

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

**O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do
Programa Saúde da Família na organização do trabalho**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública).

Orientação: Profa. Dra. Sueli Terezinha F. Martins.

Botucatu, 2006

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Ribeiro, Sandra Fogaça Rosa.

Sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho / Sandra Fogaça Rosa Ribeiro. – 2006.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2006.

Orientador: Sueli Terezinha F. Martins

Assunto CAPES: 40600009

1. Saúde ocupacional 2. Saúde e trabalho 3. Saúde do trabalhador

614.4

Palavras-chave: Programa saúde da família; Organização do trabalho; Psicologia social; Saúde do trabalhador; Sofrimento psíquico

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

**O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da
Família na organização do trabalho**

Comissão julgadora

Dissertação para obtenção do grau de mestre

Presidente e Orientadora Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof. Dr. José Roberto Heloani
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Profa. Dra. Vânia Moreno
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Botucatu, 2006

“Eis que o salário dos trabalhadores que ceifaram os vossos campos e que por vós foi retido com fraude está clamando; e os clamores dos ceifeiros penetraram até aos ouvidos do Senhor dos Exércitos. ... tendes condenado e matado o justo, sem que ele vos faça resistência.”

Tiago. Bíblia na versão revista e atualizada no Brasil.

Ao Jamil,

amor de uma vida inteira, companheiro de todas as horas, ouvinte atento de muitas leituras deste texto ainda em construção, cúmplice nas escolhas e decisões mais inusitadas da vida, inspiração de força e trabalho mesmo nos momentos mais delicados e difíceis... Que venham os bons momentos a nos compensar!

Agradecimento especial:

À Sueli, por ter acreditado em mim no nosso primeiro encontro, aceitando-me como sua orientanda, possibilitando minha trajetória de pesquisa no mestrado e a abertura de novos desafios profissionais, em especial na realização do sonho da carreira docente, acalentado desde a minha formação. Jamais esquecerei tudo que fizemos juntas.

Agradecimentos:

Ao Jamil Thiago e ao Vinícius, filhos especiais, por acreditarem em mim, valorizando meu trabalho, incondicionalmente. A vivacidade e juventude de vocês me ajudaram a refletir sobre o tema difícil e sofrido que escolhi pesquisar.

Aos meus pais por terem me ensinado o caminho de arriscar-se pela vida afora, confiando em Deus. À minha mãe Joaquina pelo constante interesse pelos meus estudos, pesquisas e trabalho. E ao meu pai Daniel (in memoriam) que me ensinou desde cedo a gostar de ler, aprender e questionar o que foi aprendido para entender a essência da vida.

Às minhas irmãs, Sonia e Vanda por compartilharem comigo o gosto pela leitura desde a infância e pela Aninha, pela inspiração de sua doce e singela existência entre nós.

Aos companheiros (as) de turma que iniciaram comigo o mestrado em 2005, pelo incentivo nos momentos difíceis, pela ajuda nas tarefas acadêmicas, pelos almoços e lanches que fizemos juntos.

Aos companheiros (as) do grupo de pesquisa Marcelo, Tiago e Íris pelos debates e reflexões entusiasmadas nas terças-feiras à tarde do ano de 2005, sob a coordenação da Sueli.

Aos trabalhadores (as) da unidade de PSF, pela disposição em falarem de suas vidas e seus sofrimentos no trabalho com confiança e credibilidade no meu trabalho de pesquisa, os quais gostaria de citar nominalmente, mas o compromisso de sigilo não me permite.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Em especial à Profa. Margareth, pelas sugestões sobre o trabalho e aos coordenadores da Pós-graduação, Prof. Luiz Roberto e Profa. Ana Tereza, pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos de dificuldade e transição na minha vida pessoal e profissional.

Às bibliotecárias Luciana e Selma, da Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação - campus de Botucatu – Unesp pela rápida disponibilidade em revisar as referências bibliográficas e elaborar a ficha catalográfica.

À CAPES pela bolsa de estudo, possibilitando o prosseguir do trabalho.

Aos amigos-trabalhadores da Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental-Sul (UAISM-Sul) em São José dos Campos, primeira fonte de inspiração para o tema dessa pesquisa sobre o sofrimento do trabalhador de saúde. Em especial à Niuza, Marcus, Terezinha, Valéria, Ana e Roseli com os quais fiz longas parcerias no trabalho de reabilitação psicossocial.

Às minhas queridas alunas da Fundação Educacional de Araçatuba, (FEA) que com sua garra e coragem compuseram comigo um belo time no estágio em PSF, revigorando minhas forças na elaboração desta dissertação.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GR	Grupo
PSF	Programa Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

I - PSF: O CENÁRIO DA PESQUISA 21

Caracterização da Unidade de Saúde da Família pesquisada 24

II - METODOLOGIA 28

A escolha do caminho 28

A pesquisa: o momento da largada 32

O caminho percorrido e delimitações 33

Objetivo 33

População 33

Levantamento de dados 33

Questões Éticas 37

Análise dos resultados 38

III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 40

Indivíduo, Trabalho e Sofrimento 42

Retrospectiva histórica da organização do trabalho 44

O campo da Psicodinâmica do Trabalho 52

Repercussões da produção capitalista na organização do trabalho em saúde 53

IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 65

Caracterização específica das categorias de trabalhadores da equipe 66

IMPLICAÇÕES DE ORDEM PESSOAL 67

Impacto inicial como trabalhador na USF 67

Dia de explosão 69

A correria do dia-a-dia e o adoecimento.....	71
Conexões com a casa ou vida pessoal	73
Tristeza por ter o que a população não tem	75
Identificação com os problemas da população	76
Formas para amenizar o sofrimento	79
O COTIDIANO DO TRABALHO DE ATENÇÃO	85
Impotência no trabalho	85
Pedido de ajuda.....	90
Frustração por falta do usuário ao tratamento prescrito	91
Consulta Eventual	92
Visitas Domiciliares como invasão de privacidade	96
Visitas Domiciliares como prazer no trabalho.....	97
Grupos.....	98
INFRA-ESTRUTURA INSTITUCIONAL.....	101
Desgaste por falta de rede de apoio	101
Relação com o gestor.....	106
Falta de profissionais	107
Trabalho em equipe	110
Desvalorização do ACS.....	117
Problemas referentes a relação com a outra equipe.....	121
Troca de coordenação da equipe dois da unidade	123
V - DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS AOS TRABALHADORES.....	126
OFICINA DE TEATRO ESPONTÂNEO.....	128
SEQUÊNCIA DOS TRABALHOS DA DEVOLUTIVA.....	137
VI - CONCLUSÃO.....	138

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
Anexos.....	156

RESUMO

As transformações pelas quais tem passado o campo da saúde pública no Brasil têm trazido reflexos na organização do trabalho. Nessa perspectiva, o Programa Saúde da Família (PSF), enquanto uma das medidas para tornar realidade as mudanças preconizadas desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu-se como cenário da pesquisa. O objetivo da pesquisa foi identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho em uma equipe do PSF. A fundamentação teórica possibilitou o entendimento do sofrimento psíquico numa organização do trabalho permeada pela lógica capitalista, representada pelo materialismo histórico. Além disso, destacou-se o caráter subjetivo do elemento sofrimento psíquico, frente a organização do trabalho, valendo-se da Psicodinâmica do Trabalho, da Psicologia Social e da Saúde Coletiva. A observação participante e entrevista não-estruturada foram utilizadas para o levantamento dos dados, numa abordagem de pesquisa qualitativa. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A população constituiu-se de todos os componentes de uma equipe da Unidade Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo, totalizando quinze trabalhadores. Na análise de conteúdo do material coletado foram identificadas três temáticas gerais: a) implicações de ordem pessoal; b) o cotidiano de trabalho de atenção; e c) a infra-estrutura institucional. Essa análise mostrou implicações entre dificuldades estruturais e funcionais na organização do trabalho e o sofrimento psíquico do trabalhador. Algumas indicações disso aparecem como desânimo, angústia, conflito na equipe, falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, absorção dos problemas do usuário para si mesmo, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e impotência frente à dificuldade de dar conta da demanda. Os questionamentos realizados junto aos trabalhadores no desenvolvimento da pesquisa produziram reflexões sobre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico, intensificando o processo de Educação Permanente em Saúde,

coordenado pelos pesquisadores, sobre as seguintes questões: implementação de novas práticas no atendimento da demanda, abertura de espaços coletivos de reflexão para reestruturação do trabalho, trocas a respeito da potencialidade, limites e sofrimento psíquico de cada um na execução do trabalho.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, organização do trabalho, sofrimento psíquico, saúde do trabalhador, psicologia social.

ABSTRACT

The Brazilian public health service took some changes and these transformations have been caused reflections on work organization. With this perspective, the Family Health Program (PSF - Programa Saúde da Família) became like research scenario, while one of forms to come true changes determined since regulation of Single Healthcare System (SUS - Sistema Único de Saúde). The aim of this study was to identify the relation between worker psychic suffering and the work organization in one team of PSF. The theoretical base became possible the understanding of psychic suffering in one work organization permeated on capitalist logic represented by historic materialism. Besides, the subjective character of psychic suffering element was evidenced about work organization using Work Psychology, Social Psychology and Collective Health. The participative observation and unstructured interview were used on data survey, in qualitative research boarding. The interviews were record and transcript. The population constituted all team elements of Family Health Point (USF – Unidade Saúde da Família) from a medium port city on interior of São Paulo State, totalizing 15 workers. Content analysis was realized through establishment of three general thematics: a) personal implications; b) attention work quotidian; and, c) institutional substructure. This analysis showed implications among structural and functional difficulties on organization of work and psychic suffering of worker. Some indications about this appears like discouragement, anguish, team conflict, absence of net of support, accumulation of activities, self absorption of user problems, professional devaluation, excess of work and impotence about difficulty to get finish the work. The questionnaires realized with workers on development of research, produced reflections about work organization and the psychic suffering, resulting on process of Health Permanent Education coordinated by researchers, as the following subjects: implantation of new practices on care users, opening thinking collective spaces to re-structure

the work, potentiality exchange, limits and psychic sufferings of each person on work execution.

Key words: Family Health Program, work organization, psychic suffering, worker health, social Psychology.

APRESENTAÇÃO

Após aproximadamente cinco anos de atuação em saúde pública, na área de saúde mental, muitas preocupações foram surgindo a respeito da atuação dos trabalhadores de diversas categorias profissionais na organização do trabalho: as relações de parcerias, as relações de poder formal e informal, os projetos que deram certo e os que não, as iniciativas isoladas de práticas alternativas em contraposição com as tradicionais, gerando muitas vezes desconforto e conflito.

Com base nessas preocupações e refletindo nos conteúdos e leituras de algumas disciplinas de pós-graduação, a inquietação transformou-se num projeto de pesquisa, que visaria estudar o sofrimento psíquico do trabalhador de saúde na organização do trabalho.

Baseando-se em algumas experiências profissionais com o Programa de Saúde da Família (PSF)¹, implantado nos últimos anos em alguns municípios, elegeu-se a organização do trabalho desse programa como cenário da pesquisa.

Considerando a implementação do PSF no Brasil a partir de 1994, com a proposta de uma nova organização do trabalho, dentro de um novo modelo de promoção à saúde, urge a necessidade de fazer uma investigação sobre o quanto isso repercute na saúde mental do trabalhador frente à essas mudanças.

Uma pesquisa identificou sintomas de estresse em cinco equipes de PSF, detectando estresse em 62% dos trabalhadores, predominando os sintomas psicológicos sobre os físicos, o que reforça a necessidade de se aprofundar no tema (CAMELO & ANGERAMI, 2004).

O objetivo da pesquisa foi identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho em uma equipe do Programa de Saúde da Família.

A investigação foi realizada como parte do projeto temático “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família”². Durante a pesquisa “A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Estudo sobre práticas e significações de uma equipe” (VECCHIA, 2006) e a Oficina de Formação em Saúde Mental, realizadas por pesquisadores vinculados ao projeto no final de 2004 e início de 2005, foi levantada a demanda de investigar o sofrimento psíquico da equipe. Isso facilitou os encaminhamentos e veio ao encontro das necessidades dos participantes do processo de investigação. Uma síntese do processo todo está num quadro esquemático (Anexo 1), com detalhamento nos capítulos que se seguem.

¹ Programa Saúde da Família era o termo utilizado no momento em que a pesquisa foi realizada, sendo que atualmente passou para Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

² O projeto “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família” é coordenado por Sueli Terezinha F. Martins (Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e fazem parte da equipe: Marcelo Dalla Vecchia (mestre em Saúde Coletiva), Íris Renata Vinhas (graduada em Enfermagem), Sandra Fogaça Rosa Ribeiro e Tiago Rocha Pinto (mestrandos em Saúde Coletiva).

Vários autores discorrem sobre o tema desta pesquisa, trazendo importantes contribuições. Entretanto, este estudo fundamentou-se naqueles que possibilitaram o entendimento do sofrimento psíquico numa organização do trabalho permeada pela lógica capitalista, representados principalmente pelo materialismo histórico, com base na produção de Marx. Além disso, foi focado como o trabalhador, em sua subjetividade, reage a tal sistema, valendo-se das produções da Psicodinâmica do Trabalho, da Psicologia Social e da Saúde Coletiva.

Esses foram os principais marcos teóricos a partir dos quais se realizou a investigação do sofrimento psíquico do trabalhador relacionado à organização do trabalho.

O **capítulo I** apresenta o cenário da pesquisa, fazendo uma retrospectiva do PSF de forma geral e do local da investigação.

O **Capítulo II** traz o percurso metodológico empreendido no decorrer do trabalho, explicitando os caminhos escolhidos para alcançar a meta estabelecida.

No **Capítulo III** são apresentados os fundamentos teóricos que embasaram as reflexões, os quais balizaram também a análise dos resultados obtidos na coleta de dados.

No **Capítulo IV** apresentam-se os resultados, a partir das observações e entrevistas com quinze trabalhadores que compõem a equipe de uma unidade do Programa Saúde da Família.

No **capítulo V** faz-se um relato da devolutiva dos resultados aos trabalhadores e dos desdobramentos da pesquisa.

O **capítulo VI** apresenta a conclusão e as considerações finais.

I

PSF: O CENÁRIO DA PESQUISA

As primeiras iniciativas que deram origem ao Programa Saúde da Família (PSF) ocorreram no Ceará, em 1987, em virtude dos problemas conjunturais da seca no nordeste. Um treinamento de duas semanas preparou uma frente de trabalho com esse fim, contando especialmente com a participação de mulheres. Mais tarde, o trabalho estendeu-se, dando origem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que propunha que os agentes trabalhassem no sentido de auxiliar a população a cuidar da sua própria saúde. Ao mesmo tempo, em Niterói, experiências de Médico de Família foram implementadas, com assessoria técnica de médicos de Cuba (BRASIL, 2005).

Nessa mesma época foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, com seus princípios - universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização -, requerendo modificações na organização do trabalho em saúde. A universalidade ampliaria o acesso à saúde, independente de etnia,

sexo, escolaridade, situação trabalhista. A integralidade romperia com o modelo biomédico, propondo a consideração de outras dimensões sócio-culturais, econômicas e psíquicas que fazem parte do processo saúde-doença. A hierarquização, a descentralização e regionalização, enquanto princípios organizativos, demandariam uma gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal.

A regulamentação foi um avanço e uma conquista do movimento da reforma sanitária, entretanto o modelo de assistência em saúde vigente não era suficiente para operacionalizar o novo projeto preconizado pelo SUS. Assim, a partir daquelas experiências acima, o PSF foi sendo reconhecido como uma medida para tornar realidade o SUS, desencadeando anos mais tarde, a sua implantação, com um documento oficial do Ministério da Saúde em 1994 sobre suas diretrizes (BRASIL, 1994; MEDEIROS, GUIMARÃES, 2002; FACÓ, VIANA, NUTO, 2005).

Mais tarde, a atenção à saúde passou pela fase da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, deixando mais claros os princípios do SUS. Fortaleceu a regionalização e a descentralização, enfatizando a atenção básica, com ganhos para o PSF, enquanto um dispositivo nesse nível (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003a).

Inicialmente, o PSF era um programa, sem intenções de ser uma forma substitutiva de atendimento da rede básica. Entretanto, suas diretrizes básicas foram se encaminhando para isso, enfatizando a promoção, a proteção e recuperação da saúde. A atenção territorializada seguiria um levantamento das necessidades específicas da população adscrita. A família deveria ser compreendida de forma ampla, dentro de uma visão de ser humano de relações sociais diversas, possibilitando intervenções baseadas nessas relações, bem como no estabelecimento de vínculos entre o trabalhador de saúde e a população atendida, desenvolvendo a cidadania, com a participação efetiva da pessoa no seu próprio

restabelecimento (ROSA, LABATE, 2003; PEDROSA, TELES, 2001; SILVA, JORGE, 2002; BRASIL, 2005).

Assim, o PSF foi compreendido como estratégia do Ministério da Saúde, com objetivos mais abrangentes, numa reorientação do modelo e lógica de promoção da saúde. Os atendimentos de caráter apenas curativo, hospitalocêntrico e sem vínculo com a população deveriam ser organizados de outra forma. A reorientação do modelo estaria fincada na atenção básica, no primeiro nível de ações e serviços, reorganizando a demanda. O PSF não se limitaria a ser a porta de entrada aos serviços de maior complexidade, mas teria que estar articulado com toda a rede, num esquema de referência e contra-referência, mantendo o vínculo com o usuário em todas essas intervenções (BRASIL, 2005).

Atualmente o PSF continua fincado nesses princípios, numa ação integralizada de uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião-dentista, uma auxiliar de cirurgião dentista (ACD). A portaria 648/GM de 28 de março de 2006 fez uma revisão das diretrizes e normas do programa. Dentre outras reformulações, dispõe que deve compor a equipe mais uma enfermeira que se responsabilizaria pelos Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e outros, têm procurado fazer inserções, demonstrando a importância no programa, mas não há consenso sobre como isso será sistematizado (BRASIL, 2006; SILVA, 2004a).

Dentre os profissionais que integram a equipe, a situação do ACS é singular, exigindo-se que more no bairro no qual se localiza a unidade do PSF (BRASIL, 2002). Além disso, outras questões controvertidas sobre a sua atuação têm permeado as discussões dos estudos na área. Algumas delas são: oscilações entre uma postura técnica de assistência e outra social-solidária, excesso de trabalho burocrático, exposições a contradições sociais diversas, dificuldades frente a diversidade de fenômenos, sujeição a perigos e vulnerabilidade

de sua privacidade frente a proximidade da população (TEIXEIRA, MISHIMA, PEREIRA, 2000; SILVA, DALMASO, 2002; FORTES, SPINETTI, 2004; FERRAZ, AERTS, 2005).

Com dificuldades e controvérsias, o PSF requer um trabalho em equipe para alcançar seus objetivos. Alguns estudos relacionados à saúde e trabalho referem-se à organização do trabalho como um importante fator a ser observado para se entender o desgaste do trabalhador (PITTA, 1992, 2003; FIGUEROA et.al., 2001; OLIVEIRA, PALHA, 2004, MARTINEZ, PARAGUAY, LATORRE, 2004). No PSF, isso se acentua, exatamente por ser o trabalho em equipe um dos seus pressupostos fundamentais.

Os estudos específicos sobre o PSF trazem resultados contraditórios entre as equipes pesquisadas, sendo que algumas equipes conseguem resultados positivos de mudanças e outras encontram muitas limitações, estagnando-se. As principais dificuldades relatadas foram: suposta capacidade de dar conta de tudo enquanto geradora de frustração, falta de contrapartida das unidades de referência e contra-referência, falta de articulação na equipe, distanciamento do sujeito/usuário frente a burocracia/normatização, indefinição da natureza do PSF (VIEIRA et.al., 2004; RIBEIRO,PIRES, BLANK, 2004; BICHUETTI et.al., 2005).

Pelas questões acima relatadas é evidente a relevância de trabalhos e pesquisas que busquem entender essas recentes transformações na organização do trabalho no setor público, reconhecendo o possível desgaste do trabalhador do PSF frente a essas transições.

Caracterização da Unidade de Saúde da Família pesquisada

A cidade onde se realizou a pesquisa é de médio porte. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi iniciado em outubro de 2003, contando hoje com dez equipes, sendo que três delas atuam na zona rural e as demais na zona urbana. Para assessorar as equipes fixas de cada unidade o programa conta com uma equipe de saúde mental formada por dois psicólogos e duas assistentes sociais.

A operacionalização da implantação teve início antes disso, em dezembro de 2001, envolvendo discussões com profissionais de saúde e lideranças comunitárias, estabelecimento de áreas prioritárias, encontros e divulgação do PSF junto a população, definição das características e critérios de seleção dos ACS. A partir dessas providências, abriram-se editais para seleção e posterior contratação das equipes de profissionais, culminando no início do PSF no município em 2003, como uma prioridade na agenda de saúde (SPAGNUOLO, 2006).

A unidade onde se realizou a pesquisa conta com duas equipes, sendo que uma dessas equipes tem todos os trabalhadores fixos nela e outra tem parte nessa unidade e outra parte dos trabalhadores em outra unidade, localizada numa zona rural. A equipe que participou da pesquisa foi a que permanece integralmente na unidade. Isso se deu pelo interesse dos trabalhadores em discutir seu desgaste, manifesto nas oficinas de formação em saúde mental, já em andamento por outros pesquisadores da equipe de pesquisa, como mencionado anteriormente.

A caracterização física dessa unidade e a área de abrangência da equipe pesquisada constituem-se em: localização na periferia da cidade, população média de cinco mil pessoas na área de abrangência, num total de 3198 pessoas e 794 famílias cadastradas (SPAGNUOLO, 2006).

Quadro 1 - Composição da equipe de trabalhadores participantes da pesquisa

Número de trabalhadores	15
Sexo	Feminino: 13 Masculino: 2
Escolaridade	Ensino médio: 9 Superior (em curso) : 2 Pós-Graduação (em curso): 2 Pós-Graduação (concluída): 2
Categorias de Trabalhadores	Agente Comunitário de Saúde: 6 Auxiliar de Enfermagem: 3 Enfermeira(o): 1 Residente: 2 Médica(o): 1 Auxiliar Administrativo: 1 Auxiliar de Serviços Gerais: 1
Experiência em PSF	Em média: 3 anos

A equipe de trabalhadores dessa unidade tem desenvolvido ações de atenção à saúde bem diversificadas, envolvendo os usuários em diversas atividades realizadas durante toda a semana, com horários e dias específicos para cada uma. Além disso, separam alguns horários para reuniões internas da equipe e elaboração de relatórios, que constam no quadro abaixo.

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pela equipe (construído no decorrer das observações participantes)

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
7h30 às 9h	7h30 às 8h30	7h30 às 9h	7h30 às 8h30	7h30 às 9h
Relatórios ACS	Reunião/equipe	Relatórios ACS	Reunião ACS	Relatórios ACS
Caminhada		Caminhada	com	Caminhada
Coleta sangue		Coleta sangue	coordenação	Coleta sangue
9h às 12h VD	9h às 12h VD das	9h às 12h VD	9h às 12h VD	9h às 12h VD das
das ACS	ACS	das ACS	das ACS	ACS
9h as 11h30				
Medicação	Medicação	Medicação	Medicação	Medicação
10h às 11h30				
Verificação	Verificação	Verificação	Verificação	Verificação
Pressão Arterial				
14h30 às 16h	14h30 às 16h	Reunião de	14h30 às 16h	14h30 às 16h
Gr. Artesanato	Gr. Mulheres	equipe (tarde	Gr. Hábitos	
		toda)	Alimentares	
Verificação de	Verificação de		Verificação de	Verificação de
Pressão Arterial	Pressão Arterial		Pressão Arterial	Pressão Arterial
15h às 16h30	15 às 16h30		15h às 16h30	15h às 16h30
Medicação	Medicação		Medicação	Medicação
	19h30 Gr.			
	Alcoólicos			

Observações.:

- Atividades sem horário previamente estipulado: vacina e inalação;
- Manhãs são para consultas e tardes para grupos;
- Atividades de grupo durante o dia ocorrem na sala de reunião e à noite na recepção.

II

METODOLOGIA

A metodologia é algo que permeia todo o processo da pesquisa, tornando-se difícil circunscrevê-la dentro de um capítulo. O reconhecimento disso não resolve a questão, mas justifica as limitações de tal empreendimento.

A escolha do caminho

Ao longo de uma trajetória profissional da pesquisadora o tema da pesquisa, sofrimento psíquico do trabalhador na organização do trabalho, emergiu da sua própria experiência de trabalho em saúde pública, muitas vezes angustiante e desgastante. Essa é uma questão metodológica polêmica. Dentro de uma perspectiva positivista em ciência, o pesquisador deve buscar o máximo de neutralidade e distanciamento de seu objeto de estudo.

Essa identificação da pesquisadora com o objeto de pesquisa contraria tal perspectiva. Entretanto, segundo outras concepções metodológicas isso não é problema.

Para esse entendimento buscou-se o materialismo histórico, dentro da perspectiva marxista, com o método dialético, com as contribuições de vários autores, entre eles as de Vigotsky, (1998), representante da Psicologia Sócio-histórica. Benjamim (1980), um representante da Teoria Crítica da escola de Frankfurt, possibilitou algumas correlações entre o materialismo histórico e a psicanálise. A contribuição de Bleger (1998), segundo pressupostos do método clínico, tornou-se uma forte aliada no desenvolvimento das entrevistas, orientando o processo investigativo.

A fim de esclarecer o problema da suposta necessidade de neutralidade do pesquisador, o materialismo histórico propõe que sujeito (pesquisador) e objeto (objeto da pesquisa) não são exteriores um ao outro, mas ao contrário, “formam uma unidade de contrários, agindo um sobre o outro.” (GONÇALVES, 2005, p.97). E essa ação é duplamente transformadora, tanto do sujeito para o objeto, quanto do objeto para o sujeito. Também é fruto de um processo histórico de ambos. Assim, a história de vida da pesquisadora-profissional é parte do processo, como também constituinte de um momento histórico que permeia não apenas um objeto de pesquisa, mas segundo Vigotsky (1998) um processo de pesquisa.

Além disso, o materialismo histórico tem outros importantes pressupostos. O interesse no conhecimento da essência do fenômeno é fundamental. Para tanto, a análise parte da estrutura material aparente, para em seguida buscar o sentido das diferentes determinações do fenômeno. Isso leva a um conhecimento mais profundo, desvendando o véu (ideologia) que encobre a realidade. Para ele não há neutralidade do ser, que é eternamente contraditório e diverso, sempre inacabado, fundamentando-se seu caráter dialético. A análise das partes está interligada, numa noção de conjunto. Os problemas do ser humano estão sempre em constante

processo de totalização, mas que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada. Para fazer a análise da realidade social é necessário ter essa visão, para não atribuir um valor exagerado a uma verdade. Introduce o conceito de alienação, fazendo articulações com as formas de produção capitalista. A divisão de classes gera um “estranhamento” entre o trabalhador e o seu trabalho, a alienação (MARTINS, 2005; GALLIANO, 1986). Nas palavras de Minayo (2004, p.65) o método dialético

esforça-se para entender o processo histórico no seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais), e realizar a crítica das ideologias, isto é, do imbrincamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo.

A indicação clara de Minayo (2004) é de que o método dialético, de fundamentação materialista histórica, é o que mais atende a abordagens de questões sobre saúde/doença. Um dos aspectos relevante e favorável é a consideração do fenômeno dentro de uma historicidade. Salienta que na América Latina, depois da década de 1960, essa contribuição proporcionou avanços na compreensão das situações de morbimortalidade, pelo entendimento universalizante e histórico dos processos em saúde, numa estrutura de sociedade marcada pela divisão de classes.

Minayo (2004) também ressalta que a saúde do trabalhador tem sido um dos temas mais abordados pela metodologia dialética, principalmente o processo de trabalho em saúde. A presente pesquisa está exatamente dentro dessa temática, ocupando-se do sofrimento psíquico do trabalhador na organização do trabalho. A autora recorre a diversos estudos e indica a forte relação entre desgaste do trabalhador e processos de trabalho, dentro de um ponto de vista histórico. Sem desconsiderar outras abordagens metodológicas, é evidente que só uma metodologia que considere tais aspectos possibilita identificar a relação histórica do processo produtivo em sociedade com o desgaste do trabalhador.

Fundamentado nessa visão, Vigotsky (1998) pressupõe diferenças entre a abordagem naturalística e a abordagem dialética. Propõe que a compreensão da história humana não está baseada somente nas conseqüências da natureza sobre o ser humano, mas que o ser humano também afeta a natureza, modificando-a, criando novas possibilidades de existência. Para uma análise dessa constante transformação propõe três princípios de investigação: analisar processos e não objetos, explicação *versus* descrição e o problema do “comportamento fossilizado”.

No primeiro princípio enfatiza que é necessária uma reconstrução das etapas do processo, remetendo-se a sua gênese, garantindo sempre um olhar para a dinâmica de transformação ocorrida até o presente.

A distinção entre explicação e descrição, refere-se a diferentes tipos de análises: a genotípica e a fenotípica. A primeira é caracterizada pela observação da essência e a segunda das aparências dos fenômenos. Afirma que as relações subjacentes ao fenômeno são importantes, nem sempre explícitos na sua aparência. Assim a tarefa de análise da pesquisa é “por a nu as diferenças internas escondidas pelas similaridades externas” (VIGOTSKY, 1998, p. 83).

Benjamim (1980) também propõe uma análise mais profunda do objeto científico, comparando-a com a metodologia utilizada para análise do objeto de arte. Afirma que as câmeras do cinema conseguem prescrutar aquilo que ainda não se suspeitava, ampliando o olhar perceptivo. Faz ainda um paralelo dessa abertura do olhar das câmeras com os “chistes” ou lapsos das conversas triviais, apontados pela psicanálise, que “facultava a análise de realidades até então, inadvertidamente perdidas no vasto fluxo das coisas percebidas” (BENJAMIM, 1980, p. 22).

O terceiro princípio apresentado por Vigotsky (1998) trata de um aspecto importante a ser considerado na investigação dos processos de desenvolvimento analisados. São aqueles

que ficaram encobertos por tantas repetições deles mesmos, que ficaram mecanizados, perdendo sua natureza de origem. Para encontrar a essência em tal situação, novamente propõe a análise do processo, retomando as origens. Para desmontar o comportamento “fossilizado” é necessário focar a análise no processo em desenvolvimento e não unicamente no produto final que se apresenta no momento da investigação. Em suas próprias palavras: “É aqui que o passado e o presente se fundem e o presente é visto à luz da história. Aqui nos encontramos simultaneamente em dois planos: aquele que é e aquele que já foi. A forma fossilizada é o final de uma linha que une o presente ao passado...” (p. 85).

A pesquisa: O momento da largada

Logo nos primeiros contatos entre a pesquisadora e a orientadora, ficou claro que o tema da pesquisa era de interesse de ambas, pertinente a um projeto temático já desenvolvido por um grupo de pesquisa, conforme exposto na apresentação. A pesquisadora estaria se inserindo nele, no caso de vir a desenvolver seu projeto. Assim que as condições acadêmicas de ingresso no curso de mestrado em Saúde Coletiva da UNESP foram cumpridas, iniciou-se a participação da pesquisadora no grupo de pesquisa.

Após aproximadamente um mês, um dos componentes do grupo, detectou em sua pesquisa voltada à Formação em Saúde Mental na unidade do Programa de Saúde da Família, a emergência do tema sofrimento psíquico do trabalhador e, logo em seguida, a relação desse sofrimento com a organização do trabalho. Tais implicações foram discutidas e levantaram-se algumas possibilidades de já estar iniciando esta pesquisa.

Apesar do pouco tempo de curso, a questão era de interesse da pesquisadora há vários anos. Foi assim que ela pensou: “Vai, a hora é essa!”.

O processo de consulta de interesse aos trabalhadores pela pesquisa foi facilitado pela inserção da pesquisa já em andamento na unidade. Isso se deu num encontro já agendado com

a equipe pelo pesquisador do outro projeto e pela orientadora. Em seguida foi dado início aos procedimentos de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade, aprovados em primeira instância.

O caminho percorrido e delimitações

Para delimitar o caminho, seguir-se-á um relato específico. Talvez um pouco repetitivo, mas necessário para clareza científica deste trabalho.

Objetivo

O objetivo da pesquisa foi identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho em uma equipe do Programa de Saúde da Família.

População

Quinze trabalhadores de uma equipe em atuação de uma unidade do Programa de Saúde da Família em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo, que implantou o PSF no final de 2003. A escolha da equipe e unidade seguiu os seguintes critérios: 1) Ser campo de pesquisa de outros estudos na área por pesquisadores do mesmo grupo de pesquisa, possibilitando a complementaridade dos dados; 2) Manifestação de interesse da equipe pela questão proposta; 3) Disponibilidade da equipe em participar da pesquisa.

Levantamento de dados

O levantamento de dados foi realizado através da combinação de duas técnicas: entrevistas individuais não estruturadas e observação participante. Segundo Minayo (1994) a complexidade e, ao mesmo tempo, a especificidade da pesquisa num enfoque social, requerem

uma flexibilidade, que se expressa muitas vezes na utilização de vários recursos. Cada técnica foi direcionada a determinadas especificidades da questão proposta, embora os aspectos do todo tenham sido considerados em todos os momentos indistintamente.

Para investigar o sofrimento psíquico do trabalhador a entrevista foi mais adequada por propiciar um espaço mais reservado para os relatos de natureza mais delicada e pessoal. Nas entrevistas individuais os trabalhadores relataram o desgaste emocional e as possíveis conexões deste com a organização do trabalho. A questão orientadora foi: “Descreva como é o seu desgaste emocional na execução do seu trabalho nesta unidade e a repercussão disso na sua vida pessoal”. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

O encaminhamento dessas entrevistas contou com a contribuição de Bleger (1998). Iniciada a carreira de psicóloga, o incansável desejo de descobrir a necessidade das pessoas que procuram tal profissional manteve-se como uma tônica diária. Desde essa época as recomendações de Bleger (1998) a respeito das entrevistas foram de grande utilidade. Elas contribuíram nesse momento específico, na abordagem de um tema especialmente angustiante, o sofrimento psíquico, com manifestações de emoção, choro e angústia dos trabalhadores. Dentre as orientações do autor, destacam-se: a atenção à comunicação não verbal, que em geral pode trazer informações implícitas, não reveladas; o manejo dos conflitos e contradições; a identificação do *timing* da entrevista ou o tempo do entrevistado que lhe é próprio, configurando-se numa maior ou menor dificuldade para expor seus conteúdos; a discriminação e o desenvolvimento de atitudes frente ao silêncio, ao choro e à dor.

Turato (2003) define essa atitude de acolhimento do método clínico, afirmando que:

o pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, [...] mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura um

enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas. Por fim, observa o global de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado (p. 30).

Outra proposição de Bleger (1998) utilizada foi sobre o papel do entrevistador. O papel do entrevistador é inserido no campo da entrevista, como parte integrante dela. Em suas palavras “Observar, pensar e imaginar coincidem totalmente e formam parte de um só e único processo dialético. Quem não utiliza a sua fantasia poderá ser um bom verificador de dados, porém nunca um investigador” (p.19). Foi assim, que o percorrer de cada caminho, com cada trabalhador entrevistado foi guiado por seu desejo de falar daquilo que mais lhe angustiava no processo de sofrimento psíquico na organização do seu trabalho. Ao mesmo tempo, cada trabalhador fez emergir também os aspectos comuns à experiência de trabalhar junto com os outros colegas no mesmo território.

A organização do trabalho, reproduzida espontaneamente nas relações formais e informais de trabalho, foi melhor compreendida através da observação participante. Os eixos de investigação norteadores constaram de questões relacionadas a: organização do trabalho no PSF da unidade; ações novas e antigas praticadas pelos trabalhadores; práticas específicas e genéricas; dificuldades encontradas na execução do trabalho; rotina diária do trabalho. Essa observação aconteceu durante todo o período de coleta de dados, entre os meses de maio a julho de 2005, iniciada antes das entrevistas, anotada num diário de campo em forma de registro cursivo.

A utilização da observação participante, regida por premissas metodológicas básicas, envolve desde o referencial teórico até o seu uso enquanto um instrumento de levantamento

de dados. É “a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade” (MINAYO, 2004, p.157).

Segundo Martins (2005) a observação participante, inserida numa pesquisa participante, foi uma alternativa transformadora de um momento histórico de opressão vivenciado por vários países na década de 1970, “questionando o saber dominante e o paradigma positivista da neutralidade científica” (p. 140).

No prisma do método materialista histórico, possibilitou a busca do significado da essência das relações de trabalho, inserindo-se gradativamente questionamentos da pesquisadora aos trabalhadores, produzindo reflexões sobre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico e desencadeando a busca de alternativas nesse processo.

A observação participante iniciada antes das entrevistas propiciou um aprofundamento da entrevista individual com base nos fenômenos observados, sempre preservando a interação sujeito-pesquisador, indissociáveis em pesquisas desta natureza.

Um exemplo de operacionalização da observação participante registrada em diário de campo está colocado a seguir a fim de esclarecer o seu caráter investigativo, mas também elucidativo, de contribuição na compreensão de questões aparentemente claras, mas passadas despercebidas para as pessoas.

Essa situação foi num contexto de reunião de equipe. Os trabalhadores estavam listando facilidades e dificuldades no processo de trabalho para levá-las a uma reunião com a Secretaria de Saúde. Na elaboração da lista trocavam idéias sobre possibilidades de solução dos problemas, sem se aperceberem do fato, como o relato demonstra a seguir:

“Pergunto se estão percebendo que estão elaborando propostas? Se gostariam de listá-las e levá-las também à Secretaria de Saúde? Respondem afirmativamente e passam a fazer isso. Curiosamente,

algumas pessoas não reconhecem as propostas que acabaram de fazer, perguntando: ‘Qual proposta?’” (Diário de Campo)

A pergunta: “Qual proposta?” deixou claro que não estavam identificando as propostas que faziam. A pergunta da pesquisadora, apesar de simples, possibilitou a tomada de consciência desse fato.

O distanciamento crítico na observação participante é necessário para que não se confunda os papéis do pesquisador e dos participantes da pesquisa e os seus sentimentos pessoais com o que foi suscitado pelos participantes, relevantes para a pesquisa. Isso foi observado numa situação de oficina com as equipes sobre o processo de trabalho, sob coordenação da equipe de pesquisa, na qual foi necessário que a pesquisadora reafirmasse que não era uma pessoa da equipe, frente a uma expectativa de que ela pudesse assumir um papel de organizadora, relatando as idéias do grupo.

As impressões da pesquisadora, elaboradas logo após as visitas em campo, constituíram-se numa forma preliminar de análise, muitas vezes norteadora do processo de investigação.

Durante a pesquisa, algumas pessoas foram encaminhadas para acompanhamento psicológico, o que também ficou registrado no diário de campo.

Os trechos dos registros de diário de campo e das entrevistas foram destacados e colocados em itálico, complementando-se diversas vezes durante o percurso de análise.

Questões Éticas

Observando a importância do respeito à ética, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp/Botucatu, adotando procedimentos devidamente apropriados em pesquisas envolvendo seres humanos, previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nesta pesquisa foi fundamental

destacar os seguintes princípios éticos: 1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de levantamento de dados; 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento feito por intermédio da formalização do Termo de Consentimento (Anexo 2); 3) garantia de sigilo e confiabilidade dos dados obtidos nas entrevistas. As fitas cassete contendo as informações ficaram sob os cuidados da orientadora do projeto durante a realização da pesquisa para eventuais esclarecimentos (BRASIL, 1996).

Análise dos resultados

Os relatos dos trabalhadores e as anotações das observações em diário de campo foram submetidos à análise de conteúdo. Essa análise seguiu as fases propostas por Minayo (1994), que compreendem: 1) Pré-análise: Essa fase inicial do material se fez com uma leitura caracterizada por uma atenção flutuante. Assim, a subjetividade do pesquisador e a do pesquisado se integraram a fim de se estabelecer as temáticas, numa unidade contextual, apontando com trechos significativos ou representativos os subtemas, que sintetizam a essência do fenômeno; 2) Exploração do material, através de várias leituras do mesmo, descobrindo orientações para a análise propriamente dita; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizados através da busca do sentido latente ou subjacente expresso no manifesto e correlação com tendências e ideologias correntes a respeito do fenômeno estudado.

As temáticas e subtemáticas que apareceram de forma significativa foram as seguintes:

I – IMPLICAÇÕES DE ORDEM PESSOAL

- **Impacto inicial como trabalhador na USF**
- **Dia de explosão**
- **A correria do dia-a-dia e o adoecimento**

- **Conexões com a casa ou vida pessoal**
- **Tristeza por ter o que a população não tem**
- **Identificação com os problemas da população**
- **Formas para amenizar o sofrimento**

II – O COTIDIANO DO TRABALHO DE ATENÇÃO

- **Impotência no trabalho**
- **Pedido de ajuda**
- **Frustração por falta do usuário ao tratamento prescrito**
- **Consulta Eventual**
- **Visitas Domiciliares como invasão de privacidade**
- **Visitas Domiciliares como prazer no trabalho**
- **Grupos**

III - INFRA-ESTRUTURA INSTITUCIONAL

- **Desgaste por falta de rede de apoio**
- **Relação com o gestor**
- **Falta de profissionais**
- **Trabalho em equipe**
 - **Desvalorização do ACS**
- **Problemas referentes à relação com a outra equipe**
- **Troca de coordenação da equipe dois da unidade**

Esses temas e subtemas serão detalhados na apresentação dos resultados.

III

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Muitas disciplinas têm voltado suas pesquisas para o sofrimento psíquico e à organização do trabalho. Dentre elas a teoria do estresse, os estudos epidemiológicos, a ergonomia, a psicologia organizacional, a psicodinâmica do trabalho, as ciências sociais e a psicologia social.

A teoria do estresse, embora valiosa, detem-se nos processos de trabalho ao nível intrapsíquico, não possibilitando relacionar o sofrimento psíquico com as interações de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003, SILVA, 2004b).

Por outro lado, os estudos epidemiológicos preocupam-se com aproximações sociológicas do problema, deixando quase que imperceptível a dinâmica individual. Ocupam-se de interações de trabalho do cotidiano, mas, em geral, sem as inserir no modo de produção capitalista (CODO, SAMPAIO, HITOMI, 1993; FACCHINI, 1993).

A ergonomia tem como objetivo saber a diferença entre trabalho real e trabalho prescrito, considerando de maior interesse o primeiro, que é o trabalho executado, e não aquele definido pelos dirigentes da empresa (FERREIRA, MACIEL, PARAGUAY, 1993; DEJOURS, 1992). Embora em franco progresso nos últimos anos, em parceria com a psicologia cognitiva, não possibilita a compreensão da subjetividade, do sentir, da identidade e do que é mais significativo a cada ser humano no seu trabalho (HELOANI, LANCMAN, 2004).

Quanto a psicologia organizacional, Sato (2003) aponta as divergências da Psicologia Organizacional com a Psicologia Social, conforme princípios específicos de cada uma. A investigação se processa sob duas perspectivas. A primeira é a Psicologia da Administração de Recursos Humanos, interessada na qualidade de vida do trabalhador, mas com um fim específico: trabalhar mais e melhor, aumentando os lucros da empresa. Segundo Seligmann-Silva (2003) essa perspectiva defende a ideologia da saúde perfeita, tornando-se impossível a expressão de qualquer sintoma de fraqueza ou indisposição, que possa ameaçar a imagem de empresa perfeita. Prescrições como ginásticas laborais e alimentação balanceada completam o protótipo da saúde perfeita do trabalhador e a excelência da qualidade da empresa. A Psicologia Social, por outro lado, considera os processos organizativos do trabalho e de produção do trabalho, modificados por uma sociedade hierarquizada e capitalista, que por sua vez interferem no bem-estar do trabalhador. Enquanto a primeira legitimou-se como importante campo da Psicologia do Trabalho, reconhecidamente documentada e divulgada, a segunda tem conquistado pouco a pouco o seu espaço, como um ramo preocupado com a Saúde do Trabalhador dentro da Psicologia Social. Na verdade, a segunda consiste numa leitura crítica da primeira, na medida em que considera o sofrimento do trabalhador afetado pelo próprio contexto do trabalho, com propostas de alteração desse meio em detrimento de uma suposta minimização desse sofrimento, focadas apenas no indivíduo (SATO, 2003).

No campo das Ciências Sociais, dentre as principais vertentes, a que mais se aproxima dos interesses deste estudo no que tange a organização do trabalho em saúde e possibilidades de transformações é a marxista. Por isso foi escolhida. Nela o capital é compreendido como gerador de conflitos e contradições no trabalho, orientado por interesses de mercado. Sob esse prisma é que a Psicologia Social, a Psicodinâmica do Trabalho e Saúde Coletiva trouxeram contribuições ao estudo. Sempre que possível e necessário se fez articulações teóricas com diversos autores, buscando uma compreensão melhor do fenômeno estudado.

Para tal empreendimento, buscou-se a subjetividade que permeia o processo de trabalho, que não foi compreendida como uma “caixa preta” indecifrável e inacessível. Para sua explicitação e compreensão foi necessário um olhar para as atitudes e maneiras de ser das pessoas, considerando as suas peculiaridades e diversidades construídas segundo suas histórias de vida, num contexto social, econômico e cultural (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Os assuntos desenvolveram-se numa seqüência didática. Foi realizada uma explanação da relação indivíduo, trabalho e sofrimento com base na Psicologia Social. Depois, fez-se uma retrospectiva histórica da organização do trabalho, numa perspectiva materialista histórica, a fim de compreender o modelo de produção da sociedade em geral. Em seguida, acrescentaram-se as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. Por fim, procurou-se entender as repercussões desse modelo no campo da saúde coletiva.

Indivíduo, Trabalho e Sofrimento

Os seres humanos não nascem constituídos enquanto indivíduos. A passagem do homem-natureza para o homem-indivíduo se dá a partir das relações sociais. Baseado em conceitos da Psicologia Social, Codo, Sampaio & Hitomi (1993, p.75) explicam a construção da existência humana numa interdependência: “a minha existência, a do outro, a do outro em mim e a minha no outro; isto é, interdependência e cooperação.”. É o jogo do duplo

espelhamento. Só assim o ser humano é atravessado pela sociabilidade e se funde num indivíduo. E esse atravessamento não se faz sem sofrimento, considerando que a fusão do outro em si mesmo é uma experiência de mediação do ser-não-hominizado para o ser em desenvolvimento, interpenetrado pela cultura, pela sociabilidade.

O ponto central é que o sofrimento não é algo que vem da natureza, mas da cultura, expresso por uma linguagem. Codo, Sampaio & Hitomi (1993) emprestam da antropologia a verificação da sobrevivência do homem aos perigos através da tríade linguagem, trabalho e cooperação. A linguagem é que possibilita a intervenção do outro em si mesmo e de si mesmo no outro. Esses indivíduos, constituídos historicamente por essa tríade, levam a marca de um sofrimento, que muito mais que inscrito no corpo, é identificado pela linguagem como algo ameaçador. Nessa concepção o trabalho ocupa uma posição de destaque na construção do processo de hominização, mas também do sofrimento, pelas vias da produção.

Codo, Sampaio & Hitomi (1993) afirmam ainda que apesar da vida do indivíduo não ser sinônimo de trabalho, não é possível estudá-la na ausência dele.

Para Marx (1867/1975) o trabalho é uma necessidade eterna do ser humano. Como já visto anteriormente, é a transformação da natureza para satisfazer as necessidades do homem, e, ao mesmo tempo, modifica a sua própria natureza e desenvolve as faculdades que nele estão adormecidas. Mas quando se torna um trabalho alienado, perde seu sentido enquanto atividade vital, que gera vida. Ao contrário, gera sofrimento. Apesar de sempre ter uma ligação com sofrimento, adquire uma força maior na atualidade, frente aos processos de produção capitalista. Estudar esse sofrimento, físico e/ou psíquico, implica em se deparar muitas vezes com processos de vida e de morte, inerentes ao ato de viver e de trabalhar alienadamente.

Sofrimento psíquico para Seligmann-Silva (2003, p.1158) remete às reflexões feitas até agora neste trabalho, mas o termo mais utilizado pela autora é desgaste mental. Assim, os

termos desgaste mental e sofrimento psíquico serão utilizados indistintamente nas explicações. Em suas palavras, o desgaste mental ou sofrimento psíquico é o “modo pelo qual a interação do trabalhador com esta situação (situação de trabalho) repercute na subjetividade do mesmo, suscitando vivência de sofrimento”. Isto é, se faz uma confrontação do sofrimento com a organização do trabalho, possibilitando uma visão da interação indivíduo-coletividade. Ao final da retrospectiva histórica da organização do trabalho apresentada a seguir, essa discussão será retomada.

Retrospectiva histórica da organização do trabalho

A retrospectiva histórica da organização do trabalho procurou desvendar os aspectos implícitos da realidade social do período pós-revolução industrial.

A partir do homem pré-histórico, passou-se por divisões de trabalho que foram progressivamente encaminhando-se para processos mais complexos até que se deu um grande salto com a revolução industrial e, conseqüentemente, o capitalismo.

Segundo Marx (1867/1975), a revolução industrial e a apropriação capitalista da produção do trabalho modificaram significativamente a organização do trabalho. Nesse processo, vários elementos foram introduzidos.

Um elemento é o objeto de trabalho, que pode ser algo ainda inalterado, tal como a natureza o constituiu ou algo já modificado por outro processo de trabalho anterior. Os objetos modificados ou filtrados por algum trabalho anterior constituem a matéria-prima. Nas palavras de Marx “todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural constituem objeto de trabalho” (1867/1975, p. 203).

Outro elemento é o meio de trabalho que é um complexo de coisas entre o trabalhador e o objeto de trabalho, de acordo com a atividade que executará. Assim, utiliza recursos físicos, químicos e mecânicos como forças canalizadas para o seu alvo. A terra é o seu

primeiro recurso, sendo ao mesmo tempo objeto e meio universal de trabalho. Com o passar do tempo, esses recursos foram se aprimorando, indicando com isso o desenvolvimento da força humana de trabalho.

Esses elementos servem para um fim específico, a finalização do produto. Esse produto, transformado pelo processo de trabalho, para um fim específico é um valor-de-uso. Ou seja, o valor-de-uso é o produto ou a mercadoria. Mas para sua produção, outros valores-de-uso foram utilizados, enquanto meios de produção e objeto de trabalho. Nem sempre isso é considerado ao se ter em mãos o produto final. Dessa forma, “um valor-de-uso pode ser considerado matéria-prima, meio de trabalho ou produto, dependendo inteiramente da sua função no processo de trabalho, da posição que nele ocupa, variando com essa posição a natureza do valor-de-uso” (MARX, 1867/1975, p.207).

Para a transformação dos produtos de trabalhos anteriores em valores-de-uso de naturezas diversas é necessário que se tenha a atuação do trabalho vivo, que toma o produto inerte, morto, parado e coloca-o numa dinâmica de transformação pela ação viva do trabalhador. Nas palavras de Marx, “empresta vida para cumprirem suas funções” (1867/1975, p.208).

Na lógica capitalista compreende-se que, segundo essa forma de produção do trabalho, a apropriação do capital é para poucos. Enquanto isso, muitos emprestam o seu trabalho vivo para a transformação dos produtos em valores-de-uso, valores-de-troca e finalmente em mercadorias. Poucos se apropriam do capital acumulado. Essa seqüência é o que faz crescer o capital, que só ocorre se houver a produção de um valor excedente, além do valor-de-uso. Aí está caracterizado o processo de produção de mais valia, da qual se apropria o capitalista.

Trazendo esses conceitos para a vida em sociedade, entende-se que as pessoas precisam de várias coisas para sua satisfação e subsistência. Na forma capitalista de organização dessa sociedade, vão ao mercado e compram as mais diversas mercadorias.

Entretanto, para que se tenha o que comprar é necessário que se tenha quem venda. Os que detêm os meios de produção ou têm propriedades, vendem sua mercadoria. Os que não possuem nenhum meio de produção ou bem próprio são obrigados a vender a única coisa que têm, sua força de trabalho. Ou seja, transformam-se na própria mercadoria. Vendem-se a fim de realizarem trocas que garantam sua subsistência básica. De um modo geral, esses dois grupos configuram os dois segmentos que compõem o sistema capitalista: os proprietários, que detêm meios de produção, vendedores de suas mercadorias e os que têm como única propriedade sua própria força de trabalho. São vendedores de si mesmos.

Para que tal processo se otimizasse cada vez mais, chegou-se à compartimentalização do trabalho, cada vez mais exercido em etapas, claramente delimitadas, sem que o trabalhador pudesse ter idéia do todo (HELOANI, 2003).

Assim, o ser humano fica reduzido a uma mercadoria, a um objeto. Não tem escolha. É a única condição que lhe é possível.

Marx (1844/2004) elucidou essas questões em seus trabalhos da juventude. Apontou que o ser humano realiza um trabalho, no qual tem que vender sua força de trabalho, enquanto mercadoria. Um dos elementos do trabalho, explicitado anteriormente, deixa de ser a natureza ou a matéria-prima e passa a ser o próprio trabalhador.

Segundo o autor, o ser humano como criatura genérica, faz parte da natureza e, ao mesmo tempo, se serve dela para ter vida. Como o animal, come, bebe, mora... Nesse sentido é parte dessa natureza. A comida, a bebida ingerida é a própria natureza incorporada nele. A diferença do animal, que também faz essas coisas, é que o animal não faz escolhas, apenas se serve da natureza para subsistir. O ser humano transforma esses elementos segundo seu desejo. É livre. Nessa visão o trabalho humano é a transformação da natureza para benefício do homem.

Na lógica capitalista, esse trabalho não atende interesses do trabalhador, mas os interesses do mercado e do capital. Isso o tira da condição de ser livre, tornando seu trabalho atrelado a um desejo que não é o seu, mas de outrem. É o trabalho alienado do próprio trabalhador. Não é parte dele, mas estranho a ele. Isso o afeta na sua principal característica de humano, a de ser genérico, do gênero humano, livre. O trabalho, como atividade vital para o ser humano, torna-se estranho a ele. Traz como consequência a desvalorização dele para consigo mesmo e para com os outros. Para consigo mesmo porque se torna no próprio objeto do trabalho e para com os outros porque os vê segundo o “padrão e a relação em que ele próprio como trabalhador, se depara” (MARX, 1844/2004, p. 118).

Além de externo, o produto torna-se mais importante que ele mesmo. O trabalhador é mais desvalorizado e menos humano, quanto maior e mais valorizado for o produto.

Como já apontado anteriormente, essa alienação do trabalhador do seu próprio trabalho se intensificou num processo de crescente compartimentalização do trabalho, que segundo Marx (1867/1975), ocorrem em três momentos distintos de evolução: cooperação simples, manufatura e maquinaria.

É nesse processo que se substitui cada vez mais o trabalho vivo (do operário) pelo trabalho morto (tecnologia). Ou seja, o trabalho vivo (trabalhador) é sugado pelo trabalho morto (máquina), tornando-se esta no amo do trabalho vivo que é o trabalhador. “Na manufatura e no artesanato, o trabalhador se serve da ferramenta, na fábrica, serve à máquina” (MARX, 1867/1975, p.483).

Assim é que a organização científica do trabalho, baseada no taylorismo e no fordismo, se coloca a serviço da extrema fragmentação e desqualificação do trabalho sob o prisma do trabalhador e maximizada sob o prisma do capital. Desse modo, as repercussões disso invadem a esfera extra fábrica, requerendo para o sucesso a introdução dos turnos de

trabalho, impondo um novo ritmo biológico no descanso do trabalhador (FACCHINI, 1993; COHN, MARSIGLIA, 1993).

O taylorismo, estruturado por Taylor, engenheiro e inventor, foi caracterizado pela busca da eficácia nos rendimentos e nos resultados. Propôs que os trabalhadores tinham de ser controlados e submetidos a uma ordem indiscutível de rendimento. Partiu de uma idéia de que o homem é motivado essencialmente por recompensas financeiras e que é naturalmente preguiçoso. Por isso estabeleceu leis rígidas, que sob uma gerência controladora garantia uma execução das tarefas de forma única e pré-concebida. Cabia ao trabalhador somente o papel de executor, sem nenhuma reflexão sobre a tarefa. Foi o que postulou a denominada Organização Científica do Trabalho (FACCHINI, 1993; COHN, MARSIGLIA, 1993).

Segundo Heloani (2003, p.32) “esse sistema cientificamente planejado é que vai permitir a ‘modelização da individualidade’ do operário [...]”. O discurso taylorista busca o despertar da ambição pessoal e da cooperação sem limites em prol do aumento da eficiência na produção. Assim, torna-se possível apropriar-se da subjetividade do trabalhador. Isto significa colocar o “discurso da ambição como uma necessidade inerente à personalidade do trabalhador” (2003, p.34). Como tudo era fincado na individualidade, o trabalho em grupo foi desestimulado, facilitando a manobra dos desejos e vontades de cada um pela administração capitalista.

Conforme o mesmo autor (2003, p.40), a máxima potência do que ele chamou de “gestão da subjetividade” foi possibilitada no fordismo, idealizada por Henry Ford. Aumentou-se o parcelamento do trabalho, estabelecimento da linha de montagem e vigilância redobrada do rendimento do trabalhador. Entretanto, tudo foi implementado com cuidado e refinamento, evitando que o trabalhador tomasse consciência da extrema separação entre a concepção e execução do trabalho realizado. Oportunizou-se um campo mais propício para a exploração, com o caráter disciplinador e normatizador de tais condutas administrativas.

Silva (2004c) discorre sobre o fordismo e suas imposições como uma anulação da atividade mental, e “a submissão do corpo às novas tecnologias” (p.101). O representante mais conhecido do fordismo é o macdonaldismo, com um gerenciamento que estimula a produção de forma ainda mais elegante e refinada, perpetuando as ferramentas capitalistas de exploração.

Atualmente, o toyotismo é a manifestação mais requintada da compartimentalização. Suas principais características são: flexibilização e polivalência de habilidades do trabalhador. A ênfase numa relação de afetividade é um engodo, que na verdade captura a subjetividade do trabalhador para maximizar sua produção (VERAS, 2003).

A padronização e a busca de melhor qualidade e menor preço fizeram com que o trabalhador passasse a executar mais e pensar menos. Essa normatização garantiu a manutenção ou o aumento do lucro. Não se teve e não se tem até hoje um interesse nas idéias do trabalhador. Essas idéias poderiam até ser boas na otimização da produção, mas a possibilidade de não sê-las comprometeria o lucro. Assim foram descartadas totalmente.

Seligmann-Silva (1994), afirmou que a perda da liberdade e o controle exacerbado dos trabalhadores são fundamentais do ponto de vista da organização do trabalho segundo interesses do capital. Embora as Escolas de Relações Humanas tenham preconizado uma substituição do taylorismo e do fordismo, continuam exercendo-no de forma disfarçada, muitas vezes numa falsa idéia de co-gestão.

Segundo a mesma autora (1994) o que realmente ocorre é uma gestão delineada exclusivamente pelas relações de hierarquia. Contempla basicamente a interação entre os que mandam e os que obedecem no contexto da divisão de tarefas. Relaciona-se com duas questões básicas: o modelo de trabalhador que a empresa tem e o modelo de empresa tido por seus dirigentes. Baseada em estudos já realizados nessa área, ela expõe tipos de imagens que representam diferentes modelos de administração e hierarquia, como: máquina, organismo,

cultura. A partir disso o modelo de trabalhador será correspondente a essas imagens. Para o modelo da máquina, os trabalhadores representarão peças de engrenagens. No modelo de organismo, representarão unidades vivas, estritamente biológicas. Já para o modelo de cultura, representarão valores, concepções, sentimentos, ações.

Através dessa alegoria feita pela autora é notável a desconsideração do aspecto humano do trabalhador nos modelos de empresa como máquina e como organismo. A concepção de Marx (1844/2004) sobre a alienação do trabalho indica como estruturas como essas reduzem a expressividade da liberdade e transformam as pessoas em peças de engrenagens, em coisas, em meros objetos da natureza. A existência de modelos de empresa como cultura seria um avanço em relação aos modelos acima comentados, mas a lógica capitalista e neoliberal, preocupada com o lucro e não com o bem-estar das pessoas, especificamente dos trabalhadores, não favorece a sua existência.

Esses modelos de administração da produção no capitalismo intensificaram e perpetuaram a alienação do trabalho. Conforme já exposto, afetaram o trabalhador na sua condição humana de ser, roubando-lhe a liberdade, o descaracterizando como ser humano.

Esse caráter do trabalho explicitado até aqui esclarece que a organização do trabalho, vinculada ao advento da revolução industrial e do capitalismo transformaram radicalmente a relação do homem com o trabalho, antes regido pelo tempo natural e agora pelo do capital (LAURELL, 1983 apud COHN, MARSIGLIA, 1993).

O modo como os trabalhadores interagem na organização do trabalho, frente a essas dificuldades estruturais de natureza social e econômica foram explicitadas por Seligmann-Silva (2003), que buscou compreendê-las recorrendo a vários estudos. Um dos aspectos importantes que aponta é o entendimento da dinâmica institucional, visando compreender a saúde psicossocial das pessoas no contexto que trabalham. Salienta que embora essas

contribuições já estejam disponíveis há mais de duas décadas, ainda não foram totalmente aproveitadas.

Uma das correntes que considera essa dinâmica institucional é a Psicodinâmica do Trabalho, também denominada Nova Psicopatologia do Trabalho, representada principalmente por Dejours (1992). O autor explica como a organização do trabalho se relaciona às questões de sofrimento psíquico do trabalhador.

O campo da psicodinâmica do trabalho

A psicodinâmica do trabalho dá ênfase à divisão do trabalho e ao sistema hierárquico que determinam a estrutura organizacional na qual será exercido o trabalho. Para Dejours (1992), as ações dos trabalhadores frente ao sofrimento na organização do trabalho são denominadas defesas ou estratégias defensivas, fundamentando a abordagem psicodinâmica, reformulando alguns pontos da teoria psicanalítica.

Segundo o autor, na maioria das vezes o trabalhador não pode alterar nada nesse mundo externo, ficando a mercê de uma organização do trabalho que em nada coincide com seu próprio ritmo biológico, endócrino e psicoafetivo. Nesse sentido afirma que:

é preciso reconhecer que a tendência geral à divisão do trabalho - da qual o sistema Taylor é a caricatura - compromete as possibilidades ao mesmo tempo em que diminui a escolha e a margem deixada ao livre arranjo da tarefa (DEJOURS, 1992, p.135).

Na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, Dejours (2006) constrói a sua concepção de estratégias defensivas, numa relação do trabalhador com a organização do trabalho, direcionando-se à realidade social do trabalho. Desde que a modificação da organização do trabalho está bloqueada, o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, através dos mecanismos de defesa. É um processo estritamente mental, pois não modifica a realidade imposta pela organização do

trabalho, no sentido de aliviar seu sofrimento. Entretanto, mascara-o, garantindo a manutenção da produtividade, ou até mesmo o aumento dela.

Essas estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas. A diferença é que na estratégia coletiva há um consenso do grupo em utilizá-la e há a necessidade de condições externas criadas por esse grupo para a ocorrência dela. Já a estratégia individual é consolidada em mecanismos internos. A base de ambas está em conflitos psíquicos decorrentes de história de vida de cada um que se reproduzem em situações de tensão e sofrimento, como mecanismos de defesa. Seligmann-Silva (1994) afirma que podem ser conscientes ou inconscientes, sendo estes últimos os piores, pois são os que mais “se prestam à manipulação e à exploração” (p.232). É nesse ponto que a Psicodinâmica do Trabalho abre-se para um reestudo da teoria psicanalítica, sobre os mecanismos de defesa, identificando a exploração operacionalizada a partir deles.

Frente às dificuldades vivenciadas pelo trabalhador na organização do trabalho, a utilização exaustiva dessas defesas pode ocasionar o que Dejours (1992) entende por loucura do trabalho.

Seligmann-Silva (1994) enumera essas defesas, diferenciando-as do que chama de resistências. Enquanto as primeiras apenas possibilitam ao trabalhador suportar o sofrimento, as resistências oferecem chance de modificar as situações que provocam o sofrimento. Reconhece que, às vezes, as defesas ou estratégias defensivas assumem também o caráter de resistência.

Em geral essas defesas servem para distintas necessidades. Dentre elas estão as seguintes: neutralizar o medo num ambiente perigoso de trabalho, tornar suportável uma atividade tediosa, ajustamento às regras exacerbadas através de comportamentos obsessivos. A utilização persistente de tais mecanismos levam a uma alienação do trabalhador frente a exploração dele no trabalho. Além disso, esse mecanismo de evitar o sofrimento pelas defesas

pode falhar repentinamente, ocasionando crises súbitas e manifestações de desespero, raiva ou descontrole emocional.

Esses mecanismos são potentes, mas também arriscados. Dejours (1992, 2006) menciona a utilização de jogos grupais perigosos, que passam de uma brincadeira para uma verdadeira exposição dos trabalhadores mais ingênuos a perigos que ameaçam sua integridade física e psíquica. Perdem a noção das conseqüências das ações e não conseguem perceber que alguém está realmente em perigo ou machucado. Essas práticas nada mais são que uma forma de desafiar os perigos próprios do processo de produção, encenando-os e simbolizando-os, com a ilusão de dominá-los, ao menos no jogo. É triste verificar a que preço se dá essa defesa coletiva contra o medo, visto que acabam freqüentemente em acidentes.

Segundo Seligmann-Silva (1994, p.251), quando essas defesas integram “em seu significado a afirmação da identidade em oposição à dominação, passa a se construir uma resistência”. São outras formas de lidar com o sofrimento na organização do trabalho, menos alienante e propiciando maior autonomia para o trabalhador.

Dejours (1996) apresenta novas formas de lidar com o sofrimento no trabalho através do desenvolvimento de formações coletivas, criativas e inovadoras, contra o sufocamento da liberdade. É o que o autor denomina de mobilização subjetiva, baseadas na criatividade, viabilizada pela abertura de espaços públicos de discussão coletiva.

Repercussões da produção capitalista na organização do trabalho em saúde

As questões tratadas acima repercutem também nas organizações públicas, como é o caso da saúde. Deste modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem vivenciado alguns dilemas e impasses, conquistas e fracassos, que, de certa forma, estão ligados às reformas neoliberais de ordem econômica, às políticas de ajustes macro-econômicas do sistema capitalista de produção.

Pode-se ter uma idéia disso, a partir do quadrilátero da saúde composto por ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). A gestão, submetida às formas de financiamento das ações em saúde, ficou a mercê das inquietudes e tensões das políticas econômicas, regidas pela lógica capitalista. Segundo Mendes (2006, p.58), “agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado, levando a que os governos federal e estadual limitem o aporte de recursos para a Seguridade Social e para a saúde”.

Num efeito cascata, os outros elementos do quadrilátero – atenção, ensino e controle social - ficam prejudicados por causa da questão de ordem econômica e de repasse de verba. Um detalhamento dos prejuízos na organização do trabalho, direta ou indiretamente envolvidos pelo sistema capitalista de produção, será desenvolvido a seguir.

Segundo Cohn & Marsiglia (1993), a saúde está incluída no setor de serviços, assim como tantos outros como o comércio, a educação e a comunicação. São setores onde a mercadoria não se expressa numa corporalidade concreta, mas imaterial. De qualquer forma, a saúde, bem como os demais, está incluída de forma indireta na lógica capitalista de produção, permeada muitas vezes por interesses neoliberais nacionais e internacionais.

Segundo Heloani (2003, p.40) “tudo que esteja ligado a maximização de recursos no tempo tem a marca inconfundível da otimização de tempos e recursos, característica da administração taylorista [...]”. Não é essa a situação na produção de ações em saúde, determinadas por: pressão para realização do maior número possível de consultas, filas de espera, normatizações de como prestar cuidados em cada área, protocolos e procedimentos intermináveis?

Ribeiro, Pires & Blank (2004) identificam uma mistura no setor saúde de um trabalho artesanal com um trabalho fragmentado pela lógica capitalista. O primeiro é pouco afetado pelo capitalismo e o segundo, totalmente afetado, conforme interesses neoliberais e capitalistas.

Merhy (2002a) faz uma análise econômica e registra que os modelos assistenciais em saúde são fortemente alterados pelo capitalismo. Isso aparece, numa primeira instância, através do avanço tecnológico observado na crescente preocupação na aquisição de equipamentos novos e medicamentos, transformando a saúde em um bem de consumo altamente próspero para o mercado capitalista.

Numa segunda instância, a crítica feita por Franco e Merhy (2006) é em relação a normatização de medidas e atos de saúde somente de cunho “higienistas”, esquecendo-se da construção de uma rede de assistência integrada ao nível local e singularmente definida. As relações da equipe constituem-se nessa perspectiva, dificultando a integração dos saberes de cada categoria profissional.

Especificamente sobre o PSF, Franco & Merhy (2006) criticam a organização do trabalho, qualificando-a como racionalizadora. Assim, afirmam que “o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância em saúde” (p.100).

Essa racionalização, o excesso de normas e a definição hegemônica da missão dos serviços pelo Ministério da Saúde, desde a Reforma do Estado iniciada nos anos 1990, em vigência até hoje, têm diminuído a autonomia do trabalhador. (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004)

Segundo Schmidt (2003), tal reforma transplantou o modelo produtivista globalizado para as instituições públicas com a justificativa da inevitabilidade do modelo neoliberal, ideologia da excelência nos serviços e polivalência. Direcionou a abertura do mercado externo, na tentativa de inserir o país nesse mercado. Entretanto, as condições para os produtores nacionais não foram propícias, tornando-se quase inviável tal empreendimento.

Esse fato marcou hegemonicamente a missão dos serviços de saúde, definindo economicamente as suas diretrizes, na medida em que os financiamentos do Estado passaram

a ser guiados por uma prática que se põs a serviço de interesses minoritários e poderosos, considerados legítimos ideologicamente. Segundo a autora, a saúde se transformou numa “arena de disputas comerciais onde o Estado entra como sócio dos ‘melhores’ negócios abandonando à obsolescência aqueles pouco lucrativos” (SCHMIDT, 2003, p.63).

Essas questões do neoliberalismo vêm provocando um franco ataque ao emprego tradicional, substituído por vínculos empregatícios temporários e terceirizados (HELOANI, 2003). Pesquisadores e trabalhadores têm avançado nessa discussão, chamando-a no âmbito da saúde de precarização das relações de trabalho em saúde, com dados documentados num relatório do Seminário Nacional sobre a política de desprecarização das relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2003b).

O processo de trabalho em saúde, segundo Ribeiro, Pires & Blank (2004), historicamente contextualizado nesse modelo de produção do trabalho, caracteriza-se pela lógica taylorista, na qual “o processo é dividido em operações mínimas, e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho” (p. 439).

Segundo Heloani & Capitão (2003, p.106) o sofrimento mental é consequência direta dessa organização de trabalho taylorista, isto é, “da divisão do trabalho, do conteúdo da tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, etc.”. Há uma perda de sentido da vida no trabalho, deixando marcas de sofrimento no corpo e no psiquismo do trabalhador.

Na concepção de Campos (2002, p.244), os trabalhadores de saúde acabaram por transformar o seu objeto de trabalho em mera

população [...] pessoas sem nome, sem história ou cultura singulares. A saúde coletiva se autoriza a intervir em nome do risco de os outros morrerem ou adoecerem, sem nunca perguntar a estas supostas vítimas o quanto elas mesmas se encontram carnalmente implicadas com aquele risco.

O trabalhador fica separado de sua “obra”, compreendida com o reconhecimento do seu trabalho, tanto para si mesmo, como para o usuário. Os atos parcelares de saúde, que são denominados procedimentos, distanciam muito o trabalhador do resultado do seu trabalho. Nas suas palavras “não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável” (CAMPOS, 2002, p.235).

Observa-se que esta vivência de sofrimento relatada por Campos (2002) remete à distância entre trabalhador e produto do trabalho, claramente apontada por Marx (1844/2004) sobre o processo de estranhamento do trabalhador do produto do seu trabalho e de si mesmo, não se reconhecendo no que produziu.

Vieira & Cordeiro (2005) identificam que esse distanciamento ocorre no PSF com frequência, como a principal causa de sofrimento psíquico do trabalhador. Com base nos estudos já citados de Dejours (1992) evidenciam que a relação do trabalhador com seu produto de trabalho perde o seu significado, levando-o à alienação.

Entretanto, em geral os trabalhadores não conseguem identificar essas relações: sofrimento psíquico, perda de significado no trabalho e organização do trabalho fragmentada e desestabilizadora. Sofrem por algo que não vai bem, mas não conseguem ter claro o que lhes atrapalha (SILVINO, 2002). Heloani (2003) faz uma análise do quanto o trabalhador tem dificuldade de localizar de onde surge o sofrimento frente ao mundo interno e externo, por estar muito fragilizado. Em suas palavras, “um ego debilitado e frágil não consegue diferenciar, pela sua condição a origem de seu sofrimento” (p.107).

Outra questão permeada pela divisão do trabalho sob a ótica capitalista é a do poder. Observa-se a presença de embates na organização cotidiana do trabalho em PSF, com uma constituição de equipe formada por agentes de saúde com forças desiguais, sem articulação

entre elas. A autoridade exercida hegemonicamente pelo gestor impede a manifestação do trabalhador e do usuário (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Sobre esse embate, o estudo sobre o poder na ótica foucaultiana traz contribuições esclarecedoras. Foucault (1975/2004) discorre sobre o caráter disciplinatório, de dominação das pessoas em sociedade. É um dos pontos principais estudados pelo autor dentro do que ele chama de microfísica do poder. Apesar de não ser possível um aprofundamento dessa abordagem, é imprescindível remeter-se ao menos a essa questão da disciplina. Os processos rudimentares da Idade Média, quando as pessoas eram queimadas nas fogueiras por não obedecerem às regras instituídas, foram substituídos na modernidade por um poder disciplinatório e normatizador, tornando os corpos dóceis e submissos, diante de dispositivos de vigilância constante. Embora visíveis, não se apresentam claramente, enquanto uma pessoa ou setor. É pulverizado, tornando-se disseminado por onde quer que se vá. Assim, é característica fundamental dessa vigilância ser visível, porém inverificável. Numa situação específica de trabalho, o trabalhador tem sempre sob seus olhos a representação da vigilância, sem saber ao certo se está ou não sendo visto e observado por todo o tempo. Mas “ter certeza de que sempre pode sê-lo” é o suficiente para se manter submisso (FOUCAULT, 1975/2004, p.167).

A figura apresentada pelo autor para ilustrar tal mecanismo é a do Panóptico, uma torre construída no centro de celas em forma de anel. Nessa torre permanece um vigia, que pode ou não estar presente, que tudo vê, mas sem ser visto. É a masmorra, ao contrário. Foucault transporta a idéia para os diversos âmbitos, afirmando que “em sua torre de controle, o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: enfermeiros, médicos, contramestres, professores, guardas [...] modificar seu comportamento, impor-lhes métodos que considerar melhores” (1975/2004, p.167).

É com esse poder, disseminado e sutil, que o trabalhador tem que lidar no seu dia-a-dia de trabalho em saúde, tornando-se desprotegido e vulnerável aos mais variados problemas, que em efeito cascata levam-no a um sofrimento psíquico cada vez maior.

A luta desigual de poder, a perda de autonomia e o distanciamento do trabalhador do resultado do seu trabalho, anteriormente descritos respectivamente por Ribeiro, Pires & Blank (2004) e Campos (2002), vão se intensificando. Diversos autores também evidenciam que a situação tende a piorar porque a produção da saúde é um processo indissociável do seu produto, é a atividade em si mesma. Entretanto, a divisão parcelar do trabalho, torna-a exatamente o contrário, dissociada e contraditória. O resultado se acentua em uma perda maior da autonomia do trabalhador que, cada vez mais especializado, perde a noção do todo, fragmentando as suas ações de cuidado ao usuário. Muitas vezes, desconhece a finalização de um procedimento que iniciou, mas que foi finalizado por outro trabalhador, muitas vezes na mesma unidade (PIRES, 2000; MATUMOTO et al., 2005; SILVA, TRAD, 2005; VIEIRA, CORDEIRO, 2005; GLINA et al., 2001).

Dessa forma, um fator primordial para o desenvolvimento do PSF, o trabalho em equipe, fica comprometido. Vários estudos identificaram que os trabalhadores dão uma importância fundamental ao trabalho em equipe, entretanto se contradizem logo a seguir, apresentando condutas monopolizadoras e centradas em uma única especialidade. Também analisam que o planejamento das ações é socializado na equipe depois de já ter sido realizado de forma individualizada, comprometendo um projeto comum de trabalho. Isto confirma o fato de que os novos princípios que regem o PSF não estão incorporados na prática, permanecendo apenas como uma referência teórica aceita, mas de difícil operacionalização. (PEDROSA, TELES, 2001; SILVA, JORGE, 2002; ROSA, LABATE, 2003; SILVA, TRAD, 2005; VIEIRA, CORDEIRO, 2005; MATUMOTO et al., 2005; ALMEIDA, MISHIMA, 2001).

Esse processo de trabalho contraditório que envolve o PSF é um ponto central para a presente pesquisa, pois se traduz em conflitos e desgaste para o trabalhador frente a essas mudanças na organização do trabalho, sintetizado no seguinte excerto da pesquisa realizada por Glina et al. (2001, p.614):

De maneira geral, pode-se afirmar que quanto menor a autonomia do trabalhador na organização da sua atividade, maiores as possibilidades de que a atividade gere transtornos à saúde mental. Novas formas de organização do trabalho, novas tecnologias e a precarização do trabalho trazem o temor do desemprego e a intensificação do trabalho.

Na concepção de Peduzzi & Palma (1996), o trabalhador de saúde deve ser um “agente do trabalho” e não qualquer recurso humano, um profissional ou força de trabalho. O entendimento que se faz é que o agente do trabalho coloca-se

como elemento constituinte do processo de trabalho, colocando em evidência as relações do agente com os demais elementos deste processo [...] permite a apreensão da dimensão transformadora do trabalhador em sua condição de sujeito histórico, que, no trabalho e por meio do trabalho e por meio da ação, faz a finalidade social de sua intervenção realizar-se (PEDUZZI, PALMA, 1996, p.237).

Essa configuração e posicionamento do trabalhador como “agente do trabalho” não é facilmente assumida. Requer um envolvimento de toda a equipe, enquanto um grupo, em contraposição ao que já foi exposto do modelo taylorista, fincado na individualidade.

Martins (2003) explicita as condições do processo grupal, baseada em Martin-Baró, tornando evidente o quanto um trabalho de uma equipe de saúde, se configura num grupo, permeado por características favoráveis ou não ao processo de trabalho, dependendo de como se desenvolveu sua identidade, suas relações de poder e o caráter de sua atividade (para que

ele existe, qual a sua produção). Para o entendimento desses parâmetros é necessário que se tenha claro o processo histórico do grupo,

de o próprio grupo ser uma experiência histórica, que se constrói num determinado espaço e tempo, fruto das relações que vão ocorrendo no cotidiano e, ao mesmo tempo, que traz para a experiência presente vários aspectos gerais da sociedade, expressas nas contradições que emergem no grupo (MARTINS, 2003, p. 203).

Essa concepção do processo grupal indica caminhos para se compreender o trabalho de equipe em saúde, dentro da lógica capitalista. As repercussões das determinações histórico-estruturais do contexto neoliberal e do modelo biomédico no trabalho em saúde se impõem como limitações, inviabilizando algumas tentativas de superação. O entendimento de que há um processo grupal a ser considerado, evita que recaia sobre o trabalhador a responsabilidade de sucesso ou fracasso em seu desempenho inovador (MARTINS, 2003; RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Diante de tais esclarecimentos, segue-se a apresentação de propostas de mudanças, bem como da viabilização delas no PSF.

Merhy (2002b) traz uma contribuição, explicitando possibilidades de ganho de autonomia e de mudanças na organização do trabalho. Toma como referência a micropolítica do trabalho vivo em saúde.

Inicia com questões sobre o trabalho, como: quem faz, como faz, qual a rotina, qual a sua especificidade, para que é feito, por que e a quem se destina, utilizando como ferramenta o fluxograma. Assim consegue entender o modelo de atenção em saúde a partir de como o usuário entrou e como saiu, de como suas necessidades foram ou não satisfeitas. Conceitos como espaço intercessor e autogestão do trabalhador são levantados para avaliar essa atenção.

Para entender o espaço intercessor, remete-se ao que foi exposto sobre a produção de trabalho na ótica capitalista analisada por Marx (1867/1975), especificamente quanto ao trabalho vivo (criado pelo trabalhador em ato) que é a marca da atuação do trabalhador no processo de produção do trabalho, em detrimento do trabalho morto (instituído, dado). O trabalhador em seu ato vivo utiliza ferramentas de natureza material ou intelectual, representadas em saúde respectivamente pelos exames, medicações ou pelo saber técnico de cada trabalhador em sua área. A terminologia específica do autor denomina a primeira de tecnologia dura e a segunda de tecnologia semidura.

No espaço intercessor o trabalhador de saúde atua, negociando o suprimento de necessidades do usuário, mas também das suas, que nem sempre conduzem para o mesmo lugar. E é o fato de estar produzindo ações de saúde em relação ao outro que está na sua frente, num espaço intercessor, é que seu trabalho é marcado por algo que difere do trabalhador em geral. Isso porque o trabalhador em geral tem o consumidor do seu trabalho distante, geralmente mediado pela lógica capitalista do mercado. Embora essa lógica também perpassse o trabalho em saúde, há uma diferença que é o fato do consumidor-usuário estar ali, à sua frente, possibilitando alterações na organização do seu trabalho de forma imediata e negociada segundo acordos feitos institucionalmente e com o usuário. Segundo Campos (2002), esse encontro trabalhador-usuário é uma possibilidade de reaproximação dos trabalhadores do resultado do seu trabalho.

Nesse sentido o trabalhador em saúde é mais próximo de um artesão do que o trabalhador de uma fábrica de produção automobilística, por exemplo. Nas palavras de Merhy (2002b, p.90) “na saúde, ela (a intercessão) se dá de modo imediato, tudo ao mesmo tempo”. Essa proximidade desencadeia alguns pontos favoráveis a mudanças na organização do trabalho, expressas a seguir.

Pelo trabalhador em saúde estar no interior de sua prática “constantemente diante da constituição de um espaço intercessor trabalhador-usuário” (MERHY, 2002b, p.95), num jogo de negociações de necessidades dele e do usuário, tem a possibilidade de ter seu trabalho menos capturado pelo trabalho morto, pelo instituído e dado. Apesar de ainda sofrer com uma parcial captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, tem brechas para, segundo o autor, “publicizar” suas ações (p.99). Assim é que consegue resgatar um autogoverno, conseqüentemente poder de decisão e autonomia frente ao que está fazendo.

Por conseguinte, em saúde, de forma mais contundente que em outros setores do trabalho, há de se considerar que cotidianamente está se lidando com “cabeças” e interesses, que se problematizados poderão gerar transformações no instituído e cristalizado na organização do trabalho, tendo o trabalhador um lugar vital nessa transformação, que o autor chama de micropolítica do trabalho vivo em saúde.

Merhy (2002b) propõe que esse trabalho vivo constitua-se em práticas criadoras que se efetivem no espaço intercessor, constituindo-se em ações como acolhimento, vínculo e resolutividade, denominando-as de tecnologias leves, que devem estar cada vez mais se expandindo em detrimento da grande e média expansão já efetivada, respectivamente das tecnologias duras e semiduras.

Para Dejours (1996) isso se traduz em abertura de espaços de criatividade. Afirma que “a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexidades e opiniões são públicas” (p.170).

Por outro lado, mudanças e implementação de novos modelos de produção de saúde também são causadores de ansiedade frente à necessidade de reestruturação e dos riscos associados a ela. Tanto a coordenação da equipe quanto seus membros, encontram

dificuldades nesses empreendimentos reinventivos, inovadores e criativos (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004; BRANT, GOMEZ, 2005).

Mesmo assim, tanto Ribeiro, Pires & Blank (2004), quanto Merhy (2002b) e Dejours (1996), insistem nas mudanças baseadas respectivamente no estreitamento do vínculo, no espaço intercessor e na abertura de espaços públicos de discussão. São possibilidades de alcance de metas do SUS, como a universalidade, integralidade, participação popular e profissional e qualificação técnica científica. Isso tudo, por sua vez, conduziria à satisfação pessoal do trabalhador no seu local de trabalho, diminuindo seu desgaste.

Em síntese, através do retrospecto histórico da organização do trabalho e de sua progressiva divisão de tarefa, foi possível compreender o quanto a saúde, também afetada pela lógica capitalista, está numa situação nem totalmente favorável, nem totalmente desfavorável, possibilitando ao trabalhador abrir brechas na sua conjuntura. Conserva características de uma produção artesanal, abrindo um caminho, embora penoso, para a criatividade. Ações inovadoras assumidas por aqueles que vislumbram mudanças no quadro das organizações do trabalho, podem colaborar no bem-estar tanto do trabalhador quanto do usuário.

IV

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O conteúdo das entrevistas e observação participante será apresentado incluindo: caracterização geral da população que participou da pesquisa e do trabalho desenvolvido por cada trabalhador na Unidade Saúde da Família (USF), as condições apresentadas neste setor para o trabalho ser realizado e os determinantes do sofrimento psíquico envolvidos na relação com a organização do trabalho.

Caracterização específica das categorias de trabalhadores da equipe, segundo a percepção dos participantes da pesquisa³

Agentes Comunitários de Saúde: Sensibilidade no trabalho, confusão com papel de usuário nos grupos, aumento da demanda de trabalho junto à população, desvalorização, alta rotatividade, pressão contínua de corte, perda da liberdade de expressão, medo de ser mandado embora, dificuldade de acesso aos outros profissionais, proximidade da população nas visitas domiciliares acarretando falta de privacidade.

Enfermeiro: Mistura da vida pessoal e trabalho, dificuldade de tomar distância do usuário por se envolver muito no relato, passividade nas ações de saúde na relação enfermeira-usuário, dependência da equipe em relação à atuação do profissional na coordenação, dificuldades no papel administrativo.

Médico: Sempre em atendimento, pouco tempo para outras atividades (grupos, visitas domiciliares), valorização extrema de capacidade de solução dos casos mais difíceis, sofrimento maior que os outros trabalhadores por falta de recursos.

Auxiliar de Enfermagem: excesso de burocracia na rotina diária de atendimento, confusão com papel de usuário nos grupos, papel nas visitas domiciliares é mais amplo (biopsicossocial) que no atendimento na unidade. Escuta aprofundada na unidade é papel da Enfermeira. Na unidade o usuário não fala, não se abre. Atendimento é de porta aberta.

Residentes: Oportunidade de crescer profissionalmente, nem sempre é o que ocorre.

Auxiliar Administrativo: Impotência frente à explicitação da queixa do usuário.

Os conteúdos das observações e entrevistas foram organizados em três temáticas gerais em que constam ou se articulam sofrimento psíquico e organização do trabalho: a)

³ A caracterização apresentada sintetiza as falas dos trabalhadores que não foram inseridas neste momento, para não identificá-los, mas os aspectos mencionados serão retomados no decorrer da análise dos dados.

implicações de ordem pessoal, b) o cotidiano de trabalho de atenção e, c) a infra-estrutura institucional (ou a ausência dela). Embora estejam ligados a uma totalidade de significado, foram desmembrados a fim de facilitar a compreensão dos fatos e relatos. Na verdade cada temática guarda em si a representação do todo, sofrendo seus reflexos e, ao mesmo tempo, interferindo nele. Exatamente como já foi explicitado anteriormente, trata-se de uma análise de processos e não de objetos, reconstruindo-se o percurso a cada etapa.

As falas dos trabalhadores estão como na transcrição literal das entrevistas, preservando possíveis erros de linguagem e construção de frases.

I – IMPLICAÇÕES DE ORDEM PESSOAL

- **Impacto inicial como trabalhador na Unidade de Saúde da Família (USF)**

Os problemas iniciais como trabalhador na USF são relatados: as dificuldades e o impacto de trabalhar com saúde, principalmente com saúde da família, que implica em um contato maior com a população. Uma das entrevistadas pôde identificar muito claramente esse aspecto, pois a trabalhadora estava somente há quinze dias no trabalho.

“Essa pessoa pedia pra morrer, né na primeira visita, na primeira abordagem. Agora com as outras visitas ele tá melhor [...] Isso é emotivo. Isso é bem emotivo... [voz embargada]. Isso mexe com a emoção.” (Entrevista 11)

Essa entrevistada apresenta claramente o sofrimento nas primeiras experiências com a população. A fala é emocionada, com indícios de um choro contido, que depois se rompe. Logo a seguir, refere-se a uma tentativa de troca com uma colega de trabalho, sobre essas experiências. A expectativa de ser acolhida é frustrada, caracterizada pela trabalhadora iniciante como uma relação “profissional”, desencadeando mais sofrimento.

“... E eu sou nova nisso. E eu tou perguntando ali, a pessoa me respondeu já, mas pra mim o fato dela ‘é assim...’, responder profissionalmente, parece que vai mexer comigo, vai me deixar emotiva, vai me deixar chorona, frágil...” (Entrevista 11)

Questionada sobre que jeito queria a resposta da colega, diz:

É. Talvez... Oh, vamos supor se a pessoa estiver ocupada, ela não responder assim: ‘É... Ah, to ocupada, você espera só um minutinho que eu te dou mais atenção’”. (Entrevista 11)

Por sua vez, uma trabalhadora experiente relata como é a relação com as iniciantes.

Então, quando chega uma agente nova como a K. [trabalhadora] e outras, somos nós que tem que passar tudo, cadastro, visita às famílias, as primeiras semanas.[...] . Agora nem tanto o desgaste. Mas eu já passei por um período muito difícil, de dormir e acordar com os pacientes na cabeça, com os casos, e até aqui dentro da equipe a gente se entrosar direitinho. Sofri bastante. Agora tou melhor. O tempo já passou. A gente até fala pras novas. Que acostumem com a idéia, que no começo se passa mal, entra em depressão, pressão alta, que é... pra nós já foi normal, todas nós já passamos por isso.”

(Entrevista 12)

A fala da trabalhadora mais experiente é de que com o tempo o impacto inicial é minimizado não por diminuição do sofrimento, mas por se acostumar com ele. E é isso que se recomenda para as iniciantes, que por sua vez esperam receber atenção, serem acolhidas, ao invés de ouvir que tem mesmo é de se acostumar com o sofrimento.

Outra situação de desgaste inicial é relatada por outra trabalhadora:

“Em alguns momentos ele [pessoa da família] chegou a questionar se realmente eu tava feliz fazendo esse trabalho aqui. Que teve épocas muito críticas de cobranças da Secretaria [Secretaria da Saúde], cobranças da população, da equipe [...] um tempo atrás. Ah, logo depois da inauguração, no começo do posto.” (Entrevista 6)

Neste caso, as cobranças vindas de diversos lados desencadeavam desgaste, levando a família da trabalhadora a indagá-la quanto à satisfação com o trabalho. Isso deixa claro que o desgaste extrapolou o ambiente de trabalho, com mudanças perceptíveis no cotidiano de vida pessoal da trabalhadora.

A respeito desse impacto inicial, alguns estudos já apontaram o quanto a prática em PSF tem sido desestabilizadora para alguns trabalhadores. Lancetti (2000) descreve o “Projeto Qualis/PSF” desenvolvido no município de São Paulo, ressaltando a necessidade de estar atento ao perfil do trabalhador, considerando que estará exposto à experiência de natureza psicossocial, freqüentemente acompanhada de conteúdos desestabilizadores e angustiantes. Relata que alguns profissionais não suportam o trabalho, apesar das capacitações, principalmente por não estarem preparados para trabalharem em “ambiente não protegido”, desde que o PSF é uma proposta desinstitucionalizadora (p.39).

- **Dia de explosão**

Passadas as primeiras experiências, vários trabalhadores relataram ter vivenciado no decorrer do tempo, um dia de explosão pelo impacto do trabalho. Mencionaram um dia específico de sofrimento maior, culminando em crises de choro, preocupação excessiva e outras expressões de descontrole emocional.

“Teve uma criança que fiz pré-natal da mãe, fiz puericultura, a criança teve uma má formação crânio encefálica que rompeu e teve

aneurisma. Foi véspera de feriado. Fiquei super mal, chorei o dia todo, a noite inteira. E no feriado eu ligava no celular da mãe para ver como que estava essa criança.” (Entrevista 6)

“Eu fiz uma troca de medicação. Daí eu dei clorodiazina e não captopril. E eu tava colhendo sangue. Tava na sala de coleta de sangue. Já pra mim já é um desgaste. Primeiro que tem horário pra entregar, segundo que você está lidando com veias. Ou você pega ou você não pega. É um trabalho que exige. E eu tava no meio da coleta a Q. (outra trabalhadora.) me chamou e me deu essa notícia de uma forma... Ela me deu a notícia da melhor forma possível. Não foi grossa, nem repreendeu. Mas o senso de responsabilidade da gente é muito grande. Eu me repreendi. Não precisou dela me repreender. Eu mesma me repreendi. Isso me fez muito mal. Fiquei uns par de dias mal. Entrei em crise nervosa.” (Entrevista 13)

Nota-se nesse último relato que a repreensão dos próprios erros em nome de uma responsabilidade pelo trabalho é maior do que qualquer represália vinda do outro. O que é reconhecido como responsabilidade, parece ser um autocontrole, construído artificialmente pelas pressões da correria e dos horários rígidos a serem cumpridos, mesmo em atividades delicadas como a coleta de sangue do usuário. Segundo Dejours (1992), a ansiedade e o medo de ser punido desencadeiam como mecanismo de defesa esse autocontrole ou punição exacerbada dos próprios erros. Como a trabalhadora é surpreendida num erro que não tinha por si mesma identificado, entra num processo de crise nervosa.

A correria no trabalho e o dia de explosão remetem o quanto os mecanismos de defesa utilizados exaustivamente, segundo Dejours (1992), acabam enlouquecendo o

trabalhador. Em seus estudos o autor relata o seguinte: “Agitada, uma operária começa de repente a tremer e a gritar. [...] Segue-se em cadeia, então, uma série de descompensações” (DEJOURS, 1992, p.120). A produção desenfreada e a compartimentalização do trabalho atinge o trabalhador de saúde, que não vê outra alternativa, senão a correria, sucumbindo-se no uso dos mecanismos de defesa.

Seligmann-Silva (1993) também relata uma situação de um trabalhador, mecânico de manutenção, exercendo a função de contramestre. O trabalhador relata que num dia, foi solicitado para trabalhar à noite, permanecendo 47 horas em fossas, comandando uma equipe. Sob pressão de terminar logo o trabalho, assumindo erros de outros, ainda recebeu a orientação de que “quanto mais depressa os homens trabalhassem, melhor pra dar essa produção. E que o mau cheiro fazia eles trabalharem rápido, querendo terminar logo...” (SELIGMANN-SILVA, 1993, p.623). O trabalhador afirma que foi ficando nervoso, até que “estourou”, quase se machucando com as próprias ferramentas do seu trabalho, batendo-se, caindo de um lugar alto.

- **A correria do dia-a-dia e o adoecimento**

Além de um dia de explosão, as conseqüências da correria, da sobrecarga e excesso de atividades no trabalho traziam implicações de ordem pessoal, de outras formas, como: nervoso, ansiedade, culpa, problemas físicos, estagnação.

“Talvez assim, pelo próprio [trabalho] ...e sobre aquilo que eu estava falando pra você, que às vezes a gente tá mais nervoso e pode ser pela quantidade de atividades que tem que exercer no dia.” (Entrevista 2)

Outras trabalhadoras relatam que a sobrecarga de trabalho afetou sua saúde, explicando o surgimento de hipertensão ou dores a partir do nervoso que passam em função dessa condição.

“ Eu tenho ficado assim, ansiosa. Nervosa até, por conta de muito trabalho. Porque é muita coisa pra mim fazer e como eu não to dando conta... Então eu fico muito nervosa. Tem dia que eu até choro. [...] Tem um tempo pra cá, tem acontecido mais. [...] Para falar bem a verdade, eu fiquei mais assim de abril do ano passado pra cá. Porque eu não tinha pressão alta, nem nada. Passei a sofrer de hipertensão, né . Tive problema sério. Fui parar na Unesp. Então de lá pra cá... Eu queria ver tudo limpo e não conseguia. Aí, acho que por conta disso eu fiquei muito nervosa e comecei a sofrer de pressão alta.” (Entrevista 3)

A trabalhadora relata a seguir uma situação de anamnese com o usuário, como se sente quando não “puxa” alguns assuntos:

“Aí eu fiquei com isso, eu fico culpada quando eu não puxo. Sabe, eu fico com a sensação que eu não fiz o que eu podia [...] Com dores, tive uma crise de coluna cervical, há dois meses atrás. [...] Agora tou fazendo tratamento. [...] Eu fico assim mordendo, [mostra a boca, mandíbula]. Tenho que fazer o tratamento , só que é caríssimo.” (Entrevista 8)

As trabalhadoras não apresentavam os problemas antes de iniciar o trabalho na USF. O agravamento do problema é relacionado ao excesso de trabalho, a forma como ele se organiza ou a impotência em dar conta dele, gerando culpa. O agravante é que, segundo elas, não tem sido possível se tratarem, pelo alto custo do tratamento. Segundo Brant e Gomez (2005, p.939) existe um processo de transformação do sofrimento em adoecimento no processo de trabalho, que persiste porque apesar da experiência ser dolorosa, é também fonte de

subsistência e de momentos fugazes de encontro e prazer, não sendo possível, abandonar o trabalho.

- **Conexões com a casa ou vida pessoal**

As características do trabalho na USF, a proximidade com a população, o vínculo desenvolvido no contato contínuo, as situações vivenciadas no trabalho invadem outras esferas da vida desses trabalhadores. Assim, não conseguem se desligar dos casos atendidos durante o dia, quando vão para suas casas ou realizam trabalho extra-horário:

“Você não se desliga totalmente. A partir do momento que você está na unidade da família, você não se desliga dos pacientes. Já aconteceu de acordar durante a noite e lembrar do paciente.”

(Entrevista 11)

“Às vezes eu chorava, pensava, como será que está lá agora, sentia culpa. Já teve caso de já ser cinco horas (horário de saída da unidade) e a pessoa pedir pra ficar mais um pouco e eu fiquei até às cinco e meia. Você volta amanhã aqui? (diz a usuária). E no sábado ter que voltar.” (Entrevista 1)

Outra trabalhadora também assume que não consegue separar sua vida do que faz no trabalho, até nos sonhos:

“Então eu não consigo meio que fazer a dissociação do meu dia-a-dia depois daqui. Por várias vezes eu sonho com os casos e chego a ficar com aperto no coração.” (Entrevista 6)

Segundo Glina et al. (2001) esse não-desligamento do trabalho e o sonhar com o trabalho é uma contaminação involuntária do tempo de lazer ou de descanso, afetando

desfavoravelmente a saúde do trabalhador, como já se observou acima, no desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas.

Além disso, o trabalho aparece como válvula de escape para problemas vinculados à saúde mental da própria trabalhadora, que, segundo ela, se agrava, se não trabalhar e ficar em casa.

“Porque, se eu ficar em casa eu vou ficar pior. Eu já tive depressão. Daí eu sei que vai voltar tudo de novo. Eu não quero mais isso. Então, eu prefiro trabalhar.” (Entrevista 3)

A trabalhadora acrescenta ainda o desgaste da dupla jornada de trabalho. Por um lado, o desgaste do trabalho na USF e, por outro, cansada após um dia inteiro de trabalho nessas condições, ter de cuidar da casa, do filho, etc.

“Ah, sobre todo esse trabalho. Todo esse desgaste. Eu fico mais nervosa, porque quando eu chego em casa e não consigo fazer em casa. Tem serviço pra fazer, tem filho. Cansada, não tenho vontade de fazer nada. Porque eu saio cansada daqui.” (Entrevista 3)

Outra questão relevante é o fato de muitos trabalhadores da unidade morarem no mesmo território de abrangência da USF. Pelo menos todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão nesta condição, já que morar na área da USF é critério de seleção (BRASIL, 2002, 2006). Segundo alguns trabalhadores, essa condição gera falta de privacidade e constrangimento nos atendimentos deles e das suas famílias na mesma unidade que trabalham.

“Quando você está, não em depressão, assim, em sofrimento. Não to dormindo a noite. Queria falar com outra pessoa que esteja fora, não da própria unidade, que tá ali com o mesmo sentimento, com mesmo problema.” (Entrevista 9)

Essa questão é importante porque remete à contradição de morar no mesmo bairro, sendo ao mesmo tempo usuário e trabalhador da mesma Unidade do PSF. O problema reaparecerá na temática sobre o vínculo.

Ainda, em conexão com a vida pessoal, diversas categorias de trabalhadores referem-se ao desgaste acumulado por causa de outro trabalho e/ou atividade acadêmica (graduação, especialização, mestrado), com cobranças no trabalho.

“É péssimo, porque eu me sinto muito cobrada, na segunda terça e quarta. Sobrecarregada, porque tem que dar conta de tudo. [Cobrada] por mim mesma. E pelas pessoas... (Entrevista 6)

Novamente, a cobrança é exercida pelo trabalhador com ele mesmo, sobrepondo-se a do outro. É uma dupla cobrança que se impõe, tornando o trabalho algo ruim, “péssimo”.

- **Tristeza por ter o que a população não tem**

Um dos pontos abordados pelos trabalhadores é não conseguir lidar com a tristeza por ter o que a população não tem. Uma trabalhadora fala da tristeza vivenciada:

“Eu fico triste, porque ela tem filhos, eu me coloco no lugar dela, se eu não tivesse que dar de comer pro filho... É uma situação muito complicada.” (Entrevista 9)

Outra trabalhadora se expressa com emoção e choro sobre sua experiência:

“É, o mínimo que a pessoa tem que ter, é o alimento. Você vai na casa e vê toda uma situação complicada de miséria. [Choro e pausa] Então é isso, isso me causa muita tristeza. [fala mais baixo] É, eu não queria estar na pele dela . Se você não tem alimento em casa... Eu tenho filho, eu não gostaria de chegar em casa e não ter o que dar pro meu

filho comer. Eu imagino que seja uma situação muito triste.” (Entrevista 8)

Em geral, as pessoas com problemas de alcoolismo, agravados por problemas sociais, com crianças envolvidas, desencadeiam mais sofrimento. Assim se expressa a trabalhadora:

“Eu acho que o alcoolismo é mais difícil [...] Porque todas as casas que têm o alcoólatra existe tudo isso dentro da casa: violência, incompreensão, existe a falta de dinheiro, desemprego, existe um adolescente perdido, uma criança revoltada, né.” (Entrevista 1)

Chama a atenção a impotência da ACS, quando afirma que o problema está totalmente fora do alcance dela resolver.

“Quando eu vejo pessoas assim eu, pelo meu trabalho eu só ouço. Então eu vou pra ouvir. Eu não posso ta falando nada.” (Entrevista 1)

Segundo documento oficial sobre as atribuições do ACS na ESF ela poderia atuar como educadora de saúde (BRASIL. 2002, 2006). Se ela estivesse mais preparada, levaria estratégias para usuária lidar com alcoolismo. O problema é como se concebe o papel do ACS no município ou nesta unidade, limitado a ser representante da comunidade, sem atuações específicas.

- **Identificação com os problemas da população**

A identificação com o sofrimento da população também gera sofrimento, por já terem vivenciado algo semelhante. Absorvem os problemas do usuário para si. Isso é atribuído ao vínculo forte, principalmente em casos de alcoolismo ou envolvendo crianças. Três entrevistadas remetem a isso:

“Então, eu sou uma pessoa que fico muito preocupada, porque eu já passei por isso, né. Eu tive um marido alcoólatra. Consegui separar,

mas ele é dependente em algumas coisas de mim. [...] Eu sei que é muito difícil conviver com alcoólatra. É muito difícil sair dessa situação.” (Entrevista 1)

“Porque meu pai era a mesma coisa. Falava, falava com meu pai e era a mesma coisa. Ficava triste. Ficava irritada com ele. Brigava com ele. Daí, passei a ver que não adiantava. Com meu pai eu tentava dar muito amor e carinho pra ver se ... E isso ajudava um pouco [...] Principalmente quando é um senhor, quando ta muito ...” (Entrevista 10)

“Já teve muitas coisas, Eu sempre me coloco no lugar do outro. Não sei por que eu tenho essa mania? Sempre que tem uma questão de sofrimento eu soffro junto. Não sei separar [...] É o fato de estar todos os dias no mesmo lugar, com as mesmas pessoas, e ter esse vínculo ... Eles acabam trazendo tudo pra gente. Não igual aqui na unidade, ta certo que tem todo um tempo pra eles falarem. Mas vem por uma doença, alguma coisa que estejam sentido. Com a gente, na visita, eles desabafam, eles falam tudo.” (Entrevista 9)

Nogueira-Martins (2003) discute a dificuldade de preservação da saúde mental do trabalhador de saúde, levando em consideração que a absorção da dor e o sofrimento do outro se intensifica através da intimidade que se estabelece no vínculo do profissional com o usuário. Em PSF o vínculo é um dos pressupostos básicos, vulnerabilizando um pouco mais

o trabalhador. A empatia detona um sofrimento porque não há limites, o trabalhador mistura-se com o outro. Uma das trabalhadoras prossegue, falando dessa mistura:

“Não sei como explicar. Sei que sempre como uma troca, que nem ele fosse meu filho” (Entrevista 10)

Essa identificação do trabalhador com o usuário acaba aparecendo nos grupos de atendimento nos quais eles participam. Deveriam estar lá como trabalhadores, mas vez por outra, usufruem o atendimento, tais e quais os usuários. Isso se caracterizou na resposta da trabalhadora, quando lhe é perguntado o que a ajudou melhorar do sofrimento:

“Os grupos. Eu acho que dos dois lados, como participante e como profissional. Seria no geral, em tudo.” (Entrevista 9)

Situação parecida foi observada em uma reunião de equipe:

“...auxiliar de enfermagem trás uma letra de música (Anexo 3), sobre papéis entrelaçados de família. Outra trabalhadora diz que isso também ocorre com ela, confusão do seu papel junto às famílias quando as atende. Às vezes acha que é mãe.” (Diário de Campo)

Parece que o vínculo é propiciado por uma intensa identificação de alguns trabalhadores com a população, em especial os ACS. Algo que é preconizado como princípio do programa está sendo alicerçado numa experiência de sofrimento. Dejours (1992) reflete sobre isso quando identifica que o sofrimento é útil para os modos de produção capitalista. O autor chega a isso, estudando o trabalho de telefonistas. Frente às exigências de ser cordial, proibição de se irritar, proibição de desligar, proibição de ser agressiva, a telefonista encontra como melhor saída para seu desespero, a redução do tempo da conversa com o interlocutor, fazendo-a trabalhar mais depressa. É exatamente o que se espera para otimização de seus rendimentos. Assim, sem nenhuma reserva, potencializa-se a produção, valendo-se do próprio

sofrimento do trabalhador. Sobre isso Dejours (1992, p.103) afirma que “o sofrimento psíquico, longe de ser um epifenômeno, é o próprio instrumento para obtenção do trabalho”. De certa forma, isso se aplica ao vínculo entre o trabalhador e o usuário, que embora necessário se configura numa situação de desgaste. Isso é mais exacerbado no trabalho dos ACS, que está assentado numa exigência dele morar na mesma região que se localiza a unidade de trabalho.

- **Formas para amenizar o sofrimento**

Os trabalhadores apontaram diversas possibilidades para amenizar o sofrimento do dia-a-dia. Algumas estão sendo realizadas e outras apenas mencionadas como propostas. As possibilidades mencionadas incluem saídas individuais ou coletivas.

Uma das saídas individuais é relaxar e minimizar o desgaste com rezas. Questionada sobre o que faz com o peso do trabalho, a trabalhadora responde:

“É. E eu tenho muita fé, [ir] a igreja e rezar bastante e colocar Deus na frente. Comigo funciona assim.” (Entrevista 10)

Para outros trabalhadores as saídas foram: guardar o problema, ficar quieto, chorar:

“Mas é muito difícil eu desabafar. É uma vez ou outra. Eu guardo pra mim. De falar que eu tou cansada. Porque às vezes você fala, fala e não adianta. Tem pessoas que você fala e não adianta.” (Entrevista 8)

“...quando eu to quieto é porque tem alguma coisa me incomodando.” (Entrevista 2)

“Porque eu dormia pouco, vinha aqui trabalhava muito, tinha que estudar. E aí ficava muito cansada. Todo mundo aqui já teve um dia que chorou por conta disso.” (Entrevista 4)

Essas são as formas de lidar com o sofrimento que não se traduzem em nenhuma mudança, nem para a própria pessoa, nem na organização do trabalho. Na verdade, é mais a própria expressão do sofrimento do que uma forma de lidar com ele.

Por outro lado, alguns trabalhadores apresentam formas ativas de lidar com o sofrimento, como a conversa com colegas fora do trabalho:

“Às vezes converso com a Q. [colega de trabalho] fora do trabalho. Com outras amigas [da mesma profissão], professores da faculdade, Quando a situação ta me pegando demais é bastante, converso com várias pessoas o mesmo assunto.” (Entrevista 6)

Essa atitude é favorável, possibilitando um alívio do sofrimento e esclarecimento de questões confusas que estejam causando sofrimento. O problema é que muitas vezes essa procura pelo profissional de fora da unidade é porque não há nenhum dentro da unidade que se tenha confiança para isso. Na temática sobre equipe de trabalhadores isso será retomado.

Outra forma de lidar com o sofrimento foi conversas com familiares:

“Ah, com minha mãe é tranquilo porque é minha mãe, né. Quando eu tou assim eu converso mais com ela. Porque é quem eu tenho mais contato, né. Ta comigo toda a hora [...], porque quando eu tou chateada tem a minha mãe pra conversar. É uma válvula de escape.”
(Entrevista 4)

Esmiuçando essa fala, a trabalhadora justifica que recorre à mãe porque tem uma dificuldade pessoal de se sentir amada. Com a mãe essa dificuldade é menor. Ao mesmo tempo, tem de gostar sempre dos outros.

“É difícil, porque ninguém é obrigado a gostar de ninguém. E a gente ...é que eu tenho isso: Eu acho que eu tenho que gostar de todo o mundo. Só que necessariamente nem todo mundo tem que gostar de mim”. (Entrevista 4)

Essa característica pessoal poderia ser compreendida segundo um estudo da estrutura da personalidade da trabalhadora. Mas não é essa a questão aqui. O que importa é que essa característica da trabalhadora acaba por colaborar para uma docilidade nas relações de trabalho, impondo-se a necessidade de gostar de todos, impedindo-a de se expressar em situações de discordância dos colegas. Quanto às imposições da lógica de produção capitalista de quanto mais produzir, melhor, quanto mais usuários atender melhor, a característica da trabalhadora a torna uma presa fácil do sistema, desde que sempre fará tudo para ser amada, mesmo que contrariada.

Fazer terapia, arteterapia, dançar também foram saídas encontradas, expressas a seguir:

“Acho que teria que ter um espaço [no próprio horário e espaço de trabalho] pra não sobrecarregar tanto. Porque é uma sobrecarga hoje, outra amanhã, outra depois. Acho que sobrecarrega.”
(Entrevista 9)

O contexto no qual essa fala se colocou na entrevista esclarece que o espaço mencionado é o de psicoterapia, com benefícios e limitações que serão logo a seguir explicitados.

“É. Antes eu tava fazendo terapia, mas agora eu dei um tempo na terapia. Também, falava pra terapeuta. É uma coisa que está me fazendo falta, mas financeiramente tava gastando pra caramba.”
(Entrevista 6)

“Tem algumas atividades que eu tenho feito pra tentar me recompor. Tou com uma atividade de arteterapia, nas segundas-feira depois que eu saio daqui [...] Tou fazendo uma aula de dança também, mas tem dias que não dá por causa das reuniões daqui a noite.” (Entrevista 7)

Essas formas individuais aliviam o sofrimento, mas a partir de um movimento de mudança do trabalhador, em detrimento de mudanças organizacionais. Em geral, as saídas individuais não resolvem o problema de forma definitiva, requerendo ações em coletividade para alterar a organização do trabalho, de forma que se estabeleçam melhorias definitivas aos trabalhadores.

Neste sentido, alguns trabalhadores remetem às saídas coletivas, sugerindo a formação de grupos na unidade, como espaço no próprio trabalho para lidar com o sofrimento.

“...que tivesse uma proposta de uma vez por mês tivesse uma reunião mais de cuidado das relações. Isso como um trabalho contínuo, periódico. Não porque surgiu o conflito [...] senão a gente fica assim, de repente jogando os outros : ‘você é culpado.’ Não tem ninguém culpado.” (Entrevista 7)

Esta saída é a que mais se aproxima de uma transformação da realidade porque remete ao cuidado das relações que se dão no cotidiano. Aparecerá novamente quando o trabalho em equipe for abordado.

Outra saída coletiva, brincar no trabalho, foi expressa assim:

“Estou sempre mexendo com um e com outro. Tou sempre brincando. Pra descontrair o stress. [...] Eu acho. Se a gente não brincar. Se não tiver um momento de risada, o ambiente fica muito ‘bronco’” (Entrevista 2)

À luz dos estudos de Seligmann-Silva (1994) e Dejours (1992), entende-se que essas formas de lidar com o sofrimento de forma individual ou coletiva estão, em geral, a serviço dos mecanismos de defesa. A brincadeira no trabalho é um exemplo disso. Assim os trabalhadores se afastam da realidade e, conseqüentemente, de possibilidades reais de mudança. Quando brincam, acabam escamoteando o sofrimento, mas não se havendo com ele. Os autores acima ressaltam que este é um processo inconsciente, e por isso mesmo mais perigoso e propício para a alienação.

O acolhimento de outro trabalhador nos momentos difíceis apareceu várias vezes:

“Daí, cheguei aqui na segunda-feira, não sei bem, só sei que foi um final de semana prolongado. Só sei que eu vi a bagunça e comecei a chorar. Nossa! Aí a Z. veio e: ‘Calma bem, não fica assim, vai todo mundo te ajudar, não sei que... não sei que..., não sei que...’ Aí chorei, chorei, chorei. O povo foi lá. O W. conversou comigo: ‘Fica calma, não fica nervosa, não sei o que, está acontecendo alguma coisa?’ Eu falei: ‘Não, eu fiquei a semana inteira mesmo, pensando na bagunça que ficou aqui.’” (Entrevista 3)

A atitude acolhedora da equipe é uma atitude de solidariedade coletiva saudável, mas em geral se restringe àquele momento, não sendo eficaz para uma reflexão sobre como evitar outras situações com outros trabalhadores.

O curso “cuidando do cuidador” também foi uma saída coletiva proposta.

“Ta legal assim, poder falar pra você. Vamos ver se a gente consegue. O cuidado com o cuidador... às vezes até entender alguma coisa. A gente espera que tenha um apoio pra poder trabalhar isso. É, no orçamento participativo que teve a gente passou isso, um dos

pedidos foi o cuidado com o cuidador. Para que a gente tenha cuidados também. Porque a gente precisa.” (Entrevista 1)

Numa reunião sobre processo de trabalho também aparece a discussão acerca da necessidade que a equipe tem de ser cuidada:

“Sobre o tema de discussão expressão de emoções, trocar idéias, há uma fala cheia de entusiasmo: ‘Ah, é sobre o cuidado com o cuidador!’. Recordam-se que isso já foi tentado pela própria equipe, com a coordenação dos próprios trabalhadores, mas não deu certo porque todos precisam ‘ser cuidados’. Levanta-se a proposta de ter-se alguém de fora para fazer isso. Uma trabalhadora fala rapidamente sobre um curso ‘cuidando do cuidador’.” (Diário de Campo)

Essa busca de cuidado com o cuidador é satisfatória porque é algo que se faz com todos da equipe. Lançar mão do orçamento participativo é um sinal de articulação política dos trabalhadores, passo importante na desconstrução da alienação.

Em síntese, o sofrimento psíquico do trabalhador ocorreu por questões da organização do trabalho desde as primeiras experiências, passando por dias mais complicados, mas presente em todo o tempo. A conexão do trabalho com a casa foi em duas vias. O sofrimento pelo trabalho vivido em casa e os problemas de casa sendo atenuados por estar no trabalho. A falta de privacidade e a identificação com a população foram uma tônica, considerando o grande envolvimento com o trabalho, às vezes como mola propulsora para o aumento da produção do trabalho.

O lidar com o sofrimento de forma passiva e ativa, com saídas individuais ou coletivas, revela respectivamente uma conformidade e uma inconformidade com a realidade. Alguns lutam para modificá-la, apesar das condições adversas.

II – O COTIDIANO DO TRABALHO DE ATENÇÃO

- **Impotência no trabalho**

A impotência no trabalho de atenção ao usuário aparece como causadora de angústia, desgaste e sofrimento. Na maioria das vezes a única estratégia que encontram é ouvir. O vínculo construído fica sem resposta.

“Porque a maioria das coisas é do vínculo que as pessoas têm com a gente... e eles vão passando tudo pra gente. E eles esperam muito mais daquilo que eu poderia estar fazendo. Pessoas que às vezes, a doença deles é psicológica, ou é porque está sem trabalho ou é um alcoolista dentro da casa e as pessoas sofrem muito com isso. E quando a gente chega eles passam tudo isso pra gente, na intenção da gente poder ajudar. E aí eu não conseguia também...” (Entrevista 1)

“Às vezes, quer ajudar, quer mudar e não consegue. Dá um sentimento assim de impotência de não conseguir” (Entrevista 4)

*“É a ética, eu não posso falar pras pessoas o que elas têm que fazer, só se for uma amiga minha me visitando. Mas pelo trabalho, eu ouço. Então eu vou e ouço os relatos todos. Às vezes dou um abraço, às vezes dou um beijo [...] Mas eu nunca falo nada, porque **eu não posso**. [grifo da pesquisadora]”* (Entrevista 1)

Mais uma vez percebe-se a falta de estratégia de intervenção. Assim como no caso das ACS, já explicitado anteriormente, os discursos revelam um medo de falar, de intervir.

Diante da diversidade de situações vivenciadas no atendimento às famílias, uma dificuldade do trabalhador é identificar o foco do problema, não sabendo por onde deve começar sua ação. Isso é desgastante, sobressaindo-se o desgaste emocional sobre o físico:

“Porque os problemas são tantos. Não é só uma queixa de tosse, de febre. O que tem por trás daquela família... Às vezes são cinco pessoas dormindo numa mesma cama. Vivendo com um salário mínimo, pra sustentar três, quatro crianças. E você não sabe nem por onde começa. Eu acho que saúde da família te desgasta muito psicologicamente. Fisicamente também porque a demanda é enorme. Mas psicologicamente eu acho que é mais.” (Entrevista 15)

A impotência também se expressa quando não se sabe o que fazer com a manifestação de emoção forte por parte do usuário, como o choro. Numa reunião sobre processo de trabalho⁴ coordenada pelos pesquisadores, aparece claramente a dificuldade de lidar com o choro do usuário.

“ A seguir descrevo as questões que foram polemizadas: [...] dificuldade de fazer escuta ao usuário com questões delicadas, propensas ao choro. Essas questões são evitadas, antes de se desencadear o choro, por não saber como lidar. A questão é colocada por uma auxiliar de enfermagem. Pergunto se isso acontece com mais gente. Várias pessoas levantam a mão, dizendo que sim, e que nas casas isso é muito difícil. Aponto que é um tema que não se pode deixar de trabalhar.” (Diário de Campo)

⁴ Reuniões sobre o processo de trabalho, coordenadas pelos pesquisadores do projeto temático “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família”, desencadeadas por uma reunião específica de mediação dos conflitos das equipes na USF.

O trabalhador evita que o usuário rompa em choro, muitas vezes desviando-se do assunto delicado, mas fica com a sensação de impotência. Por outro lado, questiona-se até que ponto tem de lidar com essas questões, se isso faz mesmo parte do trabalho dele?

“Eu acho que eu fiquei chocada com isso, não esperava isso. Eu tive que ficar ali do lado dela [da usuária]. Ela passando mal, chorando [...] Todo mundo quer correr pra outro lado. São pessoas que parecem assim, que parece que sufocam a gente. A gente já tem bastante coisa pra resolver aqui na unidade então, o particular do paciente... Até que ponto que a gente tem que ... Outras coisas que eu vejo, a Q. [outra trabalhadora] se envolver psicologicamente com os pacientes ... E eu fico pensando até onde que ela tem que ir com isso? Ela larga algumas coisas da vida dela, aqui pra correr atrás disso. Até onde que ela tem que ir. Não sei se eu estou errada. É esse o meu desgaste. É isso”. (Entrevista 14)

Parece que há uma mistura de não saber lidar com o problema com uma falta de clareza quanto ao seu papel na USF. Não se sabe o que fazer com o usuário que tem uma demanda inespecífica,

algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu estado sócio vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua própria rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até uma situação que reconhece como ‘uma falta’ algo que carece. (SCHRAIBER, MENDES, 1996, p.29).

Segundo Campos (2002), alguns usuários buscam na verdade “atenção”. A busca de atendimento específico é na verdade um pretexto para ter acesso aos serviços. Mas não seria essa uma prerrogativa da USF, considerando a proposta de cuidado integral da população?

Entretanto, frente a diversidade de demanda e diversas dificuldades que aparecem no cotidiano do trabalho de atenção, o trabalhador se vê perdido, impotente, em sofrimento.

À dificuldade de lidar com o choro do usuário, somam-se outros problemas: correria, excesso de trabalho, falta de espaço adequado, que aparecem em reunião sobre processo de trabalho.

“Uma trabalhadora aponta durante a exposição dos grupos, três coisas que ao ser ver estão relacionadas: falta de tempo por causa da demanda excessiva, dificuldade de dar mais tempo para um usuário e ter muitos outros aguardando, dificuldade de lidar com sofrimento, choro do usuário. Outra trabalhadora complementa com falta de privacidade nos atendimentos, às vezes salas com portas abertas, vários procedimentos juntos.” (Diário de Campo)

Diversos autores que analisaram o trabalho em saúde na ótica capitalista corroboram que essas questões estão ligadas a um processo de trabalho mecanizado, parcelado, fincado em procedimentos técnicos e não no cuidado, comprometendo a qualidade nos atendimentos (MERHY, 2002a; CAMPOS, 2002; MATUMOTO et al., 2005; PIRES, 2000; RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Por sua vez, esse comprometimento da qualidade dos atendimentos distancia o trabalhador do usuário. Segundo Campos (2002), o parcelamento e a correria trazem um desconhecimento do resultado do trabalho. Isso esvazia o sentido do trabalho. Mas o que parece é que os trabalhadores não estão nem totalmente esvaziados de sentido, nem totalmente engajados. Ficam no meio do caminho, tentando sobreviver, driblando alguns problemas, mas sem clareza do que exatamente têm que dar conta. Mas como saber do que dar conta, se a cada momento estão com apenas uma parte do atendimento em suas mãos?

Numa mesma equipe, não consegue saber o desfecho dado a um caso que atendeu. Isso fica claro na seguinte fala:

“E que muitas vezes me deixa irritada, me deixa angustiada, porque às vezes eu não consigo dar muita resolutividade. [...] Isso é a rotina do dia-a-dia, te detona. E você acaba que não conseguindo discutir todos os casos, tudo que a gente vê, tudo que a gente ouve. E isso gera uma grande ansiedade. Porque você quer dar uma resposta. Mas você não tem uma rede de comunicação efetiva. Porque é super-pauleira.”

(Entrevista 6)

Esse ritmo desenfreado verificado na expressão “super-pauleira” e a pressão diária por produção têm se tornado um fator desencadeante de sofrimento psíquico, que tem merecido atenção especial no estudo da saúde mental e trabalho, dentro do campo da saúde do trabalhador, pela persistência e intensidade que incide na vida das pessoas. Há uma submissão a essas inadequações, pela falta de opção de trabalho (SATO, BERNARDO, 2005).

Inevitavelmente, diante da correria, a fragmentação/compartimentalização do trabalho compromete uma prática interdisciplinar. A especialização do saber, ao invés de proporcionar a integração, fortalece a fragmentação e alienação. A alienação entendida como o estranhamento do trabalhador em relação ao que produz e em relação a sua essência genérica de ser livre, autônomo. É a separação do trabalhador de sua “obra” (MARX, 1844/2004; CAMPOS, 2002). É impossível que tais questões não tragam um sofrimento psíquico progressivo, que chegam a um ápice de explosão e descontrole já identificados no primeiro agrupamento de subtemas.

- **Pedido de ajuda**

Diante dessa vivência de impotência ligada a essas outras questões acima mencionadas, os trabalhadores sugerem reciclagem e preparo para o trabalho. Isso aparece numa das discussões em equipe.

“Uma auxiliar de enfermagem faz uma proposta de reciclagem dos profissionais da rede, com vivência prática do profissional enquanto usuário, não cursos teóricos. Outro trabalhador conta sua experiência como usuário e a demora para ser atendido. Uma terceira trabalhadora refere-se a treinamentos, e que estes têm que ser com a equipe toda, não apenas com alguns. ‘É uma prática que a Secretaria [Secretaria da Saúde do Município] tem tido’. Uma ACS manifesta que não consegue passar o que tem aprendido no seu treinamento. Voltam-se à reflexão que o trabalho é em equipe, mas os treinamentos têm sido individuais.” (Diário de Campo)

Esta é uma reflexão importante feita pela equipe, mas que não tem ressonância nas esferas superiores de gestão dos serviços de saúde do município. As questões são pertinentes a Educação Permanente em Saúde e constam num documento sobre a Educação Permanente dos trabalhadores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Quanto a essa reciclagem ser prática, a crítica a um modelo teórico de Educação Permanente em Saúde é claramente delineada:

o conceito tradicional que o momento do aprendizado e momento do trabalho são momentos distintos cai por terra. É o próprio processo de trabalho que deve formar o trabalhador, que dele retira elementos de reflexão e crítica, tornando-se sujeito de seu próprio processo formativo. (BRASIL, 2004a, p.4)

A outra questão remete ao processo de atividades formativas envolverem toda a equipe e não categorias de profissionais separadamente. Isso coincide com o tema “Desenvolvimento humano e de equipe”, um dos mais solicitados dentre os sete propostos no documento acima citado. Esse tema é explicitado como “eventos voltados a melhorar a comunicação, o trabalho conjunto e a descoberta de talentos” (BRASIL, 2004a, p.2). O desenvolvimento do tema especificamente para a rede básica é uma prioridade, expressa com as seguintes palavras: “desta forma, a requalificação e a expansão da atenção básica, mercê da adequada preparação e contínua qualificação das equipes e da desprecarização das relações do trabalho, serão elementos centrais de uma atenção inclusiva ...” (BRASIL, 2004a, p.2).

Outros aspectos sobre Educação Permanente em Saúde serão retomados no capítulo sobre a devolutiva da pesquisa junto aos trabalhadores.

- **Frustração por falta do usuário ao tratamento prescrito**

“Tem alguns que não fazem o que você pede e ficam voltando pra você. É outra coisa que chateia bastante. Aí você fala: ‘Pô você não toma certo o remédio, não faz as coisas que eu pedi.’”

(Entrevista 2)

Essa atitude parece desconsiderar o espaço de intercessor trabalhador-usuário, como espaço de negociação da produção de saúde, segundo os estudos de Merhy (2002b). O trabalhador-profissional coloca-se no lugar de saber e o usuário-paciente no lugar de não saber e devedor de obediência ao onipotente profissional. A relação de poder fica no lugar de uma educação em saúde. O usuário fica a mercê do profissional, sem nenhuma informação do seu próprio problema. Ao mesmo tempo é cobrado de obedecer cegamente às prescrições, que muitas vezes nem compreende. Essa situação é explicitada por Andrade & Araújo (2003) e

Campos (2002) quando discorrem sobre a desconsideração do profissional acerca do nome, da história e do saber do usuário sobre si mesmo.

Martins (2003), ao estudar o poder nas relações grupais, explica como atitudes assim são naturalizadas, como um “deve ser”, inquestionável, com um abuso do poder, de forma sutil, sem que as pessoas submetidas se dêem conta disso.

Teixeira, Mishima & Pereira (2000) discutem sobre a possibilidade do usuário não cumprir o que lhe foi prescrito, por ser a única forma que tem de se exprimir contrariamente. Em virtude disso,

um sentimento que pode aflorar em alguns profissionais é o da frustração quando percebem que agora não são mais os únicos detentores do poder de decisão, [...] nem sempre o que ele pensa ser melhor para o paciente é realmente o que ele necessita para sobreviver e ser feliz. (TEIXEIRA, MISHIMA, PEREIRA, 2000, p.204)

- **Consulta Eventual**

Esse ponto foi levantado em todas as entrevistas e em diferentes momentos de reunião, apontado como responsável pelo desgaste dos trabalhadores, de diversas formas.

O aumento das consultas eventuais expressa-se nesta fala:

“Não tinha tanto eventual. Eram só seis pessoas. Agora não. Chegou até 8:30 atende. Às vezes tem 20 ou 25...” (Entrevista 2)

A explicação sobre esse aumento no número de eventuais é feita por alguns trabalhadores, atribuindo a determinação da Secretaria de Saúde de manter portas abertas continuamente:

“E uma coisa que o secretário [Secretário de Saúde] não quer que a gente coloque limites, é uma coisa política. Porque ele não quer que

ninguém ache que não tem disponibilidade de ser atendido.”

(Entrevista 7)

Outros entendem que é principalmente por causa do trabalho do ACS, que incentiva a vinda do usuário:

“Eu acho que é por ser PSF, porque os agentes comunitários trazem. Meio que trazem, aproximam o paciente do posto. O paciente tem uma dor de cabeça, qualquer coisinha, ele já procura o posto. Então tem um movimento bem maior.” (Entrevista 5)

Isso é reafirmado por uma ACS:

“Isso pra mim é tranqüilo, porque assim. Eu falo pra pessoa, eu não vou garantir, eu vou ver se o médico e enfermeiro pode encaixar. Se eles não encaixam, a gente pede pra vir na consulta extra. Porque a consulta extra é rapidinho. Tem todo dia né?” (Entrevista 8)

Essa atitude do ACS é condizente com a limitação de sua ação, restando-lhe a opção de dizer para o usuário vir para consulta, aumentando o número de consultas eventuais.

Outra questão é que os trabalhadores da recepção e da limpeza são cobrados pelo usuário, antes da consulta, na recepção, nos corredores. Assim, o trabalhador diz:

“Tem uns que chegam para pedir uma consulta extra, por exemplo, e nem acaba de pedir e já está falando do que tem. E a gente não chega a falar, mas pensa: ‘o que adianta a pessoa estar falando pra mim, porque eu não sou médico, eu não posso resolver’. [...] por estar com jaleco branco ele já vê como médico. Já tem uma visão, quem ta com jaleco branco é médico. Mesmo a própria auxiliar de limpeza é capaz de passar por isso. Ficam mostrando isso aquilo. Mas...” (Entrevista 5)

A recepção também menciona o problema de ter de lidar com o tempo de espera do usuário para consulta eventual ou extra:

“A gente fala que... nesse caso é consulta extra. Consulta extra não tem horário. A gente procura saber se o prontuário foi pra lá mesmo. Mas normalmente está lá e demora mesmo. Tem que aguardar. Não tem o que a gente fazer [...] Se o paciente está nervoso existe a possibilidade dele jogar uma coisa que não seja verdade. Depois acaba sobrando pra gente mesmo.” (Entrevista 5)

Essa situação aponta para uma necessidade de preparação para o atendimento ao usuário, numa concepção de acolhimento baseada nas tecnologias leves, necessárias para uma nova lógica de atenção em saúde, com toda equipe envolvida no processo, desde o atendimento da recepção até o atendimento do profissional específico (MERHY, 2002b; HENNINGTON, 2005).

Uma trabalhadora reflete sobre como resolver o problema do excesso de consulta eventual, sugerindo articulação de mudanças no fluxo do usuário na unidade:

“Uma coisa é o eventual. Tem as consultas agendadas e tem as pessoas que vêm sem marcar (...) Varia muito. Mas chega a 18, 20. Tem dia que é 28. Loucura total. Ela (pessoa com quem a trabalhadora fez um curso) coloca que haveria um fluxo nesse atendimento. Primeiro passaria pela auxiliar de enfermagem. O auxiliar de enfermagem daria um encaminhamento para os casos leves e aqueles que só precisam marcar consulta, não precisam marcar consulta. E se fosse uma febre que começou agora, uma dor de barriga, coisas muito levinhas, o próprio auxiliar de enfermagem poderia dar uma orientação, tomar líquido, târã... evitar coisas

pesadas. Essas bobagens assim... Se fosse uma coisa um pouquinho mais... se ela não resolvesse, passaria para enfermeira. A enfermeira daria um suporte que fosse possível para ela. Só realmente o caso mais grave passaria para o médico. Então teria um escalonamento disso com protocolo, com as ações que cada profissional poderia resolver. A gente não coloca isso aqui. Precisaria dar uma parada, dar um treinamento, tarãã. Aí vai nesse roldão e não faz... Primeiro teria que ter um protocolo de auxiliar de enfermagem, que precisaria que a Secretaria de Saúde aceite. Que o auxiliar faça determinadas coisas. Eu acho até que aceita. Mas tem que parar ...” (Entrevista 7)

Apesar do esforço da trabalhadora em refletir sobre o problema, é notável a depreciação que faz do trabalho dos trabalhadores de outras categorias não-médicas, atribuindo a eles as coisas “*muito levinhas, essas bobagens...*”. Almeida & Mishima (2001) ressaltam que apesar do PSF sugerir menor hierarquização, percebe-se ainda uma prevalência de centralização no modelo médico.

Numa reunião de equipe aparece a questão sobre o fluxo dos usuários na unidade, por causa da preocupação com algumas demandas específicas.

“preocupação com casos de hipertensão e necessidade de ter isso mais evidenciado nos prontuários. Porque às vezes esse dado se perde na correria do atendimento de eventual. Com isso aborda a questão dos eventuais ‘Tem que melhorar eventual’ diz uma trabalhadora. Pensa-se em protocolos de perguntas no eventual. Discutem um pouco sobre eventual. Proponho discutir o assunto com a equipe se quiserem, pois já tenho preliminarmente percebido que esse é um ponto de desgaste de todos os trabalhadores. Aceitam imediatamente.

Apresentam datas prováveis, ficando para dia 20 de junho.” (Diário de Campo)

Como já mencionado acima o tema “consulta eventual” retornava em quase todas as reuniões. Por isso a pesquisadora faz a proposta de ajudá-los a discutir o problema num dia específico. Foi exatamente essa discussão que desencadeou mais uma frente de Educação Permanente em Saúde vinculada a pesquisa desenvolvida na unidade.

Numa outra reunião sobre processo de trabalho, a questão é novamente destacada:

“A seguir descrevo as questões que foram polemizadas: 1) Fluxo de trabalho indefinido, gerando confusão. Um trabalhador da equipe não sabe bem onde o outro está e como deve proceder para encaminhar o usuário dentro da própria unidade. (Diário de Campo)

Nesta reunião aparece claramente até que ponto vai a fragmentação do trabalho, fazendo com que muitos não saibam nem onde as pessoas estão dentro do espaço físico da unidade. Confrontando a questão com alguns autores que falaram da fragmentação do trabalho em saúde (PIRES, 2000; MERHY, 2002a; CAMPOS, 2002), destaca-se a conseqüente perda do sentido do trabalho e a alienação que os desqualifica como sujeitos na construção social do processo de trabalho. O que dizer das discussões e da necessidade de articulação entre as práticas e saberes diferentes para dar conta da demanda eventual, se nem o lugar que cada trabalhador está locado se sabe!

- **Visitas Domiciliares como invasão de privacidade**

As visitas domiciliares, ações fundamentais no trabalho da equipe de saúde da família, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, foram consideradas invasivas em poucas situações pelos trabalhadores. Mesmo assim, a questão pode estar mais relacionada a

características pessoais da trabalhadora frente à dificuldade dela nas relações interpessoais do que propriamente à situação específica de visita domiciliar.

“Ah, tipo das coisas que acontecem na rua... Porque você vai falar pra pessoa, você pensa assim: será que eu não estou entrando na privacidade da outra pessoa? Conversando isso. Embora você seja uma agente comunitária, você tem que expor os problemas, mas você sente invadindo a privacidade da outra pessoa que você fez a visita.”

(Entrevista 11)

Embora tenha sido pouco mencionada, a questão é pertinente. É importante refletir que há um risco da visita domiciliar exercer um papel disciplinatório e normatizador elucidado por Foucault (1975/2004).

Nesse sentido, Lancetti (2000) questiona o termo “visita domiciliar”, preocupando-se com a liberdade do usuário. A normatização despertava o fascínio do poder no trabalhador, mas em nada colaborava na conquista de uma vida saudável pelo usuário. O caminho que o autor (2000, p.37) reconheceu para evitar tal problema foi apostar nas “redes trançadas da organização sanitária” e no que Saraceno (2001) chamou de recursos escondidos da comunidade.

- **Visitas domiciliares como prazer no trabalho**

Como contraponto, foram citadas também situações que favorecem o prazer no trabalho, especificamente nas visitas domiciliares, expressas em situações nas quais se tem resolutividade ou simplesmente porque se gosta do que se faz.

“É tranquilo. Eu amo fazer visita. Você sai do posto, desse ambiente aqui. Você vai fazer visita. Nem sempre a pessoa tá doente. Você vai lá, vê a pressão e conversa, bate-papo. Nem sempre tá com dor. Doer,

ausência de doença, não sei. Nem sempre a pessoa tem dor.”

(Entrevista 13)

A fala da trabalhadora indica que atuou com o aspecto saudável da usuária, com a prevenção. Parece que é exatamente o momento que a aproximação com o usuário fica mais fácil, permitindo que o trabalhador se reconheça no seu trabalho. Nas palavras de Campos (2002) o trabalhador reconhece a sua “OBRA”, sentindo-se estimulado para a continuidade do mesmo. Apesar de nem sempre isso ocorrer, o momento que acontece, serve de uma amostra de que isso é possível. A trabalhadora consegue vivenciar o trabalho de forma satisfatória, com prazer.

Por outro lado, isso pode se tornar perigoso, levando a uma supervalorização de práticas de prevenção, que é necessária, mas que se completa com outras. Segundo Teixeira, Mishima & Pereira (2000, p.198), o risco é um desinvestimento nas “atividades curativas que podem restaurar o estado de saúde, reduzindo o PSF apenas à prevenção”.

É necessário que se valorize os aspectos preventivo e curativo, sendo que o segundo fica como resultado do processo e não como o único ou principal.

- **Grupos**

Sobre o trabalho grupal apareceu uma ambigüidade: resolutividade versus desgaste.

Os grupos são identificados como mais eficientes na promoção de saúde e no desenvolvimento da autonomia que as consultas individuais. A resolutividade é descrita como boa. Mas o desgaste pela atividade é descrito como ruim.

Uma trabalhadora conta uma experiência favorável nos trabalhos de grupo:

“Quando a gente tá dentro do grupo a gente sabe que vai ter coisas pesadas ... Mas tem coisa legal também... Ah hoje eu fiz isso. Meu marido mudou... é super legal. Quando a gente vê que a pessoa

consegue achar um equilíbrio pra ela, vindo botando pra fora, aí ela vê que tá pesado mas que tem uma solução que ela vai conseguir... vai criando força, uma luz no fim do túnel. E ela consegue se fortalecer, que consegue sair daquilo. Então é super legal, e a gente fica super contente.” (Entrevista 1)

Entretanto, outra trabalhadora, coordenadora de grupo, relata as dificuldades e o esforço feito para driblar os problemas que aparecem:

“Porque já aconteceu nesse grupo... tem uma moça que foi pro PS agora, não sei se você está sabendo? Teve crise epilética, teve uma história de tentar suicídio... e depois, na mesma semana eu não sabia o que fazer... mandei pro grupo. E ela teve meio que um desmaio no grupo. E eu achei que era pelo que ela estava falando... E eu segurei a onda com o grupo, com ela. Foi muito esforço. E nesse dia foi bem assim [...] Então pode ser muito tranquilo, mas também pode rolar coisas muito complicadas...”(Entrevista 7)

Sobre essa ambigüidade, é possível entendê-la por causa da ação neoliberal que acabou restringindo as ações de saúde a atividades pré-determinadas. Grupo não tem resultado rápido e não segue uma rotina pré-determinada, aparecendo questões diversas e às vezes de difícil manejo, como citou a trabalhadora. Isso se torna inviável diante de cobranças de resultados rápidos, a partir de ações pré-determinadas. O PSF deveria buscar outra lógica de promoção da saúde, na qual os grupos fossem mais incentivados. No entanto, continua priorizando ações pré-estabelecidas (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004; FRANCO, MERHY, 2006). O entendimento não desfaz a ambigüidade, mas permite elucidar a situação desgastante do trabalhador.

Sobre os grupos, uma trabalhadora faz algumas considerações, relatadas no diário de campo:

“... fala das diferenças da unidade do PSF local: práticas a longo prazo, acredita que práticas pontuais não resolvem. Outra trabalhadora diz que fazem grupos de saúde (alimentação, caminhada, mulheres) e não ‘grupos com nomes de doença’ (hipertenso, diabéticos...)” (Diário de Campo)

Esse é um avanço da equipe, que consegue valorizar o aspecto saudável em detrimento da doença. Mas nos encaminhamentos internos, não consegue legitimar o grupo a ponto de ser uma opção efetiva de cuidado por si só, sempre aparecendo como coadjuvante para as consultas tradicionalmente individuais e medicamentosas.

Sucintamente, o desgaste do trabalhador na atenção a saúde foi muito afetado pela impotência. Por um lado, decidindo arbitrariamente o que era melhor para o usuário, sem a adesão dele. Por outro lado, estagnando-se, com uma escuta passiva ou de evitar-se possíveis situações que não quer vivenciar como o choro do usuário.

A consulta eventual é um ponto nevrálgico, desgastando de forma intensa todos da equipe. Novamente se impõe a necessidade de preparo da equipe para dar conta de tal problema.

Os grupos, por um lado são vistos como resolutivos, mas gerador de desgaste pelo pouco tempo que se tem para dedicar-se a eles.

A correria esvazia o sentido do trabalho e gera um desgaste crescente, culminando num dia de explosão ou em momentos diversos de descontrole. O pedido de ajuda é veemente, com pronta aceitação das intervenções pontuais ou contínuas feitas pelos pesquisadores, como um processo de Educação Permanente em Saúde.

III –INFRA-ESTRUTURA INSTITUCIONAL

Como uma síntese das facilidades e dificuldades da equipe no nível institucional, apresenta-se um quadro construído pela própria equipe, numa de suas reuniões (Anexo 4). Os pontos desse quadro serão contemplados no desenvolver dos subtemas.

- **Desgaste por falta de rede de apoio**

A falta de apoio expressou-se como social, educacional e da Secretaria de Saúde. Esta última, segundo os trabalhadores, tem sido negligente quanto a remédios, exames laboratoriais, contra-referência e programas sociais.

Nas reuniões, as informações confusas entre os serviços de referência e a USF aparecem com frequência, conforme observação registrada em diário de campo expressa:

“ACS fala de um caso que precisou de encaminhamento externo e disseram [alguém de uma unidade de referência] que era só ligar e marcar. Outra trabalhadora diz que não é isso que tem sido passado pela Secretaria de Saúde. Uma trabalhadora resolve fazer relato crítico do fato para Secretaria, a fim de esclarecer a questão das vagas. Participam dessa discussão apenas alguns trabalhadores. A maioria fica apenas ouvindo, sem manifestar opinião. ” (Diário de Campo)

Nesta reunião observou-se pouca participação de todos os trabalhadores. Criticam a falta de rede de apoio externa, mas não conseguem fazer isso internamente. Conforme Dejours (1992), Merhy (2002b) e Campos (2002), proporcionar espaços de discussão coletiva, rodas de conversação são imprescindíveis para diminuir o sofrimento, conferindo autonomia aos trabalhadores. Fica evidente o quanto os trabalhadores ainda estão distantes dessa prática. Mas solicitam ajuda, notadamente quando mencionaram a necessidade de capacitações para o trabalho em equipe.

Numa reunião de equipe falam de outras dificuldades em trabalhar em rede, especificamente sobre um caso que estava sendo atendido pela equipe e depois pela equipe mínima de saúde mental, sem uma discussão prévia entre ambos.

“Falam de casos de saúde mental e encaminhamentos da equipe de saúde mental, dos quais discordaram. Um envolveu risco à ACS, pois é caso de uso abusivo de droga, deixando a trabalhadora vulnerável por morar no bairro. Reforçam a necessidade de discutir casos com a equipe mínima de saúde mental.” (Diário de Campo)

O resultado disso foi uma sobreposição de atendimento, com atitudes contraditórias, que sem dúvida prejudicam o usuário (TEIXEIRA, MISHIMA, PEREIRA, 2000). Além disso, um dos casos vulnerabilizou a ACS, requerendo também uma conversa com a equipe de saúde mental.

Fortes e Spinetti (2004) alertam para o fato do ACS morar no bairro que trabalha e que são portadores de confidências que podem se transformar em ameaças contra as suas próprias vidas. O agravante é que se forem desligadas do trabalho, continuarão sendo moradores e vizinhos da população assistida, perpetuando o problema para além do tempo que trabalharem no PSF.

Várias entrevistas remetem ao problema de desgaste por falhas no trabalho em rede, em diversos aspectos: falta de medicação, falta de contra-referência, dificuldade de encaminhamento.

“Por isso que ta me incomodando. Esse tipo de coisa me incomoda. E também a não resolutividade. Cai na mesma coisa. Não tem resolução dos problemas. O problema chega até aqui.[...] Na unidade como um todo. Qualquer tipo de problema. E daqui a gente não tem mais pra onde ir. O setor terciário, o setor secundário [parece que quis falar só

secundário] *que nos apóia é muito falho. [...] As especialidades. [...] Muitos tipos de exames que a gente não tem. Você olha na cara do paciente, o paciente tem um baita dor, precisa de um ultra-som, não tem! Você pega, olha para o paciente: ‘Eu vou te dar remédio pra dor, e vou fazer o que mais?’ Ele olha pra você como se você fosse a tábua de salvação. Apesar de a gente ser só um ser humano atrás de uma mesa. Mas ele olha pra você: ‘Mas não tem?’ ‘Que que eu vou poder fazer pela senhora? Nada, só posso dar o remédio. Só.’ Isso me agonia.”* (Entrevista 13)

Nesta fala, além da dificuldade do encaminhamento, há uma referência a impotência do trabalhador frente a uma expectativa enorme do usuário dele ser a “tábua de salvação”.

Num dia de observação participante, situações semelhantes de dificuldade de encaminhamento foram constatadas numa rotina de pré-consulta. É um caso de um usuário não agendado. Uma auxiliar de enfermagem registra os dados numa ficha (Anexo 5). Outra trabalhadora chega logo a seguir e atende em consulta o usuário, que está com problema renal grave. Comenta a dificuldade de encaminhá-lo para a UNESP. A rede não tem nefrologista. Ela fala que fará tentativas de encaminhamento, mas sem muita esperança de sucesso.

Silva (2002) analisa essas questões acima, explicitando a urgência de providências no desenvolvimento do setor secundário. Para que o PSF não fracasse, afirma ser necessário

resolver o problema da média complexidade, porque senão as pessoas vão ser atendidas, vai ser requerido para elas um Raio X, um ECG, um EEG e aí, não tem, e eles vão perceber ‘esse PSF não está dando jeito em mim, não tem exame, não tem remédio, não tem especialista’” (SILVA, 2002, s/n).

É evidente que não é só isso que é necessário para que o PSF não perca sua credibilidade. As ações em saúde que requerem um esforço mais humano, no sentido das tecnologias leves e leve-duras são imprescindíveis (MERHY, 2002b). Mas as tecnologias

duras também são necessárias, desde que bem colocadas e articuladas com outras ações de acolhimento e vínculo e integração entre as pessoas que compõem a rede. Uma trabalhadora menciona que isso também é falho:

“Auxiliar de Enfermagem fala da falta de organização da rede, um serviço saber o que o outro faz.” (Diário de Campo)

Dificuldade parecida com essa já foi expressa anteriormente, sobre o atendimento da própria equipe, quando um não sabe onde fica o outro dentro do espaço físico da unidade. Saindo para o complexo de atendimento em rede no município, o desconhecimento dos serviços só poderia aumentar, com um número muito maior de pessoas envolvidas.

Outra questão pertinente e falha é a assistência social. Uma trabalhadora fala da dificuldade desse encaminhamento se efetivar e da humilhação pela qual o usuário passa:

“Daí, e quando a gente fala assim em assistência [social]. Que muitos me falaram que quando eles vão... Eu entendo o lado deles, que tem muita gente que é folgada. Que quer só receber e não quer se esforçar. E eles passam por situação humilhante. Já me relataram isso. Que é muito humilhante. Então já não recorre. Eles não vão atrás porque sabe que vão passar por situações humilhantes.”
(Entrevista 9)

Contraditoriamente, as possibilidades de atuação fora do serviço público são maiores. Uma trabalhadora fala de sua autonomia por outras vias de atenção e da impossibilidade de agir assim na ESF.

“Na Associação [Associação dos Moradores do Bairro] eu falo e ajo da forma que eu acho que eu devo fazer. E aqui a gente é limitado pra fazer as coisas[...] Eu acho que a gente não tem muito apoio da

própria Secretaria de Saúde na questão do trabalho nosso.”

(Entrevista 1)

Como compreender essa contradição, se o PSF deve aglutinar os recursos da comunidade? Por que a trabalhadora se limita nas suas ações nesse sentido? Parece que a trabalhadora exercia seu papel junto a população de forma mais efetiva antes de ser trabalhadora do PSF.

Numa das reuniões sobre processo de trabalho, dentre outras questões levantadas, é reafirmada a necessidade de diversas parcerias:

“Durante relato do grupo cinco é listado por S. oralmente, algumas parcerias que a unidade tem: residência médica e do PSF, Projeto adolecer, equipe de saúde mental, grupo de pesquisa da UNESP (Sandra, Sueli, Marcelo). Isso porque é discutida a necessidade de articulação dessas parcerias. No item “gestão coletiva” (Anexo 6) a trabalhadora S. esclarece o que entende por isso, em virtude de uma pergunta de outra trabalhadora. Reforça que é a construção do trabalho coletivo, mas que tem que ser levado ao conhecimento do gestor e da comunidade para ter prosseguimento. Reflito com os trabalhadores se isso não será contemplado pela proposta de fazer relatórios quinzenais para o gestor (Anexo 6).” (Diário de Campo)

A proposta de construção coletiva é compreendida como algo que necessita de uma interface com o gestor. Segundo Silva (2002), o gestor se sensibilizará a essa construção coletiva se houver uma exigência da população, que por sua vez precisa saber de seus direitos quanto às mudanças do modelo assistencial. É o controle social, uma das pontas do quadrilátero da saúde, que precisa ser desenvolvido e incentivado.

- **Relação com o gestor**

As dificuldades na relação com o gestor aparecem insistentemente nas reuniões, com ênfase nas determinações rígidas sobre o trabalho em saúde.

Observa-se uma fala da trabalhadora sobre a pressão do gestor para atender rápido e da falta de tempo para outras coisas necessárias no trabalho de atenção.

“Uma trabalhadora fala do tempo da consulta, que para PSF não dá para ser em 15 minutos e que gestor quer isso, consulta rápida. [...] tem dia que não conseguem parar os serviços para fazer diagnóstico das famílias risco e planejamento.” (Diário de Campo)

Em observação participante, destaca-se a fala de outra trabalhadora para a falta de clareza quanto ao que o gestor quer da equipe e da falta de cuidado na integração dos profissionais por parte da Secretaria de Saúde.

A questão do poder, já analisado na relação de atendimento trabalhador-usuário aparece agora na relação gestor-trabalhador. Se antes o trabalhador exercia um domínio sobre o usuário, agora é ele que se vê dominado, sem possibilidade de participação nas decisões concernentes a si mesmo. Martins (2003) analisa que estas situações de domínio se alternam, “implicando no fato de que quem domina em uma relação pode ser dominado em outra” (p.215).

Situações de vigilância do gestor como essa descrita acima é observada em momentos em que uma trabalhadora alerta sobre o cartão de ponto.

“Em reunião de equipe fala-se de problemas de registro de ponto, cuidados com horário, porque a Secretaria [Secretaria de Saúde] está pretendendo colocar cartão de ponto.” (Diário de Campo)

Outra entrevista também traz o medo dessa vigilância:

“... E várias outras que têm acontecido aqui. Eu sinto que eu tou sobre a mira.” (Entrevista 7)

Isso retrata exatamente o mecanismo moderno do controle, que atualmente se concretiza pulverizadamente nas organizações de trabalho, de forma disfarçada, mas bem marcada (FOUCAULT, 1975/2004; SELIGMANN-SILVA, 1994; HELOANI, 2003).

Apesar dos trabalhadores ficarem atentos para esse controle, não ficam isentos, sentindo-se “na mira”, perseguidos.

- **Falta de profissionais**

Menciona-se a dificuldade de dar conta do trabalho, principalmente da parte burocrática frente a diminuição de profissionais por razões diversas como férias, licenças. Apenas uma das trabalhadoras revela uma opinião diversa, localizando a dificuldade na forma de se organizar o trabalho e não no número de trabalhadores.

Na reunião sobre o processo de trabalho, o número insuficiente de profissionais é apontado.

“Grupo de caminhada está com número reduzido de profissionais responsáveis. Uma trabalhadora se adianta e pergunta à coordenadora da ‘equipe dois’ se ela pode participar. A trabalhadora lembra que nos próximos meses por licenças e férias, os auxiliares de enfermagem trabalharão somente em três, o que dificultará ainda mais o trabalho, que já é desenvolvido, ao seu ver, com número de profissionais aquém do necessário. Nesse momento Sandra aproveita essa fala para pontuar as dificuldades estruturais [falta de funcionário], que fogem ao âmbito restrito da unidade.” (Diário de Campo)

Em outra reunião de equipe, isso também aparece. Uma trabalhadora diz;

“ Para cada equipe deveria ter quatro auxiliares de enfermagem. Como são duas equipes juntas ‘acham’ [gestores da Secretaria de Saúde] que cinco dão conta do trabalho.’ Lembram que no orçamento participativo foi dito que haverá mais 170 famílias adscritas. Duas trabalhadoras refletem que talvez com isso se tenha de fato duas equipes.” (Diário de Campo)

Vieira et al. (2004) ressaltam que uma das principais condições adversas para a satisfação do trabalhador no PSF é justamente o número de famílias adscritas incompatível com número de profissionais. A trabalhadora acima expressou sua inconformidade com essa questão, acompanhando o que está por vir em termos de aumento de famílias adscritas através do orçamento participativo, o que aumenta sua preocupação e conseqüente desgaste, diante da incerteza se terão ou não mais equipes de PSF para compor o quadro de atendimento.

Em diversas entrevistas, essa falta de profissionais também aparece, explicando algumas situações que acabam diminuindo o quadro de trabalhadores.

“Teve, uma amiga nossa aqui que se acidentou e teve que sair de licença e sobrecarregou pra todo mundo. É. Aí fica pesado. Veio um e saiu um. Nós estávamos em quatro. Logo que o V. chegou a R. se machucou e continuamos em quatro. Então quando a gente achou que ia dar uma aliviada, não mudou muito [...] Você vai vendo que tem um monte de coisas burocráticas pra fazer e ao mesmo tempo pouco funcionário e o posto cheio. Eu faço isso ou faço aquilo?” (Entrevista 4)

Uma trabalhadora apresenta uma opinião diferente:

“O que eu dava conta sozinha numa unidade eu não dava conta aqui com mais cinco pessoas. Isso pra mim causa muito sofrimento. Ver o serviço não andar. Sendo que nós tamos em cinco, é pro serviço (faz um som zzzzzzzz), fluir. Era pra não ter nada pra fazer. Era pra gente chegar no final da tarde com a unidade caminhando. E isso me causa muito sofrimento. Isso é um sofrimento que eu não consegui ainda ... To tentando muito e por isso que eu disse que isso pra mim causa mais sofrimento...” (Entrevista 13)

A trabalhadora não atribui a falta de resolutividade a um número reduzido de profissionais. Pelo contrário, entende que o número de trabalhadores é suficiente, mas o trabalho não é efetivo. Não encontra explicação para isso e sofre. Uma possibilidade de entrave pode ser a falta de comunicação e organização das ações no trabalho. Essa questão será mais explicitada no próximo subtema, que é o trabalho em equipe.

Os problemas de organização do trabalho são compreendidos de maneira diversa. Algumas vezes atribuídos pelos trabalhadores a eles mesmos, outras ao gestor, ou ainda à falta de contratação de profissionais. Entretanto, uma visão mais ampla de como estão inseridos numa lógica capitalista de produção de saúde, não fica clara.

Tal como já se apresentou, o parcelamento taylorista está presente na saúde, causando sofrimento para o trabalhador, inserido num ritmo imposto por um sistema pré-estabelecido, alienando-se do processo de cuidado em saúde que tem como objeto outro ser humano (PIRES, 2000; RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004; FRANCO MERHY, 2006, HELOANI, 2003). A excessiva normatização do PSF ao nível nacional, apontada por Franco & Merhy (2006), é reconhecida parcialmente pelos trabalhadores, mas desarticulada do sistema social e econômico neoliberal em geral.

- **Trabalho em equipe**

Um ponto favorável do trabalho em equipe é a tentativa de organizar o trabalho. Entretanto é sucumbido pela pressão da demanda.

“É o que eu falei logo de início. É a pressão da demanda. A gente tinha discutido com a equipe, algumas coisas pra ajudar, seria catalogar as famílias de risco, de acordo com as prioridades. Não fizemos isso. E eu tou desanimada.” (Entrevista 7)

Silva & Trad (2005, p.30) enfatizam que a comunicação entre a equipe fica reduzida a tratar do atendimento “das demandas imediatas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários”. A fala da trabalhadora revela que o que ela deseja vai além, mas fica estagnada frente a pressão da demanda. A consequência das tentativas frustradas de trabalho em equipe é o desânimo. Outra é o descrédito, diante de um discurso de coletividade que não se efetiva. Uma trabalhadora diz:

“ Não tem o espírito de coletividade. Fala-se que tem, mas não tem. No meu modo de ver. Não tem. Não existe isso. E eu sofro. Com isso eu sofro.” (Entrevista 13)

E o sofrimento é proveniente exatamente da contraditoriedade. Um discurso de união paira no ar, mas não se efetiva nas questões concretas do dia-a-dia. Na verdade, parece haver um desejo que essa integração ocorra, o que se confunde com já estar ocorrendo.

Diversos autores já notaram essa contradição nas equipes de PSF, indicando que os trabalhadores afirmam fazer um trabalho em equipe, enquanto apenas alguns poucos fazem as programações e determinam as atividades a serem desenvolvidas, sem a participação dos demais (PEDROSA, TELES, 2001; SILVA, JORGE, 2002; ROSA, LABATE, 2003; SILVA, TRAD, 2005, VIEIRA, CORDEIRO, 2005; MATUMOTO et al., 2005).

O problema da integração remete à falta de comunicação interna. Em observação da rotina, constata-se que há uma dificuldade com questões básicas, como centralizar os avisos internos, não havendo um lugar para isso, com perdas nas trocas de informação entre os trabalhadores.

O que os trabalhadores apontaram é que falta entre eles e o gestor uma prática comunicacional efetiva, o mesmo ocorrendo entre eles enquanto equipe. Repetem entre si a atitude criticada no gestor.

Esse movimento de buscar coesão da equipe, mas sem sucesso, é analisada por Peduzzi (2000). Ela faz uma tipologia do trabalho em equipe, definindo duas formas: equipe agrupamento e equipe integração. Para a passagem da equipe agrupamento para a equipe integração é necessária uma reconstrução diária dos agentes do trabalho na equipe enquanto sujeitos, donos de seu próprio destino. Mas como esses destinos inter cruzam-se, as conquistas individuais só se tornam possíveis se constituídas junto a coletividade.

A psicologia social tem discutido amplamente essa constituição da identidade através da coletividade. A constituição do ser humano só se faz pelo atravessamento da cultura, mesmo que permeado por experiências de sofrimento (CODD, SAMPAIO, HITOMI, 1993). Não é um empreendimento fácil e requer disponibilidade para uma prática comunicacional com tolerância, permeabilidade ao novo e abertura para conhecer um o trabalho do outro (PAIM, 1999, 2001). Este último aspecto é exatamente o que os trabalhadores já afirmaram que não conseguem fazer, desestruturando o trabalho em equipe. Uma trabalhadora fala disso e de como sofre quando depende do trabalho do colega que não ocorre.

“Você vê que precisa, mas não tem médico pra atender. O seu trabalho dependendo de outro colega. Isso deixa a gente mal, porque tipo, tava precisando, mas não vai atender. Se der vem amanhã cedo...Isso é meio desgastante.

Às vezes não ta aqui ou porque está fazendo outra coisa, ta ocupado, porque veio fora de horário. Esses motivos. É isso. Que deixa a gente mais...” (Entrevista 4)

Esse processo de interação ou de falta de interação é analisado pela psicologia social nos processos grupais, ajudando a entender essas dificuldades da equipe, legitimamente caracterizada como grupo. Se as características desse grupo são favoráveis ou não depende de como ele se desenvolveu, da sua historicidade, de suas relações de poder e como executa suas atividades (LANE, 1984; MARTINS, 2003).

Segundo Martins (2003), a historicidade só pode ser compreendida se for articulada com o tempo e espaço que se construiu essa história. Isso é difícil, implicando em trazer para as experiências locais os reflexos de toda uma sociedade, com as suas contradições. Observa-se que os trabalhadores não se debruçam sobre tais questões, ficando apenas nas experiências do dia-a-dia, como a fala acima representou: *“às vezes não ta aqui ou porque está fazendo outra coisa, ta ocupado, porque veio fora de horário”*.

Ainda sob a luz dos elementos do processo grupal, explicitados por Martins (2003), percebe-se que a relação de poder é confusa nessa equipe, com um gerenciamento duplo. Isso aparece nos preparativos de uma reunião:

“A trabalhadora-gerente chega na sala de espera (lugar que a reunião se realiza nas quartas-feiras) e propõe que a equipe liste dificuldades e facilidades da unidade para encaminhá-las para uma reunião junto a Secretaria. Sai antes de dar início a reunião e entra outra trabalhadora e faz a mesma proposta, com a diferença que coloca uma música e propõe relaxamento.” (Diário de Campo)

Há uma duplicidade de ações. Alguns encaminhamentos ficam confusos, a ponto da trabalhadora que assume a complementaridade na gerência detalhar os informes da coordenação, conforme relato a seguir:

“Coordenadora diz ‘Q. está validando minha comunicação...’ Q. diz que faz isso porque Y. passa os informes muito rapidamente, que por sua vez repassa para equipe com mais detalhes.” (Diário de Campo)

O gerenciamento confuso acarreta problemas, mas são mencionados pelos trabalhadores indiretamente, como nessa fala a seguir:

“O que mais incomoda é a falta de horário, responsabilidade, de cumprir metas [...] Não vou me desgastar. Porque eu não sou chefe [...] É isso que eu não concordo. De manhã eu trabalho de um jeito, a tarde eu trabalho de outro jeito. Na mesma escala. Eu não consigo digerir isso, Sandra. Ainda não consigo. Você chega na farmácia de manhã, você vê a minha cara. Você chega na farmácia a tarde você vai ver a cara da U. [auxiliar de enfermagem], por exemplo. É outra pessoa que ta lá. Então o serviço é dado continuidade diferente [...] Deu duas horas da tarde, eu troco de escala. Eu não vou pra outra escala. Eu não vou ajudar.” (Entrevista 13)

Apesar da trabalhadora não mencionar claramente a falha da coordenação, diz que não se responsabiliza pelos problemas porque não é chefe, deixando implícito que a chefia também não está fazendo.

Outra trabalhadora também fala da falta de gerenciamento de forma indireta, remetendo-se a sua rotina, que é conforme ela quiser.

“Porque a rotina quem faz sou eu. É assim. Tem. Tem algumas coisas que tem que ser feitas todos os dias. Tem coisas que dá pra deixar.”

Então não é obrigatoriamente, hoje você tem que fazer isso. Tem coisas que tem que fazer. Tem coisas que não dá pra fazer hoje, deixo pra fazer amanhã. E elas não me cobram. 'Não tem problema, você faz a hora que der'” (Entrevista 3)

Outra trabalhadora fala dos desencontros entre os trabalhadores que ficam entre cumprir uma escala e, ao mesmo tempo, socorrer um colega sobrecarregado.

“Traz desgaste. Porque é assim, dizem: não fiz porque a escala é sua. Aí eu digo, a escala é minha, mas eu tava ajudando outra pessoa. E você tava fazendo o que ? Tava separando exame. Eu digo: Então dava pra fazer o papel da vacina e uma outra coisa. E é isso, isso desgasta porque você faz tudo pra ajudar e na hora parece que você não fez nada.” (Entrevista 4)

Segundo a entrevistada, não há nenhuma atitude da coordenação sobre a questão. Por outro lado, trabalhadora-coordenadora entende que a equipe tem uma dependência dela, manifestando um descontentamento com centralizações de decisões do dia-a-dia. Numa observação de reunião de equipe a questão aparece:

“organização do uso da Kombi. Trabalhadora-coordenadora diz que está ficando com papel centralizado de quem vai usar a Kombi. Isso a incomoda e não quer ficar com esse papel. Pede que a equipe se organize para isso.” (Diário de Campo)

A noção de liderança parece estar confusa tanto para a trabalhadora-coordenadora quanto para a equipe, que neste caso da Kombi fica à espera da coordenação que dê permissão para o seu uso. Mas não consegue entender que o líder pode ser aquele que representa o grupo, independente de dar ou não ordens (VIEIRA, CORDEIRO, 2005).

Ainda sobre a relação entre a equipe, um fato exemplifica o quanto isso tem desestabilizado o trabalhador. Um deles procura a pesquisadora e faz um relato em tom de desabafo:

“Conta-me de modificações na escala de serviços, de atritos e desencontros entre os auxiliar de enfermagem nos acertos dessa mudança. A escala passou a ser ‘escala cheia’, na qual cada auxiliar fica com um único trabalho o mês todo. Antes a divisão era por período (manhã e tarde). No entender da trabalhadora está melhor, mas queixa-se de não ter participado da discussão para mudança, sendo informada só da decisão.” (Diário de Campo)

Vai ficando claro que os trabalhadores carecem de uma escuta e cuidado, procurando a pesquisadora para falar disso. E que o desgaste está muito voltado para a organização do trabalho mesmo e da falta de espaços coletivos de discussão, legítimos, onde realmente ocorra a troca de idéias, sem medo de perder o emprego ou ser recriminado pela própria equipe ou pelo gestor.

Em entrevista encontra-se o depoimento de um problema parecido:

“Pra primeira pessoa que eu tou falando é você. [...] É porque magoa ... [Risos] É porque magoa. Magoou. [Seu olho vai ficando mais expressivo. Risos novamente, como se tentasse escamotear a emoção]. É muito arbitrário isso, Sandra. Eu não gosto disso. Eu trabalhava sozinha e levava na boa. Sem problema algum.” (Entrevista 13)

Questionando sobre o trabalhar sozinha antes e agora em equipe, aparece o problema de não ser possível falar disso, tratar das discordâncias ou posições diversas claramente.

“Velado. Eu não gosto de velado. Me incomoda. Ou você fala, olha pra mim e fala: ‘eu não gosto de você por causa disso, disso e disso.

Vamos aprender conviver juntos? Vamos. Mas eu sei que você não gosta. Então eu aprendo do seu jeito e você aprende do meu.'

E⁵: O que que ta sendo velado? Você acha que tem alguém que não fala?

Ah. Tem. Todo mundo. Como eu não falo. Tem bastante gente que não fala. Guarda pra si." (Entrevista 13)

Parece haver um controle de alguns sobre os outros, centralizando-se as decisões em alguns que conseguem exercer uma maior influência sobre os colegas. Mas há um pacto de silêncio sobre o descontentamento que isso gera, causando mais desconforto e sofrimento. Soma-se a isso as pressões do cotidiano, que ditam um ritmo de produção em série, descaracterizando-se um legítimo cuidado de saúde de um ser humano para outro.

Diversos aspectos foram observados no trabalho em equipe, com tentativas de integração, mas com muitas dificuldades.

O esforço feito para organizar a rotina em reuniões de equipe é uma dessas tentativas. Entretanto a participação nessas reuniões é reduzida.

"A reunião transcorre com pauta de duas pessoas, com raras iniciativas dos outros em propor outros assuntos. Uma dessas pessoas coloca o seguinte: 1) Fluxo de agendamento depois que passa na pós-consulta. Os prontuários que vêm para mesa das ACS só para exame precisam voltar para agendamento; 2) Gestante não é para ir para agendamento normal, tem que ser marcado com retornos mais próximos." (Diário de Campo)

Poucos participam efetivamente da reunião, falando. Na observação realizada alguns trabalhadores ficavam com um olhar atento, outros pareciam desligados, absorvidos por

⁵ Entrevistadora-pesquisadora elabora uma pergunta de esclarecimento.

outras coisas. A integração entre os trabalhadores é buscada, mas não se consegue um resultado totalmente satisfatório.

Essa falta de participação dos trabalhadores foi identificada por Vieira & Cordeiro (2005, p.9) em uma equipe de PSF, que “relataram não se sentir à vontade para expor suas opiniões, pois temem ser criticados ou criar conflitos; sendo assim, acabam se omitindo e ocultando os problemas que percebem”.

No caso específico do ACS a omissão de sua opinião pode ser por motivos mais específicos, dentro de um sentimento de desvalorização. Por isso, a discussão específica da pouca participação do ACS será discutida a seguir, num desdobramento do subtema trabalho em equipe, junto com outras questões pertinentes ao seu trabalho na equipe.

▪ **Desvalorização do ACS**

Uma entrevista aponta que pelo medo de ser mandado embora, resolveram não dar opiniões.

“E com isso você resolve não dar opinião. Porque eu já trabalhei em vários lugares e eu sei que sempre a parte mais fraca a corda rebenta. Um ditado popular certíssimo. No caso de mandar embora se for pra mandar embora, médico enfermeira e auxiliar, eles pensam mil vezes. Eles preferem transferir. A gente não tem como. Se a gente cometer erro...”

(Entrevista 8)

As substituições dos ACS desde o início da estratégia naquela USF foram relatadas por uma entrevistada, reforçando o perigo eminente de corte.

“Eu e a H. [outra trabalhadora], nós começamos em seis. Mas os outros quatro saíram . E os outros quatro é que estão no lugar dos que saíram. Eu e a H. é que estamos desde o começo.

(Entrevista 8)

Isso retrata o rodízio de pessoas contratadas e o quanto é desgastante estar sob essa constante ameaça de ser substituído. A expressão do sentimento de desvalorização da categoria ACS vem logo em seguida:

“mas uma coisa que me incomodou, que eu fiquei extremamente magoada, que teve pessoas aqui que trabalham, eu não posso citar nomes, mas que cometeu erro grave e não foi mandada embora e uma amiga minha que é agente de saúde, não foi dado chance pra ela, mandaram embora. O que que eu senti? A gente não é nada. Porque se a outra ...” (Entrevista 8)

O termo utilizado pela trabalhadora é contundente “a gente não é nada”. É a expressão literal da ruptura da condição de ser livre do ser humano, com o próprio desejo capturado pelo desejo de outrem. (MARX, 1844/2004). É exatamente o que a trabalhadora relata, a desvalorização dela para consigo mesma e para com os outros

Uma ACS fala de um grupo que era conduzido por elas e houve um questionamento da capacidade delas em dar continuidade ao trabalho, provocando revolta.

“...tinha que rever esse grupo para ver se estava atingindo um objetivo como profissional da saúde porque não tinha ninguém responsável no grupo. A gente falou, ‘Poxa vida. A gente acorda de manhã, deixa o filho, deixa o marido, vem aqui, e até agora a gente tem tomado conta direitinho, feito que nem a gente aprendeu e agora...’ ‘Não tem ninguém responsável por aquele grupo?’ [repete

uma pergunta de outra trabalhadora] *Quer dizer que a gente não era responsável por aquele grupo? Sendo que quando a Secretaria [Secretaria de Saúde] cobra alguma atividade, o nome do grupo vai pra lá.; E somos nós que tava tocando.*” (Entrevista 12)

A fala revoltada retrata uma sensação de que o trabalho do ACS é manipulado conforme o que se deve apresentar de resultados à Secretaria de Saúde. Na falta de ter o que mandar para lá, o trabalho do grupo volta a ser considerado. Nas palavras de Ferraz & Aerts (2005) acabam sendo “tapa-buracos” da carência de um número de atendimentos exigidos pela Secretaria de Saúde.

Na reunião sobre processo de trabalho a questão de falta de espaço para a ACS aparece claramente, levando-os a uma situação desprivilegiada de espera nos corredores, buscando realizar seu trabalho.

“ACS fala de que se não houver o espaço elas ‘terão que continuar nos corredores atrás das pessoas’.

Falam que recentemente pararam de entregar horários para a população, pois acabavam por ficarem conhecidas como “AGENDAS”, o que prejudicava o vínculo. Se não tinham horário, a pessoa não queria mais conversar com elas, ou se tinham, a pessoa deixava para falar o que queria na consulta.” (Diário de Campo)

O fato de não mais fazerem a entrega dos horários pode ter minimizado o confronto com a população e as cobranças, mas será que foi o suficiente para desmistificar a relação delas com a população, de “agendas ambulantes”?

Nesta outra entrevista aparece a resposta da ACS, sobre como é trazer os casos para a equipe.

“Não, aqui também tem esse desgaste de tempo. É uma correria. E muitas vezes a gente chega tão angustiada querendo passar pra alguém, conversar, e não tem muitas vezes. Na hora não dá, cada um ta ocupado... Tem muitas vezes elas tão atendendo. A sala de espera cheia. Então não tem como. Tem que espera para falar num outro dia. E nem no outro dia não dá. Então a gente acaba que levando pra casa.” (Entrevista 10)

Apesar de mencionarem a correria e a falta de tempo, sentem-se angustiadas e levam os conteúdos das visitas domiciliares para suas casas. Mais uma vez, o trabalho que realizaram fica sem sentido, o que acarreta mais desvalorização frente a si mesmo e ao outro.

Por outro lado, há a menção de que às vezes se tem um espaço para discussão.

“Às vezes nessas reuniões, de quinta-feira. É só para as agentes comunitárias. Pra discussão de caso mesmo.” (Entrevista 9)

Os momentos de discussão ocorrem, mas nem sempre como prioridade, desmarcados em função de outras atividades.

Reafirmando o que já foi explicitado, os ACS apresentam um desejo de atuarem além do que lhes é permitido, em consonância com o que se preconiza pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2006). O estudo de Teixeira, Mishima & Pereira (2000, p.199) também ressalta a percepção do ACS dele mesmo como alguém que pode “ensinar as pessoas a ter saúde e a cuidar da sua saúde, possibilitando a se cuidar para não ficar doente”. A impossibilidade de atuar deste modo tem gerado sofrimento e aumentado o sentimento de desvalorização.

- **Problemas referentes a relação com a outra equipe**

Diversos problemas relacionados a esse tópico relacionam-se a presença de duas equipes numa mesma unidade, conforme já explicitado na descrição do cenário da pesquisa. A designação das equipes será substituída a fim de evitar identificação das mesmas. A equipe pesquisada será a *equipe um* e a outra *equipe dois*.

Em uma reunião, apareceu a seguinte fala de um trabalhador:

“É difícil duas equipes juntas. Trabalhador O. diz que as duas equipes tinham que ser uma só.” (Diário de Campo)

Uma entrevista também aponta o problema como gerador de desgaste.

“A única coisa é o fato de serem duas equipes. Às vezes as chefes não se entendem muito. Às vezes eu fico nervosa com isso. Eu não gosto de ver esse tipo de coisa.” (Entrevista 3)

Em outra entrevista, o problema entre as gerências das duas equipes aparece assim:

“Ah. Jogo de aceitação. Uma tem que ser mais aceita que a outra. Uma competitividade. Eu acho que tem nessas duas relações. E que eu estou tentando sair fora.

De aceitação na equipe. De valorização da equipe. Eu tou tentando sair fora dessa competitividade. Não quero competir. Não quero ser mais aceita ou menos aceita.” (Entrevista 6)

Questionada sobre quem estabeleceu o jogo, responde:

“É. As duas né coordenadoras. Eu acho que as duas. Só que eu me liguei desse jogo. Então eu to saindo. Mas isso me incomoda.”

(Entrevista 6)

A trabalhadora-gerente assumiu para si um problema desencadeado por uma estrutura de trabalho perversa, que dificulta a interação e não dá nenhum suporte para lidar-se com ela.

Sá (1999) discorre sobre o trabalhador assumir só para ele o mau êxito do seu trabalho, em detrimento dos modos de gestão e organização dos processos em saúde de maneira mais ampla.

Em reunião de equipe a questão é refletida:

“Cheguei junto com a trabalhadora Q. Estavam falando sobre problemas de integração com profissionais da equipe dois, envolvendo especificamente as coordenadoras de ambas. Q. diz que a Secretaria de Saúde não toma cuidados com a integração entre as pessoas, sendo tarefa deles, fazer isso.” (Diário de Campo)

Embora a falta de respaldo da Secretaria de Saúde quanto a interação da equipe tenha sido elucidado, a trabalhadora-gerente não consegue identificar as conseqüências disso, assumindo só para si a desintegração.

Outra trabalhadora faz uma avaliação da reação dos colegas frente aos problemas entre as duas equipes:

“Assim, parece que eles se sentem mais cansado. Alguns adoecem. Uma dor de cabeça, um mal-estar, outro dá aquilo de trabalhar. Às vezes fica tão desanimado que não dá nem pra fazer visita. Por que pra fazer visita tem que ta bem. Como você vai chegar na casa da pessoa ... Né. Porque se você chega nervosa na casa da pessoa, a pessoa percebe. A maioria, acho que percebe. Então a pessoa precisa ta bem. [Pausa]” (Entrevista 10)

Está clara a dificuldade de ter duas equipes trabalhando no mesmo espaço físico, e o fato de que alguns trabalhadores estarem ora em uma unidade, ora na outra, tem acarretado problemas, independente do esforço das pessoas em driblar a situação. O não pertencimento ao lugar é grave, levando a *equipe dois* vivenciar uma sensação de ser sempre uma

“estrangeira” no espaço que divide com a *equipe um*. Uma questão funcional se agrava, pois não conseguem priorizar a demanda, estabelecer fluxo e atenção coordenada entre as áreas e trabalhadores.

No final de uma reunião um fato chama a atenção quanto ao problema da *equipe dois* estar ora num lugar ora no outro, como estrangeira onde a *equipe um* está locada.

“Logo que acabou a reunião uma trabalhadora [da equipe dois] pede para falar com todos sobre um aparelho de pressão que sumiu. Há uma manifestação dos trabalhadores da equipe um, de minimização do problema: “Só isso?” (Diário de Campo)

Ficou claro que o conflito decorrente do espaço físico ser dividido para as duas equipes em dias determinados da semana, tem gerado desconforto para a coordenação e sobrecarga para os profissionais.

Nos encontros de mediação entre as duas equipes de PSF, coordenada pela equipe de pesquisa, os problemas foram levantados e discutidos em subgrupos e depois discutidos novamente com todos. Os temas elucidados foram: 1) Definir tarefas, visto que a equipe procurava ora uma coordenação ora outra, conforme achava que seria atendida, às vezes frente ao humor de cada uma em determinado dia; 2) Espaço regular para trocar emoções e atritos; 3) Relação com o gestor; 4) Coordenação das atividades; 5) Potenciais/ experiências; 6) Relação entre duas equipes.

Em anexo apresentam-se as propostas finais de cada subgrupo. (Anexo 6)

- **Troca de coordenação da equipe dois da unidade**

Os problemas entre as duas equipes sofreram uma intervenção da Secretaria de Saúde: a troca de coordenação da *equipe dois*. Segundo uma trabalhadora, isso foi arbitrário:

“Eu achei ruim o jeito que a secretaria [Secretaria de Saúde] colocou. Porque não foi conversado conosco. Foi levado para secretaria pela Z. e pela Y. que as duas equipes estavam com dificuldades. E a ajuda veio assim. Eu não esperava que a ajuda fosse essa, que um conflito se resolve assim.” (Entrevista 7)

A trabalhadora que assume a coordenação da *equipe dois*, participa num dos subgrupos de uma reunião sobre processo de trabalho. É a primeira reunião das duas equipes com a presença da nova coordenadora da *equipe dois*. Ela expõe seus receios:

“estabelece-se uma conversa sobre a chegada da nova trabalhadora, coordenadora da equipe dois, que diz estar muito medrosa e insegura, ainda com muito medo devido ao processo de mudança. Fala de seu percurso profissional, de que nunca vivenciou situação semelhante, de ser transferida, por conflitos. Diz que é de se colocar com firmeza. Na outra unidade foi lhe dito que fazia muito, tomando lugar dos outros. Agora está com “freio de mão puxado”. Uma auxiliar de enfermagem diz para ela se impor. A nova coordenadora da equipe dois diz que ainda é muito cedo para falar alguma coisa. Quer muito que dê certo seu trabalho ali. Auxiliar de Enfermagem pede que ela fale o que vê de diferente e que precisa de mudança. A nova coordenadora da equipe dois diz que inicialmente só quer recuperar a auto-estima da equipe dois. [Foi feita uma reunião com a equipe dois no dia anterior]. É prematuro para dizer mais coisas, embora veja e tenha idéias. Outro trabalhador diz palavras de ânimo à nova coordenadora, demonstrando emoção no olhar ao falar. Também se justifica por não ter podido ir à reunião do dia anterior.” (Diário de Campo)

O sentimento de medo e a comoção misturam-se com palavras de incentivo à nova coordenadora da *equipe dois*. Além da responsabilização do gestor pela atitude arbitrária, não se faz mais reflexões sobre o que aconteceu. Na verdade a possibilidade do fato se repetir é grande, independente dos esforços para “que dê certo o trabalho”. A situação caótica da *equipe dois*, fragmentada literalmente, lotada em dois lugares, não se resolve ao trocar a coordenação. Na verdade submeter-se-á novamente os trabalhadores a uma situação fadada ao fracasso, com uma falsa ilusão de solução do problema na troca da trabalhadora.

De forma geral, esta temática sobre a estrutura institucional foi muito mais concernente a falta dela do que a sua presença. Diz respeito a carência de tecnologias duras e leves (MERHY, 2002b). As que mais trouxeram desgaste foram a deficiência das leves, a começar pela falta de integração da equipe, que se esforça, mas não consegue superar os obstáculos para um trabalho mais coeso.

Destaca-se a limitação do ACS na articulação comunitária, mesmo havendo um reconhecimento da importância disso na ESF pela equipe.

A relação com o gestor é problemática, por causa das determinações rígidas, sem consulta prévia à equipe sobre suas decisões referentes ao trabalho na USF. O controle sobre o trabalho é exercido claramente ou sutilmente, desencadeando medo e sensação de estar sendo perseguido nos trabalhadores.

Entretanto, as dificuldades de gestão também se observam no interior da equipe, em geral por falta ou duplicidade de atitude de coordenação.

A desarticulação entre os trabalhadores, inseridos sem se perceberem numa lógica de produção capitalista de produção de saúde, atribuem quase tudo que não dá certo ao gestor, individualizando e culpabilizando pelas falhas, uma pessoa só, sendo que essas falhas envolvem um sistema econômico e político bem mais abrangente na saúde e na sociedade em geral.

V

DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS AOS TRABALHADORES

Conforme mencionado anteriormente no capítulo sobre a metodologia, a devolutiva da pesquisa aos trabalhadores foi ocorrendo aos poucos. Primeiro, de forma mais sutil, através da observação participante e depois de forma mais específica, ao se encerrar a coleta dos dados. Essa dinâmica de pesquisa vem ao encontro das propostas de Educação Permanente em Saúde, possibilitando uma discussão imediata das questões detectadas em campo com os próprios participantes, oferecendo-lhes opções de transformação e reflexão de sua prática.

Essa combinação entre pesquisa e Educação Permanente em Saúde tem sido pouco desenvolvida, com poucas pesquisas nessa linha. Estudos recentes indicam que ainda há uma predominância de cursos teóricos, desarticulados da prática (CECCIN, 2005a).

A política de Educação Permanente em Saúde é de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, desde setembro de 2003. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) assumiu o

principal papel na organização de ações junto aos diversos órgãos envolvidos no processo, desde o próprio Ministério da Saúde até as Secretarias de Saúde dos municípios, articulando parcerias com diversas entidades como o Ministério da Educação, entidades de profissionais de ensino das profissões de saúde e outros (BRASIL, 2004b).

A operacionalização destas ações se dá através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias interinstitucionais que compreendem diversos atores. Dentre eles, as instituições formadoras, os gestores e os próprios trabalhadores, que devem compor as rodas para o caminhar do processo (BRASIL, 2004b). Segundo Ceccim (2005b), até julho de 2005 foram organizados em todo o país 105 Pólos. A expectativa do autor é que isso possibilite a transformação do Sistema Único de Saúde numa rede-escola.

Dentro de um enfoque de uma educação libertadora, a Educação Permanente em Saúde é a “realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004b, p.10).

Nesse sentido, a metodologia desta pesquisa atendeu exatamente a esse processo de qualificação dos trabalhadores da saúde, integrando o cotidiano da organização do trabalho com reflexões e estudo de material teórico, em encontros com os próprios trabalhadores. A seguir, se fará um retrospecto do início do processo até os momentos mais específicos de devolutiva, caracterizando-se como um genuíno processo de Educação Permanente em Saúde.

Todo o desenvolvimento da pesquisa foi dentro de um contexto do projeto temático do grupo de pesquisa, como já explicitado desde o início. Assim, todas as etapas da pesquisa foram abastecendo e, ao mesmo tempo, sendo abastecida pelo projeto temático geral. Antes do início desta pesquisa, as que já estavam em curso eram as seguintes: “Estudo sobre práticas e significações de uma equipe” e “Atuação do enfermeiro com portadores de

transtornos mentais e seus familiares”.⁶ Tratavam dentre outras coisas, da formação do trabalhador em saúde mental para atuarem junto aos usuários. A primeira delas desenvolveu oficinas de formação em saúde mental. A partir disso, os trabalhadores apontaram claramente uma demanda em estudar a sua própria saúde mental. A entrada em campo foi indicando os caminhos para o entendimento desta questão frente aos eixos principais da pesquisa: sofrimento psíquico dos trabalhadores e organização do trabalho.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu num momento de conflito e desgaste para as equipes de PSF na unidade pesquisada. Isso demandou um pedido para que os pesquisadores realizassem reuniões de mediação, a fim de elucidar alternativas de encaminhamentos para as questões conflituosas. Essas reuniões desencadearam outras reuniões sobre processo de trabalho e intervenções junto aos trabalhadores, ora em subgrupos de trabalhadores, ora em categorias específicas como grupo com os Agentes Comunitários de Saúde.

Nas últimas observações, os questionamentos da pesquisadora, pertinentes à organização do trabalho, se intensificaram nas reuniões de processo de trabalho e nas reuniões rotineiras da equipe de trabalhadores. O número excessivo de consultas eventuais foi a questão que apareceu como causa de grande desgaste para todos, o que desencadeou outros encontros com a equipe de trabalhadores, para elaboração de estratégias alternativas de atendimento.

Nos desdobramentos, constituiu-se um subgrupo de trabalhadores, visando elaborar estratégias de organização da rotina desses atendimentos, sob a coordenação da pesquisadora e da coordenadora do projeto temático. Esses encontros possibilitaram uma prévia indicação sobre os resultados, pontuados a cada momento em que o assunto tratado era pertinente a determinados aspectos da pesquisa.

⁶ Respectivos pesquisadores: Marcelo Dalla Vecchia e Íris P. Vinhas.

Dentre os diversos dias de encontro com esse subgrupo de trabalhadores, realizados no período entre segundo semestre de 2005 e primeiro semestre de 2006, um dos mais pertinentes ao tema desta pesquisa foi a Oficina de Teatro Espontâneo, porque ao falar dos seus sentimentos, eles expressaram o sofrimento psíquico. Por isso, apresenta-se a seguir o seu relato.

OFICINA DE TEATRO ESPONTÂNEO

A partir de uma idéia do grupo, preparar uma fita de vídeo informativa sobre o que é PSF para população, foi proposto que se fizesse uma oficina de teatro espontâneo sobre o que é PSF para cada trabalhador, propiciando uma prévia da fita para população e, ao mesmo tempo, um espaço de expressão dos sentimentos dos trabalhadores acerca do seu trabalho.

Desta forma, o objetivo da realização da oficina de teatro espontâneo foi a expressão de sentimentos diversos de cada trabalhador referente ao que é o PSF para si mesmo e para os colegas.

A escolha do teatro espontâneo, como técnica para auxiliar o grupo de trabalhadores de PSF, se explicita na resposta de uma pesquisadora a uma questão feita por Moreno. “À pergunta de Moreno feita em 1932, *WHO SHALL SURVIVE?*⁷ eu lhe respondo: Sobreviverá quem souber conviver em grupos de maneira espontânea e criativa” (DAVOLI, 1997, p. 54). Esta questão respondida de forma tão clara por Davoli, indica o quanto o teatro espontâneo, prática essencialmente grupal e criativa, traz benefícios para uma equipe de trabalho como o PSF, que tem como um de seus pressupostos o trabalho em equipe, em grupo. Além disso, com intervenções que privilegiam uma abordagem de toda a família, também um grupo, inserido numa comunidade, com características próprias. Assim, essa equipe está sempre às

⁷ Quem sobreviverá?

voltas com situações inesperadas, desgastantes e geradoras de angústias, sentindo-se muitas vezes desprotegida frente aos problemas dessas famílias enquanto grupo.

Em conformidade ao desenvolvimento da criatividade do teatro espontâneo, o conceito de oficina neste trabalho é de espaço de transformação de práticas e experiências vivenciadas por seus participantes. Deste modo, oficina é a possibilidade de expressar uma situação vivida e também de refletir o que foi vivido, vislumbrando mudanças significativas para a prática cotidiana. Assim, envolve os sujeitos de forma integral, mobilizando pensamento, emoções e ação (AFONSO, 2001).

A falta de criatividade na atuação dos atores nas peças teatrais preocupava Moreno (1973). As “conservas culturais” ou tradições culturais direcionavam a produção do teatro. Foi exatamente isso que o levou ao desenvolvimento da criação espontânea e do teatro espontâneo, “o teatro onde o enredo é improvisado e criado pelos atores, platéia e diretor presentes” (DAVOLI, 1997, p.54).

Os sinais da modernidade começavam a se fortalecer, no nível econômico, social e político. Os diversos tipos de organizações sociais, políticas e econômicas aderiam a um modelo burocrático e racionalizado, com ênfase na divisão do trabalho, especialização de tarefas, estabelecimento rígido de rotinas, regras e competência técnica. Apesar de ter contribuído para um inegável progresso científico, as disfunções de tal modelo apontou que houve uma desconsideração da iniciativa, da criatividade e da inovação (CHIAVENATO,1980).

Conforme já exposto, Dejours, Dessors & Desrioux (1996) identificaram a necessidade do resgate da criatividade como uma estratégia saudável para manutenção de um equilíbrio psíquico frente as situações adversas da organização do trabalho.

A necessidade em dar conta do excessivo número de “consulta eventual”, demonstra o quanto um programa como o PSF está vulnerável a questões como esta, que fogem à regra,

ao pré-estabelecido. O trabalhador, por sua vez, não instrumentalizado para lidar com situações fora da norma, que escapam à técnica, fica a mercê da angústia, do desgaste e da frustração por não conseguir responder a sua demanda.

Por isso, a oficina de teatro espontâneo foi proposta, para ajudar os trabalhadores na construção de práticas criativas e inovadoras, possibilitando que atendessem com mais resolutividade a demanda, atenuando seu desgaste.

Relato da Oficina

A seqüência da oficina foi baseada nas etapas do Psicodrama: aquecimento, representação e reflexão.

Como a idéia de fazer essa oficina ocorreu a partir da construção de uma fita de vídeo, foi colocada a opção de filmá-la, mas a maioria dos participantes preferiu não filmar, para se sentirem mais à vontade. Foi colocado que avisassem se em algum momento durante o trabalho mudassem de idéia. A duração foi de uma hora e meia, numa das manhãs, reservadas para reunião do grupo.

Participantes

Dez trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF): médicas, auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, enfermeiras, estagiárias de enfermagem, agentes comunitárias de saúde.

Coordenação

Uma das pesquisadoras, psicóloga.

Aquecimento

Atividades de expressão corporal: andar pela sala em ritmos e maneiras diversas; expressões não verbais de sentimentos, encenações de situações do dia-a-dia; ouvir uma música e encená-la em duplas e depois com o grupo todo.

Representação

Etapas:

1) Contato com o objeto

Um objeto, que tem a ver com o que é o PSF para si mesmo, foi escolhido previamente e depois incorporado. Cada um falou livremente, como se fosse o objeto, sobre como é o PSF para si mesmo. Os objetos escolhidos foram: apagador, papel-picado, régua, agenda, lápis, telefone celular, casaco com identificação de “gestor”, papel pendurado no pescoço com os dizeres: profissional do PSF acompanhado de um pano roxo enrolado no rosto, jaleco, bichinho de pelúcia, chapéu. Alguns significados dados a alguns objetos incorporados foram traduzidos no texto de forma explicativa, como: chapéu-paciente, casaco-gestor, paciente-bichinho-de-pelúcia, profissional-de-PSF-cansado-com-o-rosto-coberto-de-pano-roxo.

2) Entrada nas cenas

A entrada na cena foi estimulada pela coordenadora, mas cada um foi integrando o enredo conforme quisesse, respondendo ou interagindo com os outros. Durante as cenas a coordenadora solicitava para congelar a cena, a fim de fazer pequenas indagações como: quem quer incorporar outro objeto, trocar com o colega, quem mais quer dizer algo sobre essa cena, o que os demais objetos querem dizer para determinado objeto?

3) Construção das cenas

O celular iniciou falando ao papel-picado que representava o compromisso no trabalho, muito necessário no PSF. Entra o casaco-gestor e faz um discurso de cobrança de produção. A régua diz que todo o trabalho tem que ser medido. O chapéu-paciente fala que quer um atendimento. A régua, a agenda, o telefone, o lápis e o papel-picado tentam ver o que é possível fazer para atendê-lo. Coordenadora propõe tirar uma foto imaginária da cena. Uma participante trouxe máquina fotográfica e a cena é fotografada. A mesma participante pergunta se pode filmar só essa parte. Os outros concordam e passa-se a filmar as cenas com a máquina fotográfica da participante. O jaleco entra em cena e diz que ele é um jaleco de estagiária e que vê tudo meio de fora. O paciente-bichinho-de-pelúcia entra em cena e quer atendimento. O jaleco vai atendê-lo. O casaco-gestor entra em cena novamente. Logo em seguida o apagador entra em cena e apaga o casaco-gestor. O profissional-de-PSF-cansado-com-o-rostocoberto-de-pano-roxo entra em cena reclamando de cansaço, muito desgaste. Vai atender o bichinho-de-pelúcia-paciente. O bichinho-de-pelúcia-paciente passa a confortar o profissional-de-PSF-cansado-com-o-rostocoberto-de-pano-roxo. A coordenadora pergunta se alguém quer representar o profissional-de-PSF-cansado-com-o-rostocoberto-de-pano-roxo. O participante que representa o telefone se manifesta. O participante que está representando o profissional-de-PSF-cansado-com-o-rostocoberto-de-pano-roxo troca com o que está representando o telefone. Imediatamente o telefone dá uma palavra sobre como é o trabalho do profissional em tom austero, de conselho. O telefone vai passando para todos que querem dar uma palavra ao profissional-de-PSF-cansado-com-o-rostocoberto-de-pano-roxo. As falas são de ânimo, possibilidades de contar com ajuda da equipe, não desanimar, tirar licença médica, não esquecer de que o atestado tem que ser entregue até 48 horas. Durante as falas o profissional-de-PSF-cansado-com-o-rostocoberto-de-pano-roxo tira o pano roxo e sorri. Encerram-se as encenações.

Reflexões

As pessoas falaram como se sentiram. Iniciaram comentando sobre o apagador apagando o casaco-gestor, de como existe uma cobrança dele (gestor) para com a equipe. Isso tem trazido desgaste, medo, sensação de ser castigado. A cena do profissional-de-PSF-cansado-com-o-rosto-coberto-de-pano-roxo protagonizou o desgaste e foi vivenciada como forma de expressão disso, proporcionando alívio. As palavras finais de avaliação de como foi para si mesmo a experiência foram: bom estar aqui, esperança, desabafo, bom falar dessas coisas dessa forma, foi bom, queria que todos da equipe tivessem participado, manter o que é possível para ficar bem. A coordenadora expressou suas palavras finais com a letra da música de Ivan Lins⁸:

No novo tempo apesar dos castigos
 Estamos crescidos
 Estamos atentos
 Estamos mais vivos
 Pra nos socorrer [...]
 No novo tempo apesar dos castigos
 Estamos em cena
 Quebrando as algemas
 Pra nos socorrer [...]

Resultados e Discussão

A realização da oficina com embasamento teórico no teatro espontâneo partiu de pressupostos importantes elaborados por Moreno (1973): criação espontânea, desenvolvimento de táticas para incidentes inesperados, oportunidade de expressão do sentimento protagonizado num personagem.

Para o desenvolvimento da criação espontânea, recorreu aos primórdios das encenações teatrais, nas quais os atores “montavam o palco de seu teatro em mercados públicos, no seio da comunidade”. Nessa época não havia o ensaio dia após dia, reforçados

⁸ Ivan Lins, Um novo tempo. Rio de Janeiro: Estúdio Discover Digital, 1999, faixa 15 do CD, “Novo tempo”.

antes da noite de estréia. O conteúdo fluía do próprio ator. Nas palavras do autor “era a espontaneidade e a criatividade do self que florescia” (Moreno, 1973, p.17).

No exercício dessa criatividade, o trabalhador de PSF trouxe os sentimentos referentes a sua rotina estressante, possibilitando um momento catártico de expressão e de reflexão. Observou-se isso na cena do profissional sendo confortado pelo usuário, caracterizando o extremo desgaste, levando-o a inverter com ele o seu papel de cuidador.

Nas suas experiências, Moreno (1973) percebeu, através de testes de espontaneidade em laboratório dramático, que havia pessoas que encontravam mais facilidade que outras para o trabalho de espontaneidade. Analisando incansavelmente esses resultados, entendeu que a deficiência de espontaneidade estava relacionada com a dificuldade de lidar com situações inesperadas, com a surpresa. As pessoas agiam de maneira assustada e atordoada ou, por outro lado, ficavam paralisadas. Assim, pode esboçar métodos e técnicas de treinamento da espontaneidade.

Esse treino em lidar com o inusitado foi benéfico para equipe de PSF, considerando as inúmeras situações inesperadas que se impõem numa abordagem nova de promoção à saúde, frequentemente expondo os trabalhadores a atendimentos e demandas antes desconhecidas, que requerem ações ainda em construção. Um exemplo é o aumento da procura da população por atendimentos, principalmente àqueles não agendados, o que tem levado a uma desorganização da rotina e conseqüente desgaste. Esse tema foi encenado logo no início, na cobrança do gestor e na preocupação dos trabalhadores em quantificar tudo que se faz, ou seja, “a régua diz que todo o trabalho tem que ser medido”.

Uma das diferenças apontada por Moreno (1973) entre o teatro espontâneo e o teatro tradicional foi o espaço e o tempo da representação. Enquanto o teatro tradicional elabora a cenografia, texto, coreografia e cenário atrás do palco, o teatro espontâneo traz para o palco todos os processos originários e primários envolvidos na representação. Assim o mundo do

autor da peça, do dramaturgo, é substituído pelo mundo do ator-autor, que ao mesmo tempo cria e já protagoniza sua história, real ou imaginária. Outro ponto importante é que nessa concepção de espontaneidade, não existe separação entre platéia e atores. Há uma totalidade. O ator não quer ser visto ou ouvido, mas co-atuar com todos que estão presentes.

Vindo ao encontro dessa concepção, Dejourns (1996) aponta que o trabalho já é um teatro. É o “teatro do trabalho” (p. 156). O sentido dessa afirmação é que no trabalho o trabalhador pode reeditar sua história, suas capacidades, dificuldades e decepções acumuladas ao longo da vida. Se vivenciado com criatividade, pode ser a substituição do lúdico, do faz-de-conta da infância, garantindo vãos livres da imaginação. É o caminho saudável para lidar com o sofrimento inerente a seu trabalho.

Entretanto, segundo Dejourns (1996) isso requer a abertura de espaços de criatividade. Afirma que “a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexibilidades e opiniões são públicas” (p. 170). Não seria a oficina de teatro espontâneo um desses espaços?

Nas encenações observou-se no trabalhador, uma necessidade contundente de expressão do seu mundo pessoal, através da representação de suas emoções pertinentes aquilo que vivenciava, suas decepções e angústias no trabalho, propiciando uma oportunidade de reflexão e cuidado consigo mesmo. Além disso, possibilitou a interação com o outro, considerando que sempre esteve numa co-atuação, sem que ninguém estivesse num lugar de mero espectador, mas sempre de troca, num fortalecimento mútuo, no aspecto pessoal e na interação com a equipe. A história real dos trabalhadores foi expressa o tempo todo, protagonizada com mais intensidade no final, quando uma trabalhadora é confortada pelos outros, descobrindo o rosto e esboçando um sorriso.

A realização da oficina de teatro espontâneo com os trabalhadores de PSF foi uma oportunidade de vivenciar uma forma prazerosa e construtiva o que é o PSF para cada

trabalhador. Embora uma única experiência não tenha sido suficiente para a construção de práticas mais criativas e menos desgastantes, foi possível apontar um caminho favorável, que se trilhado mais vezes, constituir-se-á em maiores ganhos para todos envolvidos: trabalhadores, usuários e a população em geral.

SEQUÊNCIA DOS TRABALHOS DA DEVOLUTIVA

Após a realização da oficina de teatro espontâneo, os encontros com o subgrupo de trabalhadores continuaram. A questão da “consulta eventual” possibilitou o aparecimento de outras como, acolhimento e reorganização do fluxo de atendimento dos usuários. Na medida em que esse subgrupo avaliava que era necessária a participação de todos os trabalhadores, organizavam-se oficinas com toda equipe, com a participação de usuários.

VI

CONCLUSÃO

O sofrimento psíquico do trabalhador na organização do trabalho foi relatado em momentos diversos, desde experiências agudas e pontuais até um processo contínuo, vivenciado diariamente. O grande envolvimento com o trabalho foi motivo de desgaste porque comprometia a privacidade e a vida pessoal do trabalhador, chegando ao extremo de sonhar com as pessoas e ir ao local de trabalho em dias de feriado e finais de semana, nos quais a unidade não funciona.

A impotência se fez presente em diversas situações do dia-a-dia, desde os atendimentos de rotina, como a consulta eventual, até situações de crise e agravos da saúde do usuário, principalmente nas queixas referentes a saúde mental.

Nesse sentido, Rosa & Labate (2003) apontam semelhanças entre as práticas em PSF e em saúde mental, como a do vínculo, que aproxima o usuário do trabalhador favorecendo o aparecimento de queixas de caráter psíquico. O problema é que por não estarem ainda

preparados para tal demanda, ficam vulneráveis, envolvendo-se pessoalmente nos casos que tratam. O apoio e supervisão das equipes secundárias de atendimento em saúde mental, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) às equipes de PSF torna-se imprescindível, conforme claramente indicado na publicação do Ministério da Saúde sobre esse assunto (BRASIL, 2004c).

Os espaços de grupo foram vistos como resolutivos, entretanto causadores de sofrimento pela falta de tempo para se dedicarem a eles. A correria esvaziava o sentido do trabalho, gerando um desgaste crescente.

A falta de profissionais é colocada como um ponto isolado de desgaste. Mas a questão vai muito além, envolvendo principalmente a desarticulação entre os trabalhadores que já compõem a equipe, inseridos, sem perceberem, numa lógica capitalista de produção de saúde. Atribuem quase tudo ao gestor, responsabilizando uma única pessoa pelas falhas que são de um sistema econômico e político bem mais abrangente na saúde e na sociedade em geral.

Quanto ao trabalho em equipe, o desejo de integração se contrapõe as dificuldades de superar os obstáculos, impedindo um trabalho mais coeso.

De certa maneira, o trabalhador está inserido contraditoriamente num processo de reestruturação da atenção a saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas ao mesmo tempo, amarrado por uma lógica ainda taylorista, capitalista e neoliberal.

O pedido de ajuda se repetiu por diversas vezes, veementemente, com pronta aceitação das intervenções pontuais ou contínuas feitas pelos pesquisadores, como um processo de Educação Permanente em Saúde, compreendida como fundamental para o desenvolvimento de uma atuação “crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005b).

Além disso, Ceccim (2005b) chama a atenção para a formação universitária dos profissionais de saúde, que são ainda incipientes no que diz respeito ao trabalho em saúde. Os gestores reclamam dessa formação, qualificando-a como inadequada. Os docentes também reclamam da falta de compreensão dos gestores na pactuação dos estágios práticos dos alunos nas unidades de saúde. Segundo o autor, as duas reclamações são legítimas e indicam que para uma transformação é necessário uma ação conjunta das duas partes, gestores e universidades, “por mais trabalhoso que isso seja” (CECCIM, 2005b, p. 984).

Durante o desenvolvimento da pesquisa e elaboração do texto final deste trabalho, os resultados parciais foram expostos em alguns congressos. A identificação de trabalhadores de saúde presentes nestes eventos com o sofrimento relatado no trabalho era muito freqüente. O tema tem provocado uma reflexão das próprias vivências dos trabalhadores no seu local de trabalho.

Como já exposto anteriormente, as experiências de trabalho da pesquisadora é que desencadearam o interesse pelo tema. Já no final deste empreendimento, alguns fatos marcaram mais ainda esta vivência. A supervisão de estágio de alunas de 5º ano de Psicologia em uma unidade de PSF, especificamente num trabalho de apoio para os trabalhadores, destacaram mais situações de sofrimento na organização do trabalho, alertando para a urgência de se tomar atitudes firmes sobre a questão. Mas até quando essas coisas continuarão acontecendo sem nenhuma atitude das políticas públicas em respeito a integridade física e psíquica desses trabalhadores?

A proposta apresentada neste trabalho foi na direção de ampliar os espaços de discussão, dar voz ao trabalhador na sua coletividade. A palavra presa na garganta, o sofrimento utilizado como motor para aumento da produção, ficaram como um nó a ser desatado.

A tríade linguagem, trabalho e cooperação como a base na formação do ser humano (CODD, SAMPAIO, HITOMI, 1993) já é uma experiência de sofrimento. A impossibilidade dessa linguagem se materializar nas relações de trabalho cristaliza sofrimentos e naturaliza-os como inevitáveis. É a lógica neoliberal e capitalista que se impõe, passando por cima da característica de ser genérico, livre do ser humano (MARX, 1844/2004).

Felinto (2005) em sua análise do romance “Vidas Secas” de Graciliano Ramos, sobre a seca do nordeste, aponta que a maior seca da qual o autor fala não é a de caráter climático, mas a pobreza de linguagem, os sons grotescos, guturais das personagens. As personagens Fabiano, Sinhá Vitória e os dois filhos que nem nomes têm, conhecidos como Menino Mais Velho e O Menino Mais Novo, vivem de rumações, observando com medo as palavras proferidas pelas pessoas, que lhes parecem sem sentido, inúteis.

Por outro lado, eles “intuem que somente o domínio da linguagem pode levá-los a compreender a natureza hostil e a enfrentar de modo menos desigual os falantes da cidade, o patrão, a autoridade injusta do soldado que os rejeita, os reprime, os explora e humilha” (FELINTO, 2005, p.132).

Essa seca também atinge aos trabalhadores de saúde, que sofrem por terem sua voz calada por outros que falam deles e por eles, mas não lhes garantem voz, nem a participação no processo de construção das políticas em saúde. Talvez sejam os mesmos falantes que as personagens de Graciliano Ramos (2005) teriam que enfrentar: o patrão, a autoridade injusta e repressora do gestor da saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Não é só isso, mas talvez, a parte mais difícil de superar.

Dejours (1992), citando Marx nos seus manuscritos de 1844, acima mencionados, diz que vencido pela vontade do outro, o trabalhador não mais identifica seus próprios desejos, suas necessidades: “A organização do trabalho aí, aparece como veículo da vontade de um

outro, a tal ponto poderosa que, no fim, o trabalhador se sente habitado pelo estranho” (DEJOURS, 1992, p.137).

A produção de saúde contextualizada na organização do trabalho regida por uma lógica capitalista repercute de forma importante na vida e no caminhar do trabalhador do PSF, numa arena de lutas desiguais, que descaracteriza o sentido político de participação comunitária. As decisões ficam a mercê de interesses individuais.

Ao invés disso, a política pública na qual o PSF está inserido requer a compreensão do sentido filosófico do que vem a ser política. Para Arendt (2005) é uma redundância falar-se em política que não seja pública, pois o que caracteriza o fazer político é ser coletivo, público. Em suas palavras o verdadeiro conteúdo da vida política é a

recompensadora alegria que surge de estar na companhia de nossos semelhantes, de agir conjuntamente e aparecer em público; de nos inserirmos no mundo pela palavra e pelas ações, adquirindo e sustentando assim nossa identidade pessoal e iniciando algo inteiramente novo. (ARENDR, 2005, p. 325)

Mas para isso é preciso compreender o emaranhado de dificuldades e entraves que se apresentam num processo coletivo de trabalho. Um movimento de transformação exige que se tenha um olhar para todas essas questões, levando em conta que o trabalhador só se desvencilhará dos mecanismos defensivos quando puder abertamente compartilhar com seus pares outros caminhos mais saudáveis, em coletividade.

VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

AFONSO, L. (Org.). *Oficinas de dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Campo Social, 2001. 150p.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.9, p.150-153, 2001.

ANDRADE, A.N.; ARAÚJO, M.D. Paradoxos das políticas públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z.A. *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.73-87.

ARENDDT, H. *Entre o passado e o futuro*. 5. ed. Tradução Mauro W. Barbosa. São Paulo: Perspectiva, 2005. 348p.

BENJAMIM, W. A obra de arte na época de suas técnicas de reprodução. In: BENJAMIM, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.W.; HABERMAS, J. *Textos escolhidos*. São Paulo: Abril, 1980. p.3-28.

BICHUETTI, J.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.433-438, 2005.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22p.
BIOSIS. **Serial sources for the BIOSIS preview database**. Philadelphia, 1996. 468p.

BLEGER, J. *Temas de psicologia entrevistas e grupos*. Tradução Rita Maria M. de Moraes, revisão Luís Lorenzo Rivera. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 137p.

BRANT, L.C.; GOMEZ, C.M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.10, n.4, p.939-952, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. Disponível em: <http://www.portalweb01.saude.gov.br/saude> . Acesso em 18 maio de 2004.

BRASIL. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996. p. 15-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. *Dispõe sobre a NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde*. Brasília, 2001. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília, 2002. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Materno Infant.*, v.3, n.1, p. 113-125. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e educação na Saúde. Departamento de gestão e regulação do trabalho em Saúde. Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS: relatório. Brasília, 2003b. 54p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente dos trabalhadores do Ministério da Saúde (PNEP-MS)*. 2004a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnep.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, 2005. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 2006. Seção 1. Disponível em: <http://www.diariooficial.com.br> Acesso em: 29 set. 2006.

CAMELO, S.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v.12, n.1, p.14-21, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.229-292.

CECCIN, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic., Saúde. Educ*, v.9, n.16, p.161- 177, 2005a.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, n.10, v.4, p.975-986, 2005b.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev. Saúde Colet.*, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1980. 528 p.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. ; HITOMI, A.H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, Vozes, 1993. 280p.

COHN, A.; MARSIGLIA, R.G. Processo e organização do trabalho. Em: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, M.R.; BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.56- 75.

DAVOLI, C. Aquecimento: caminhos para dramatização. *Rev. Bras. Psicodrama*, v.5, n.1, p.51-61, 1997.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. 5.ed. São Paulo: Oboré, 1992. 168p.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Tradução Luiz Alberto Monjardim. 7. ed. São Paulo: FGV. 2006. 156p.

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

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Tradução Maria Irene S. Betiol, revisão Edith Seligmann-Silva. *Rev. Adm. Empres.*, v.33, n.3, p.98-104, 1993.

FACCHINI, L.A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, M.R.; BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.33-55.

FACÓ, E.F.; VIANA, L.M.O.; NUTO, S.A.S. O cirurgião-dentista e o Programa Saúde da Família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*, v.18, n.2, p.70-77, 2005.

FELINTO, M. Posfácio. In: GRACILIANO, R. *Vidas Secas*. 97. ed. Record: Rio de Janeiro, 2005. p. 129-139.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.10, n.2, p.347-355, 2005.

FERREIRA, L. D.; MACIEL, R. A.; PARAGUAY, A. I. A contribuição da ergonomia. Em: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, M. .R.; BUSCHINELLI, J. T. P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes. 1993. p. 216-231.

FIGUEROA, N. L.; SCHUFER, M.; MUIÑOS, R.; MARRO, C.; CORIA, E. A. Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. *Psicol. Reflex. Crit.*, v.14, n.3, p.653-659, 2001.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

FOUCAULT, M. (1975) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramallete. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 288p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E., E.; JUNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Hucitec: São Paulo, 2006. p. 53-160.

GALLIANO, A.G. *O método científico: teoria e prática*. São Paulo: Harbra, 1986. 200p.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.L.; MENDONÇA, M.G.V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.3, p.607-616, 2001.

GONÇALVES, M.G.M. O método de pesquisa materialista histórico e dialético. In: ABRANTES, A.A.; SILVA, N.R.; MARTINS, S.T.F. *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2005. p.86-104.

HELOANI, J.R. *Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho*. Atlas: São Paulo, 2003. 240p.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo Perspec.*, v.17, n.2, p.102-108, 2003.

HELOANI, J.R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Rev. Prod.*, v.14, n.3, p.77-86, 2004.

HENNINGTON, J. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.1, p.256-265, 2005.

LANCETTI, A. *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2000. 220p. (Saúdeloucura, 7)

LANE, S.T. O processo grupal. In: ___ e CODO, W. (Org.). *Psicologia social - o homem em movimento*. SP: Brasiliense, 1984. p. 78-98.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.1, p.55-61, 2004.

MARTINS, S.T.F. O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A.A.; SILVA, N.R.; MARTINS, S.T.F. *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2005. p.139-154.

MARTINS, S.T.F. Processo grupal e a questão do poder em Martin-Baró. *Psicol. Soc.*, v.15, n.1, p.201-217, 2003.

MARX, K. (1844) Trabalho alienado. In: MARX, K. *Manuscritos econômicos-filosóficos*. Tradução Alex Martins. São Paulo: Martin Claret, 2004. p.110-122.

MARX, K. (1867) *O capital: crítica da economia política*. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. 579p.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MEDEIROS, M.S.; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.7, n.3, p.571-579, 2002.

MENDES, A. As inquietudes do financiamento da Seguridade Social e o SUS. In: Conselho Federal de Psicologia. *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*. Brasília, 2006. p.41-59.

MERHY, E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, p.147-149, 2001.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec: São Paulo, 2002a. 189p.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002b. p.71-111.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. 269p.

MORENO, J. L. *O teatro da espontaneidade*. São Paulo: Summus, 1973. 152p.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.*, v. 1, n. 1 p. 56-68, 2003.

OLIVEIRA, M.R.; PALHA, P.F. Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores de saúde do nível médio e elementar nas equipes de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v.28, n.67, p.100-111, 2004.

PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.4, n.2, p.243-261, 1999.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.9, p.143-146, 2001.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). *Saúde do adulto programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-250.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, v.53, n.2, p.251-263, 2000.

PITTA, A.M.F. Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.41, n.1, p.43-50, 1992.

PITTA, A.M.F. *Hospital, dor e morte como ofício*. 5.ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003. 198p.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. *Rev. Bras. Enferm.*, v.56, n.3, p.230-235, 2003.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.13-18.

SATO, L. Psicologia, saúde e trabalho: distintas construções dos objetos “trabalho” e “organizações”. In: TRINDADE, Z.A. *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.167-178.

SATO, L.; BERNARDO, M.H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.10, n.4, p.869-878, 2005.

SÁ, M.C. O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciênc. Saúde Colet.*, v.4, n.2, p.243-261, 1999.

SCHMIDT, M.L.S. Políticas públicas e saúde mental: In: TRINDADE, Z.A. *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.55-71.

SELIGMANN-SILVA, E. Uma história de “crise de nervos”: saúde mental e trabalho. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, M.R.; BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.609-635.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 322p.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. Em: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Ateneu, 2003. v.2, p.1142-1182.

SILVA, A.M.M. Teoria da auto-eficácia. In: COLETA, M.F.D. (Org.). *Modelos para pesquisa e modificação de comportamento de saúde*. Taubaté: Cabral, 2004b. p.131- 168.

SILVA, C.A.B. Os dez anos do programa Saúde da Família – PSF (editorial). *Rev. Bras. Prom. Saúde*, v.17, n.3, p.97-98, 2004a.

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

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, p.75-96, 2002.

SILVA, J.J. *Apoio ao Programa Saúde da Família*. Biblioteca Virtual em Saúde, Brasil. 01 set. 2002. Entrevista concedida a L.F. Rolim-Sampaio.

SILVA, M.F.S. A psicologia social e a psicologia (social) do trabalho. In: SILVA, M.F. S.; AQUINO, C.A.B. (Orgs.). *Psicologia social: desdobramentos e aplicações*. São Paulo: Escrituras, 2004c. p.93-113.

SILVA, M.R.F.; JORGE, M.S.B. Prática dos profissionais no Programa de Saúde da Família: representações e subjetividades. *Rev. Bras. Enferm.*, v.55, n.5, p.549-555, 2002.

SILVINO, Z.R. *O desgaste mental no trabalho dos enfermeiros: entre o real e o prescrito*. 2002. 112p. Tese (Doutorado) - Escola Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SPAGNUOLO, R.S. *Coordenar equipes multiprofissionais: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família*. 2006. 163p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – a assistência à saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.*, v.53, n.2, p.193-206, 2000.

TURATO, E.R. Método clínico-qualitativo: definições diferenciais e fundamentações. In: TURATO, E. R. (Org.). *Psicologia da saúde: estudos clínico-qualitativos*. Taubaté: Cabral, 2003. p.27-38.

VECCHIA, M. D. *A saúde mental no Programa de Saúde da Família*. Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

VERAS, V.S.D. *Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de enfermagem?* 2003. 130p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

VIEIRA, C.M.; CORDEIRO, M.P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. *Arq. Bras. Psicol.*, v.57. n.1, p. 58-74, 2005.

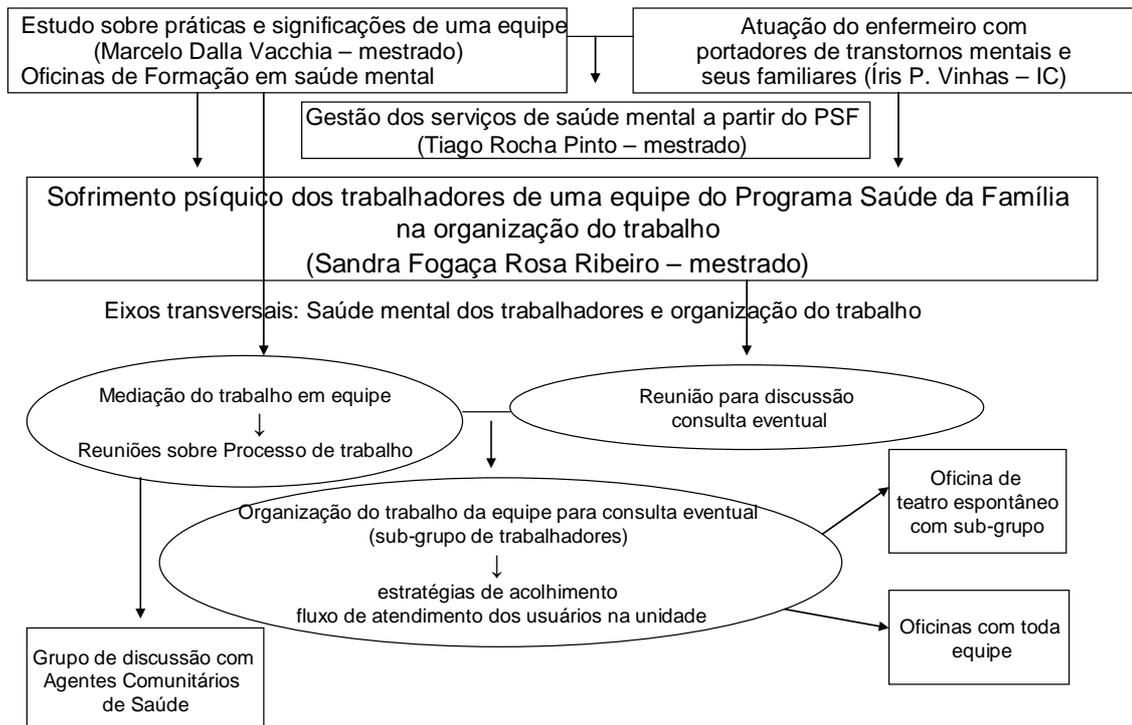
VIEIRA, E.T.; BORGES, M.J.L.; PINHEIRO, S.R.M.; NUTO, S.A.S. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Prom. Saúde*, v.17, n.3, p.119-126, 2004.

VIGOTSKI, L.S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Tradução José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 191p.

Anexo 1

Síntese do Desenvolvimento do Projeto Temático

Síntese do Desenvolvimento do Projeto Temático
 “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família”.
 Coordenação: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins



Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa: “O sofrimento psíquico do trabalhador do Programa de Saúde da Família na organização do trabalho”, com o objetivo de identificar qual a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho, considerando os benefícios no desenvolvimento profissional desses trabalhadores, sob a responsabilidade e orientação de Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins.

Qualquer dúvida quanto ao procedimento e metodologia será esclarecida antes e durante a pesquisa. Se for necessário algum tipo de atendimento específico será feito encaminhamento para os respectivos profissionais.

Caso, durante o estudo for identificada a vontade de deixar de participar da pesquisa, isso será prontamente atendido, sem qualquer prejuízo ao trabalhador na unidade.

Fica autorizado que a entrevista seja gravada em fita K-7, com o compromisso de sigilo das informações, concordando que os conteúdos sejam utilizados para efeito de análise e divulgação científica, sendo preservada a identidade do entrevistado, acompanhado de um compromisso de proporcionar informação após a conclusão do estudo.

Fica claro que o participante da pesquisa pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, deixando de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional, conforme Código de Ética do Psicólogo.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

_____ de _____ de 2005.

Trabalhador(a) Entrevistado(a)

Pesquisadora Sandra Fogaça R.Ribeiro

Pesquisadora: Sandra Fogaça Rosa Ribeiro
R. Raposo Tavares, 989, Pque Antártica
18683510 – Lençóis Paulista/SP
Tel.: (14) 3264 - 4321
E-mail: jsjv@ig.com.br

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina, UNESP-Botucatu
Telefone: (14) 3811-6260 E-mail: stfm@fmb.unesp.br

Anexo 3**Letra da música (cópia sem acertos de ortografia do original)**

SEU DELEGADO NÃO AGUENTO MAIS,
VOU DAR UM FIM NA MINHA VIDA
EU NÃO TENHO PAZ

EU SOU VIÚVO TENHO UM FILHO MOÇO
ARANJEI UMA VIÚVA E QUIS ME CASAR
MAIS A MINHA SOGRA QUE É MUITO TEIMOSA
COM O MEU FILHO QUIS SE MATRIMONIAR

DESSE MATRIMÔNIO NASCEU UM GAROTO
DESDE ESSE DIA QUE EU ANDO LOUCO

ESTE GAROTO É FILHO DO MEU FILHO
SENDO FILHO DA MINHA SOGRA
É IRMÃO DA MINHA MULHER
ELE É MEU NETO E EU SOU CUNHADO DELE
E MEU FILHO, MEU SOGRO É

NESSA CONFUSÃO EU JÁ NEM SEI QUEM SOU
ACABA ESSE GAROTO SENDO MEU AVÔ.

Anexo 4

Quadro de Facilidades e Dificuldades

<i>Dificuldades</i>	<i>Facilidades</i>
Clareamento da política municipal (sem acordos, imposta)	Adesão vínculo
Proximidade com as dificuldades (familiar, pessoais, sociais)	Aceitação comunidade
Impossível trabalhar com 1000 famílias	Mudança estratégia – facilita a realização de atividades
Necessidade da população de ser cuidada falta de entendimento frente ao PSF	Grupos a comunidade está se integrando
Dificuldades de realização de visitas – número aumentado de consultas	ACS na equipe
Falta recadastramento anual	Inclusão de residentes
Intersectoriedade inexistente	
Mau atendimento de especialidades	
Dificuldades referência e contra-referência	
Formação e capacitação dos profissionais	
Falta de ultra-som, mamografia	
Falta de humanização	
Treinamento para todos da equipe	
Falta de clareza do papel do residente	

Anexo 5

Ficha de pré-consulta

USF

2005

NOME:.....

ÁREA:MICRO ÁREA:FAMÍLIA.....

MT:.....DN.....IDADE.....

PESO:.....Alt:.....PA.....T:.....

DATA DO ATENDIMENTO:.....FUNCIONÁRIO.....

Anexo 6

Propostas da Reunião sobre Processo de Trabalho

Obs.: listada com a participação do plenário, dividido por grupos, segundo as apresentações feitas.

Grupo 1

Colocar em todas reuniões a função dos ACS para comunidade

Ordenar fluxo

Ponte entre acolhimento e eventual

Cooperação no trabalho (aux. enfermagem)

Aumentar número de auxiliares

Reuniões semanais

Grupo 2

Contrato comunicação

Quadro de avisos (otimizar por tipos) de cortiça e no corredor atualizado/ comissão responsável

Escala para espaço físico

Grupo 3

Oficina de talentos (e a demanda?)

Discussão de experiências anteriores, particulares, caixa “poço de desejo”

Estratégias para criar e melhorar atividades

Grupo 4

Alguém para cuidar dos cuidadores (não da administração)

Reunião para resolver problemas de relacionamento dentro da equipe

Grupo 5

Fazer relatórios quinzenais, com todos fazendo, para o gestor

Autonomia para traçar projetos com parceiros

Gestão coletiva/ coordenação técnica (em PSF)