo com a comunidade, relações subjetivas – embora emergiram em menor proporção, salienta-se que alguns fatores ora podem ser consideradas como fatores de prazer e ora como fatores de sofrimento. Essa percepção dependerá primordialmente de como ocorre e se organiza o processo de trabalho e a gestão em saúde.

Acrescenta-se que a categoria Contribuições de Cada Autor ao Tema- funcionalidade do registro médico eletrônico, espaços abertos para livre discussão dos trabalhadores, efetiva profissionalização e valorização do trabalhador de saúde, grupos de apoio a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho, compromissos mútuos entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade, gestão se apropriar da realidade da população, dos indicadores de saúde ao invés de contar as visitas, existência de conflitos e dificuldades enfrentadas pelas agentes para viabilizar a proposta da saúde da família no atual contexto do SUS- apresenta sugestões de como superar os diversos aspectos negativos que resultam em sofrimento psíquico no trabalhador em saúde.

Portanto nas categorias Lacunas, evidenciou fragilidades ao se defrontar com o sofrimento psíquico no trabalho, isto é, falta de avaliação dos gestores referente ao trabalho dos ACS do sofrimento neles presente, uso de questionários adicionais e métodos alternativos para apoiar o levantamento de dados, futuras estudos para revelar maneiras de remediar o estresse e o burnout do médico, o não aprofundamento da compreensão da dimensão subjetiva e intersubjetiva envolvidas na avaliação da relação entre processo de trabalho e processo saúde doença.

Em suma, todo processo de trabalho tende a apresentar aspectos desencadeantes de sofrimento do trabalhador em saúde, porém, ao analisar esses fatores desencadeantes de sofrimento psíquico, foi importante avaliar o atual cenário político e econômico, como também os reflexos que estão atravessando as políticas públicas em saúde.

Neste contexto, o Brasil vivencia no momento, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se direciona para o enfraquecimento do modelo de Estratégia Saúde da Família. Essas alterações prevê a integração da Atenção Primária com a Vigilância Sanitária e anula as principais prioridades do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS. Portanto, são propostas que se apresentam na contramão da centralidade na organização do SUS, isto é, alterando a forma de financiamento e permitindo o repasse para outros modelos na Atenção Básica que não se enquadram no formato de composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde.

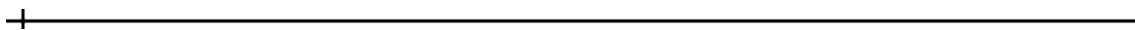
Portanto, no momento atual apresenta-se um cenário que flexibiliza a organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, podendo ser executados de forma que seus princípios sejam opostos aos da Atenção Primária em Saúde adotados no SUS, no qual a Estratégia Saúde da Família é a principal ferramenta de atenção à saúde desde 2006. Diante do exposto, considerada que a reformulação impõe uma barbárie no trabalho do ACS, visto que aumenta as atribuições, o ACS deverá fazer mais do que fazia antes, terá que assumir o trabalho do agente de endemias, precarizando mais ainda o trabalho. Como conseguirá ter espaço de discussão referente ao trabalho, com grupos de reflexão frente a esses ataques as políticas públicas na AB, além disso, este é um momento que evidencia o início da desconstrução de uma política pública reconhecido mundialmente pelo seu êxito.

Com base nos resultados encontrados sugere-se que o trabalho em saúde deve ser fortalecido para desenvolver ações entre equipes multiprofissionais, a gestão deve ocorrer de forma democrática e participativa. Porém na prática, observa-se dificuldades de implementar espaços que permitam a construção coletiva, muitas vezes ocasionadas por uma gestão em saúde que visa a produtividade, vínculos trabalhistas precários, rotatividade de profissionais, como também, os espaços de reflexão muitas vezes são considerados como “perda de tempo”.

Encaminhando para o final deste estudo, cabe retomar que o trabalho é gerador de significado, sendo uma relação de dupla transformação entre o sujeito e a natureza (Codo *et al.*, 1998). Nesse sentido o sujeito pode, com seus pares, se engajar no resgate do sentido do trabalho, a despeito das complexas e perniciosas reformas políticas e econômicas, que vem solapando os direitos dos trabalhadores de todas as áreas, mas especialmente os da saúde pública, visto que tivemos perdas de financiamento irreparáveis que repercutirão desfavoravelmente nos próximos 20 anos.

A teoria Vygotskyana, pouco utilizada na análise, mas não menos importante, propõe contínua interação entre as condições sociais, que são mutáveis. Todas as conquistas no sentido de melhorar a saúde do trabalhador e minimizar seu sofrimento devem que garantir aos indivíduos sua condição de humanização, resultante das complexas relações sociais das quais ativamente participam e se inserem. Daí se depreende que novos arranjos são possíveis, que se estabeleçam novas realidades, sempre e necessariamente mediadas pela cultura, pelos valores característicos do momento social e histórico em que se vive, bem como pela história de vida e o que decorre dela.

REFERÊNCIAS



VII - REFERÊNCIAS

- Atallah, A. N., & Castro, A. A. (1998). Revisão sistemática da literatura e metanálise. *Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica*. São Paulo: Lemos-Editorial, 42-8.
- Alves, T. N. P. (2009). *Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos* (Doctoral dissertation, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social).
- Althusser, L. (1992). *Aparelhos ideológicos de Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado*: Graal.
- Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Garcia-Campayo, J. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC complementary and alternative medicine*, 15(1), 303.
- Babbott, S., Manwell, L. B., Brown, R., Montague, E., Williams, E., Schwartz, M. & Linzer, M. (2013). Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(e1), e 100- e 106.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido*. Rio de Janeiro: J. In: Zahar.
- Botelho, L. L. R., de Almeida Cunha, C. C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136.
- Bock, A. M. B., Gonçalves, M. G. M., & Furtado, O. (2001). *Psicologia sócio-histórica*. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil* de 1988. Brasília, DF: Senado
- Brasil. (2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão/*

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília.:

Brasil. (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil.(2011) Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, n.204, p.55, 24 , Seção 1, pt1.

Cardoso, C., Brito, M., Pereira, M. O., Moreira, D. A., Tibães, H., & Ramos, F. (2015). A vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: realidade expressa em cenas do cotidiano. *CIAIQ2015, 1*.

Campos, G. W. (2008). *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*.

Campos, G. W. (2000). Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2002. *Saúde em Debate, 150*.

Campos, G. W., Merhy, E. E., & Onoko, R. (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 80-88.

Campos, G. W. D. S. (2007). Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In *Saúde em debate* (Vol. 131). Hucitec.

Campos, G. W. D. S. (2003). Saúde paidéia. In *Saúde em debate* (Vol. 150). Hucitec.

Campos, G. W. D. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*.

Campos, G. W. D. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. *São Paulo: Hucitec*.

- Campos GWS. (2010). Efeito Paidéia e humanização em saúde: cogestão e não violência como postura existencial e política. Brasília (DF): *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica*; . (Caderno Humaniza SUS, 2. Atenção Básica).
- Campos GWS. (199). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Coletiva*.4(2):393-403.
- Chanlat, J.F. (1996). *Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho*. Retrieved from
- Chanlat, J. F., Rondeau, A., Borzeix, A., Linhart, D., Kamdem, E., Gasparini, G., ... & Vincent, S. (1996). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Atlas.
- Chanlat, J. F. (2002). O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In *Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (Vol. 7, pp. 8-11).
- Chanlat, J. F. (1995) *Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho*. In: VASCONCELOS, E. D. J (Org.). “Recursos Humanos” e subjetividade. Petrópolis: Vozes.
- Chauí, M. (1984). *O que é ideologia*. Brasiliense.
- Codo, W., Sampaio, J. J. C., & Hitomi, A. H. (1998). *Indivíduo trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*: Vozes.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho*. In: São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, 14(3), 27-34.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., Jayet, C., & Betiol, M. I. S. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*: Atlas São Paulo.
- Dejours, C. (2012). Trabalho vivo: trabalho e emancipação. *Brasília: Paralelo*, 15, 440.
- Foucault, M. (2004). *Verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade: A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal.

- Foucault, M. (1993). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes
- Freud, S. (1981). *Construções em análise*. In Edição standard brasileira, vol. 12. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937).
- Freud, S., & Salomão, J. (1974). *A história do movimento psicanalítico*. Imago.
- Garcia-Roza, L. A. (2014). *Afásias: Sigmund Freud sobre a concepção das afásias*. Rio de Janeiro: Zahar
- Goulart, I. B. (2002). *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goulart, I. B. & Guimarães R.N. (2010) Cenários contemporâneos do mundo do trabalho: In: Goulart IB, organizador. *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*.
- Gouveia Vilela, R. A., Silva, R. C., & Jackson Filho, J. M. (2010). Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 289-302.
- Heloani, R. (2003). *Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho*. Atlas.
- Heloani, R. (2008). Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*, 153-168.
- Heloani, R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Production*.
- Ribeiro, S., & Heloani, J. (2012). Sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. *Revista Estudos do Trabalho, Marília*, (9), 177-197.
- Hirata, H. (2002). Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cadernos Pagu*, (17-18), 139-156.

- Katsurayama, M., Parente, R. C. P., & Moretti-Pires, R. O. (2016). O trabalhador no Programa Saúde da Família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 183-198.
- Kessler, A. I., & Krug, S. B. F. (2012). Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 49-55.
- Couto, C. Koller SH, Couto MCPP, Hohendorff JV, organizadores.(2014) *Métodos de pesquisa: manual de produção científica*. Porto Alegre: Penso.
- Lane, S. T. M. (1985). *O que é Psicologia Social*. São Paulo: Nova Cultural / Brasiliense.
- Lipovetsky, G. (1989). *A Era do Vazio: Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*, trad. Miguel Serras Pereira e Ana Luísa Faria, 1ª Ed.(ed. original 1983), Lisboa: Relógio d'Água Editores.
- Lyrio Ursine, B., Salmaso Trelha, C., & Polo Almeida Nunes, E. d. F. (2010). O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122).
- Leontiev, A. N. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*, 89-142.
- Luríã, A. R. (1986). *Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria*. Artes Médicas.
- Luria, A. R. (1988). O desenvolvimento da escrita na criança. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*, 9.
- Marx, K. (1988). *As crises econômicas do capitalismo*. São Paulo: Editora Acadêmica.
- Marx, K. (2004). *Manuscritos econômico-filosóficos de 1844*. Ediciones Colihue SRL.
- Minayo, M. C. D. S. (1993). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 2 edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

- Minayo-Gomez, C., & da Fonseca Thedim-Costa, S. M. (1997). *A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Ministério da Saúde. (2011). Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QualiSUS-Rede. Brasília (DF); (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- Merhy, E. E., & Merhy, E. E. (1997). *A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. Agir em saúde: um desafio para o público*, 2, 197-228.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (Vol. 145). Hucitec.
- Merhy, E. E., (1997). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 197-228, São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E. E., (2007). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), São Paulo: Editora Hucitec.
- Ribeiro, S., & Heloani, J. (2011). Sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. *Revista Estudos do Trabalho, Marília*, (9), 177-197.
- Ribeiro, S., & Heloani, J. (2012). O Sofrimento psíquico do Trabalhador do SUS frente a morte do Usuário no processo de Trabalho Interdisciplinar. In: *Trabalho e estranhamento: Saúde e Precarização do Homem que trabalha*. São Paulo :LTr.
- Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F. (2011). Sofrimento psíquico do trabalhador da Saúde da Família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo*, 241-250.

- Rosa, A. J., Bonfanti, A. L., & de Sousa Carvalho, C. (2012). O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 141-152.
- Seligmann-Silva, S. E. (2009). Saúde mental no trabalho contemporâneo. In *Congresso Internacional de Stress da ISMA-BR*(Vol. 9).
- Sena Gomes, I. & de Oliveira Caminha, I. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento*, 20(1).
- Shimizu, H. E., & Carvalho Junior, D. A. (2012). O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2405-2414.
- Beauvoir, S. (2009). *Memórias de uma moça bem-comportada*. Nova Fronteira.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*.
- Vigotski, L. S. (1996). *A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Tradução: José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. SP: Martins Fontes.