



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

MARIA DO SOCORRO ROBERTO DE LUCENA

**Análise da relação trabalho e saúde de psicólogos dos Núcleos de Apoio à
Saúde da Família-NASF**

CAMPINA GRANDE-PB

2017

MARIA DO SOCORRO ROBERTO DE LUCENA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DE PSICÓLOGOS
DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF**

Dissertação apresentada por Maria do Socorro Roberto de Lucena ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a . Dra. Thaís Augusta Cunha De Oliveira Máximo

CAMPINA GRANDE-PB

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L935r Lucena, Maria do Socorro Roberto de.
Análise da relação trabalho e saúde de psicólogos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [manuscrito] / Maria do Socorro Roberto de Lucena. - 2017.
129 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.
"Orientação: Profa. Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Departamento de Psicologia".

1. Trabalho. 2. Psicodinâmica do trabalho. 3. Saúde do psicólogo. 4. Psicólogo. I. Título.

21. ed. CDD 158.7

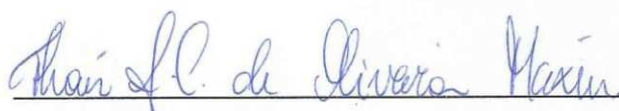
MARIA DO SOCORRO ROBERTO DE LUCENA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DE PSICÓLOGOS
DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF**

Dissertação apresentada por Maria do Socorro Roberto de Lucena ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovada em 17/03/2017

BANCA EXAMINADORA



Prof^ªDr^ª Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo / UFPB
Orientadora



Prof^ªDr^ª. Josevânia Silva / UEPB
Examinadora



Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo / UFPB
Examinador

Dedicatória

A Deus, que é meu auxílio, escudo e força.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em minha vida. *Muitas são as aflições dos justos, mas o Senhor o livra de todas.* (Salmos 34:19).

Aos psicólogos, participantes desta pesquisa, pela confiança e por abdicarem um pouco de seu tempo, para nos conceder as entrevistas e compartilhar do seu trabalho. Espero que essa pesquisa contribua para dar visibilidade a sua atividade e ao seu papel social, e que seja vetor de ações para a melhoria de suas condições de trabalho e de saúde.

Aos diretores dos distritos sanitários I, IV e V pela cordialidade com que me receberam e me trataram, e pela confiança na pesquisa.

A minha mãe, Ivone, pelo exemplo de Fé, por acreditar que eu conseguiria vencer os obstáculos, mesmo quando eu duvidava disso.

A toda a minha família, pela paciência que tiveram comigo durante os momentos de nervosismo e preocupação com as dificuldades e pressões que passei durante esses dois anos de mestrado.

A minhas amigas Sara, Débora e Fernanda, pela torcida e apoio, por me incentivarem a prosseguir, mesmo diante do contexto de adversidades.

A minha amiga Anna Karenyna e sua família, pela sempre disponibilidade mostrada em me ajudar e por ter me acolhido em sua casa durante a minha estadia em Campina Grande-PB. Sua amizade e o carinho de sua família foram alentos para meu coração enquanto estava distante de casa.

A meus amigos Joenilton e Josinaldo, a companhia de vocês é sempre bem-vinda e um alívio para o cansaço e tristeza.

A minha orientadora, Prof^a. Dra. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, por ter acreditado e investido em minha proposta de pesquisa e pelo profissionalismo.

A professora Josevania e ao professor Anísio por terem aceitado o convite para compor a banca de examinadores e pelas contribuições trazidas para que esse trabalho fosse concluído.

A todos os colegas, professores e demais funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da UEPB.

E, aos demais, que de alguma forma, contribuíram para a realização desse sonho.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e os humildes”.

Cora Coralina.

RESUMO

Os psicólogos são inseridos oficialmente na atenção básica, através da atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Com tal situação passam a vivenciar uma diferente e complexa conjuntura laboral, que se distancia consideravelmente dos espaços de atuação tradicionais, como clínicas e consultórios. Nesse sentido, estes profissionais se confrontam com o cenário do trabalhar na saúde pública, que, por vezes, se dá sob condições precárias e que, diariamente, coloca os trabalhadores em contato com o sofrimento e problemas sociais. Considerando esse contexto e entendendo que o trabalho pode influenciar positivamente ou negativamente a saúde dos trabalhadores, esta dissertação tem como *objetivo geral* analisar a relação trabalho e saúde de psicólogos dos NASFs. Utilizou-se da Psicodinâmica do trabalho como referencial teórico, visto que, possibilita investigar o tema, pelas vivências subjetivas, de forma contextual e dinâmica. Quanto ao método, esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo. Os instrumentos usados foram questionário sócio-demográfico, e roteiro de entrevista semiestruturado. Também foram feitas observações do trabalho. A perspectiva adotada para a análise dos dados foi a análise de conteúdo categorial. Participaram desta pesquisa, sete psicólogos, com idades variando entre 29 e 53 anos, a maioria do sexo feminino. Os resultados encontrados foram organizados e apresentados em quatro categorias temáticas: organização do trabalho do psicólogo apoiador; a atividade do psicólogo do NASF; relações intersubjetivas: com colegas, supervisores hierárquicos e usuários; e processo trabalho-saúde-doença. Estas categorias revelam a realidade de trabalho desses profissionais, bem como, o estado de saúde dos trabalhadores. Em síntese verifica-se que o desenvolvimento da inteligência prática, da mobilização subjetiva, e da cooperação se apresentam como necessárias para que os psicólogos alcancem os objetivos de sua atividade. Além disso, constata-se que a relação dos psicólogos com os entraves de seu trabalho, ora é vivenciada de forma prazerosa, ora como fonte de sofrimento, a depender das condições organizacionais. Assim, destacamos os espaços para a inventividade e autonomia, as relações intersubjetivas pautadas na solidariedade e no reconhecimento, como condições fundamentais para não quebrar a mobilização subjetiva e como vias de promoção da saúde no trabalho desses profissionais.

Palavras-chave: Trabalho; Saúde; Psicólogo; NASF.

ABSTRACT

Psychologists are officially included in basic care through their role in the Family Health Support Centers (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF). Against this backdrop, these professionals start to experience a different and complex work environment, which distances itself considerably from the traditional spaces of action, such as clinics and offices. In this sense, the psychologist is also confronted with working in the scenario of public health, which sometimes occurs under precarious conditions and puts workers in contact with suffering and social problems on a daily basis. Thus, considering this context and understanding that the work can influence positively or negatively the health of these workers, this dissertation has as general objective to analyze the relation between work and health of psychologists at the NASFs. As theoretical approach used in this paper, the Psychodynamics of work was discussed, since it allows to investigate the subject through subjective experiences in a contextual and dynamic way. As for the method, this research is a qualitative study. The instruments used were a sociodemographic questionnaire, and a semi-structured interview script. Observations of the work were also made. The perspective adopted for the analysis of the data was the category content analysis. Seven psychologists aged between 29 and 53 years, the majority being female, took part in the survey. The results were organized and presented in four thematic categories: work organization of the supportive psychologist; The activity of the NASF psychologist; Intersubjective relationships: with colleagues, hierarchical supervisors, and users; And work-health-disease process. These categories reveal the reality of the work of these professionals, as well as the health conditions of the workers. In summary, the development of practical intelligence, subjective mobilization, and cooperation are seen as necessary for psychologists to achieve the objectives in their activity. Moreover, it is observed that the relationship of psychologists with the obstacles in their work is sometimes experienced pleasantly, sometimes as a source of suffering, depending on organizational conditions. Thus, we highlight the spaces for inventiveness and autonomy, the intersubjective relations based on solidarity and recognition, as fundamental conditions for not breaking the subjective mobilization and also as ways of promoting health in the activity of these professionals.

Keywords: Work; Health; Psychologist; NASF.

LISTA DE SIGLAS

CEBES- Centro de Estudos Brasileiro de Saúde

CFP- Conselho Federal de Psicologia

CREPOP- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

DS- Distrito Sanitário

EAB- Equipes de Atenção Básica

ESF- Estratégia Saúde da Família

EqSF- Equipe de Saúde da Família

GPST- Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho

IAP- Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PACS- Programa Agente Comunitário de Saúde

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PDT- Psicodinâmica do Trabalho

PPT- Psicopatologia do Trabalho

PSF- Programa Saúde da Família

P – Psicólogo

SUS- Sistema Único de Saúde

TAGV- Termo de Autorização de Gravação de Voz

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC- Transtorno Mental Comum

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Capítulo I- Da reforma sanitária à inserção da Psicologia na atenção básica	17
1.1. A Era do Regime Militar e o Movimento Sanitarista	17
1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
1.3. Política de Atenção Básica	25
1.4. Inserção do Profissional de Psicologia na Atenção Básica.....	30
CAPÍTULO II- APORTE TEÓRICO	35
2.1. Da Psicopatologia do trabalho à Psicodinâmica do Trabalho.....	35
2.2. Conceito de Saúde	38
2.3. Trabalho	41
2.4. Inteligência da Prática.....	43
2.5. Coordenação e Cooperação	46
2.6. Reconhecimento no Trabalho	50
2.7. Estratégias Defensivas	52
CAPÍTULO III - MÉTODO	57
3.1. Tipo de pesquisa	57
3.2. Participantes.....	57
3.3. Instrumentos e técnicas.....	58
3.4. Procedimentos de coleta de dados	59
3.5. Análise dos dados	62
CAPÍTULO IV-RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4.1. Caracterização dos Participantes:	64
4.2. Organização do Trabalho do Psicólogo Apoiador	66
4.3. A Atividade do Psicólogo do NASF	78
4.3.1 <i>Prescrições</i>	78

4.3.2. <i>Trabalho Real</i>	81
4.4. Relações Intersubjetivas: com colegas, supervisores hierárquicos e usuários...	87
4.4.1 Formação profissional.....	87
4.4.2 Trabalho coletivo e cooperação	89
4.4.3 Reconhecimento no trabalho	92
4.5. Processo trabalho-saúde-doença	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	121
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	122
Apêndice B- Termo de autorização para gravação de voz.....	124
Apêndice C- Dados sócio demográficos.....	125
Apêndice D- Roteiro de entrevista semiestruturada	126
ANEXOs	128

INTRODUÇÃO

O Brasil tem absorvido crescente contingente de profissionais nos serviços públicos de saúde. Esse fenômeno pode ser compreendido pelas mudanças sociais e econômicas ocorridas a partir da década de 1960. Dentre tais mudanças, destaca-se em primeiro lugar: o movimento em prol do desenvolvimento do terceiro setor da economia, com a criação e ampliação dos postos de trabalho público, a fim de absorver a crescente população das cidades e como ingrediente necessário para o financiamento da política de gastos públicos. Em segundo lugar, o movimento sanitarista, cujo objetivo maior era a democratização da saúde, que culminou com a reformulação deste setor no país, tendo como principal expoente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Médici, 1986).

Os serviços e ações no âmbito do SUS são pensados e organizados com a finalidade de alcançar ou operacionalizar a produção de saúde como um direito de todo cidadão e promover a superação do modelo médico-assistencialista de atenção à saúde por um modelo de atenção pautado em uma visão positiva de saúde, no qual, esta, deixa de ser apenas ausência de doença, e passa a ser compreendida e problematizada como resultante de um processo multidimensional, que inclui fatores biológicos, físicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais. Fala-se, portanto de um modelo integral de atenção à saúde. Nesse sentido, surge a necessidade de equipes multidisciplinares para lidar com a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, favorecendo assim a continuidade da inserção e reconhecimento de novas categorias profissionais e conseqüentemente a diversidade da força de trabalho na saúde pública (Silva & Costa, 2008; Dimenstein, 2001; Ribeiro & Martins, 2011; Giacomozzi, 2012).

Dentre essas novas categorias têm-se os psicólogos. Apesar destes profissionais já estarem presentes nas equipes de saúde, a atuação ocorria nos hospitais e manicômios, mas sua inserção como força de trabalho no âmbito do SUS dá-se sob uma nova proposta de atuação. A interface da Psicologia com a saúde pública acontece pelo reconhecimento da importância da contribuição desse campo de saber-fazer, nos diferentes níveis de atenção a saúde (Dimenstein & Macedo, 2012; Giacomozzi, 2012).

No tocante ao primeiro nível, que é denominado de atenção básica, os psicólogos são inseridos oficialmente como força de trabalho pela atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é um dispositivo de apoio especializado, criado pelo Ministério da

Saúde e regulamentado pela portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que tem como objetivo final prestar retaguarda assistencial e técnico-pedagógica as equipes de saúde da família (EqSF), através da formação de uma rede de compartilhamento e coresponsabilização entre os dois serviços, para o desenvolvimento de práticas e ações nesse nível de atenção a saúde, o chamado matriciamento.

Apesar da inserção do psicólogo no NASF passar pela consideração de que esses profissionais podem auxiliar as EqSF no lidar com as questões de saúde mental, a contribuição requerida em nada tem a ver com a prática clínica tradicional, em que a preocupação principal do psicólogo seria os aspectos intrapsíquicos e a psicoterapia o caminho de atuação (Azevedo & Kind, 2013). Contudo, espera-se que o psicólogo tenha uma postura condizente com uma visão ampliada da relação sujeito e sociedade, em que a ideia de coletividade deva prevalecer no desenvolvimento de suas ações (Freire & Pichelli, 2013).

Mas, de acordo com Giacomozzi (2012) a avaliação da inserção do psicólogo nesse espaço tem demonstrado que sua atuação se distancia do perfil de profissional demandado para o trabalho dentro do projeto SUS. Por vezes, este tem adotado uma prática ancorada em concepções teóricas cristalizadas ao longo do desenvolvimento da Psicologia, como a clínica individualizante, a tradição do diagnóstico, corroborando assim uma prática dentro do modelo curativo e assistencialista.

Em Freire e Pichelli (2013) foi investigado a percepção que os psicólogos apoiadores matriciais, ou seja, que desenvolviam um trabalho nos NASFs em João Pessoa-PB, possuíam de suas atividades e se estas correspondiam às diretrizes estabelecidas pelo SUS. Os resultados apresentados mostraram que apesar de haver uma tendência para adoção de novas práticas, estes profissionais ainda apresentam crenças e práticas enraizadas no modelo biomédico, encontrando dificuldades em desenvolver novas atividades e no estabelecimento de relações com os demais profissionais.

Sabe-se que em parte as dificuldades dos psicólogos em lidar com as demandas da clientela e das instituições de saúde, ou em se adaptar as condições e relações de trabalho, ou ainda as exigências de responsabilidade social, aos princípios de qualidade, da ética e da cidadania, postos pelo SUS, tem suas raízes na formação oferecida aos psicólogos, que ainda deixa muito a desejar, pois em paralelo a abertura dada a Psicologia na arena da saúde pública, não se observou uma contextualização, uma revisão ou até uma mudança nas suas formas tradicionais de atuação (Dimenstein, 2001; Giacomozzi, 2012).

Além disso, os psicólogos passam a fazer parte de uma nova conjuntura laboral, que se distancia consideravelmente do ambiente hospitalar e dos consultórios e clínicas, que durante muito tempo constituíram os lugares de referência de atuação desses profissionais. O trabalhar na saúde, lhes oferece a vivência de diferentes situações de trabalho. Segundo Assunção (2011), são variadas formas de organização e produção, e é constate a incorporação de novas tecnologias, diferentes formas de contratação, por vezes, através de contrato por tempo delimitado, diferentes condições de trabalho, na maioria das vezes adversas. Ademais, existe um quadro de salários rebaixados, ausência de planos de cargos e ascensão na carreira, baixa valorização do trabalho por parte da gestão e população, e as relações laborais que são um fator determinante para o desenvolvimento desse trabalho, pois exige o agir coletivamente, por vezes, são relações conflituosas, competitivas ou de submissão.

Ainda segundo a autora, soma-se a isso, o fato de que o trabalhar na saúde, coloca os profissionais diariamente em contato com a dor, o sofrimento, a morte, então são quase sempre, situações de trabalho permeadas pelo desgaste físico e psicológico, e isso tem reflexos na saúde desses trabalhadores. Em um estudo feito com os trabalhadores da rede básica de saúde da cidade de Botucatu-SP, Braga, Carvalho e Binder (2010) registraram que 42,6% dos 378 trabalhadores apresentavam algum Transtorno Mental Comum-TMC, associados ao elevado desgaste, tendo as condições de trabalho como fator contributivo.

Diante do exposto, compreende-se que a inserção dos psicólogos nesse novo espaço de atuação trouxe para a Psicologia, como campo de saber-fazer, questões epistemológicas, políticas e técnicas, que podem repercutir no sucesso do trabalho, que por sua vez, podem refletir na qualidade dos serviços prestados e na saúde desses profissionais.

Ademais, destaca-se também o contato que a pesquisadora teve com esta realidade de trabalho, durante sua prática profissional como psicóloga apoiadora em uma cidade situada no interior da Paraíba. As observações informais, os questionamentos, as reflexões, muitas vezes compartilhadas com outros profissionais da área inseridos no mesmo contexto, foram combustíveis para o desejo de investigar essa conjuntura.

Assim, após esse panorama sobre a relevância e os motivos, que respaldaram a escolha da temática, justifica-se o interesse em estudar o trabalho do psicólogo dos NASFs e a influência deste em sua saúde.

Para tanto, procurou-se respaldo teórico na Psicodinâmica do trabalho (PDT), visto que essa abordagem oferece elementos de entendimento e análise das situações laborais, via olhar dinâmico e contextual, em que a subjetividade dos sujeitos é condição no acesso a realidade de trabalho.

Tendo em vista o cenário que se apresenta de pertinência à investigação dos aspectos relacionados à nova e complexa conjuntura laboral, cujo psicólogo vem cada vez mais, se inserindo e da pertinência em importar-se com os reflexos que a mesma pode ter sobre sua saúde, toma-se como **objetivo geral** de estudo: analisar a relação trabalho e saúde de psicólogos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da cidade de João Pessoa-PB. Como **objetivos específicos**, foram estabelecidos:

- Conhecer a atividade do psicólogo do NASF;
- Delinear a organização e condições de trabalho;
- Identificar as expressões de cooperação e de reconhecimento que possam existir na atividade laboral;
- Caracterizar o processo trabalho-saúde-doença.

A construção e organização do texto foram pensadas com o intuito de fornecer ao leitor a possibilidade de acompanhar o passo a passo do estudo de nosso tema de pesquisa, que vai desde a contextualização sócio-histórica, até as abordagens teórica e metodológica, concluindo com as análises das entrevistas e observações. Nesse sentido, a dissertação está dividida em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, procuramos estabelecer uma linha cronológica das transformações que possibilitaram a inserção dos psicólogos como força de trabalho na atenção básica, via NASF. Descrevendo assim, os acontecimentos sociais, políticos, econômicos, intelectuais e culturais que respaldaram a atual interface entre Psicologia e saúde coletiva. Como também, procuramos identificar sob que expectativas de atuação e de papel social estava resguardada a abertura dada aos psicólogos nessa esfera dos serviços públicos.

No segundo capítulo, apresentamos o referencial teórico da pesquisa, destacando de forma sucinta os elementos fornecidos pela Psicodinâmica do trabalho para investigação e análise do tema abordado.

O terceiro capítulo é composto pela descrição do método utilizado, ou seja, trata-se da exposição do percurso metodológico que orientou a pesquisa. Assim, justifica-se a abordagem de pesquisa escolhida, e também descreve como se deu a coleta e análise dos dados, e as questões éticas.

Em relação ao quarto capítulo, expõem-se os resultados e a discussão a partir da análise dos depoimentos e observações da atividade laboral. Nesta secção, é possível compreender a realidade de trabalho dos psicólogos apoiadores, evidenciando suas vivências subjetivas. As categorias temáticas construídas a partir dos relatos dos profissionais versam sobre: organização e condições de trabalho, atividade do psicólogo do NASF, relações intersubjetivas: com colegas, supervisores hierárquicos e usuários, e processo trabalho-saúde-doença.

CAPÍTULO I

Da reforma sanitária à inserção da Psicologia na atenção básica

Este capítulo apresenta o percurso histórico e social que possibilitou a inserção do psicólogo como força de trabalho das políticas públicas de saúde, sobretudo nas voltadas aos cuidados primários em saúde. Ademais, trata das implicações que esses novos espaços de atuação, tiveram para este campo de saber-fazer.

1.1. A era do regime militar e o movimento sanitarista

A década de 1970 significou para o Brasil, uma conjuntura de crises provenientes de diferentes mudanças: políticas, econômicas, intelectuais e sociais (Teixeira, 2009). Nessa época o país vivia o autoritarismo militar, caracterizado pela falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, censura, perseguição política, repressão aos que eram contra o regime (Bertolozzi & Greco, 1996). Outro destaque foi o fracasso das políticas sociais, especialmente na saúde. O quadro epidemiológico da população brasileira era marcado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infectocontagiosas, de enfermidades como malária, doença de chagas e altos índices de acidentes de trabalho (Bertolozzi & Greco, 1996; Paiva & Teixeira, 2014).

Em meio a essa situação, ocorre à unificação pelos militares dos IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões, criados na década de 1930. Eles eram uma espécie de seguridade social, na qual o trabalhador tinha direito a alguns benefícios, inclusive assistência médica. Cria-se então com a unificação, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa medida possibilitou a abrangência dos serviços a um grande número de trabalhadores, visto que anteriormente os IAPs eram limitados a algumas categorias e aos trabalhadores formais. Dentre esses serviços estava a assistência médica, passando a ser garantida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) através da compra de serviços de saúde, principalmente hospitalares, da iniciativa privada (Bertolozzi & Greco, 1996; Vargas, 2008; Costa, 2014).

O sistema previdenciário se mostrou por algum tempo bastante positivo para o acúmulo de recursos financeiros do governo militar, pois com a abrangência da seguridade social, aumentou a base de contribuições. Entretanto continuava assinalando a dicotomia entre saúde pública e assistência médica (Bertolozzi & Greco, 1996; Vargas, 2008).

A primeira tratava do modelo assistencial público, pautado em ações de prevenção de doenças, prolongamento e promoção da saúde através da higiene e da educação sanitária, com administração e programação a nível estadual e alguns resíduos no nível municipal, destinadas à população pobre ou aos trabalhadores informais. A segunda, a já citada assistência médica, tinha como finalidade o tratamento e a cura, era oferecida pelo sistema de seguridade social, ou seja, previdenciário, sob a aquisição de serviços de saúde da iniciativa privada (Teixeira, 2009; Paiva & Teixeira, 2014).

O fato é que as políticas sociais do regime militar pautadas sob a lógica capitalista de oferecimento de serviços, de nada adiantaram para mudar as condições de vida da população brasileira, principalmente no que diz respeito ao quadro sanitário (Teixeira, 2009; Costa, 2014).

Ademais o sistema previdenciário no final da década de 1970 começa a dar sinais de falência devido aos impactos da crise econômica internacional, do déficit entre o número de contribuintes e o número de contribuições, e das fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência a saúde mascarando, de fato, o número de unidades de serviço. Essa conjuntura de crises favoreceu a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas de mobilização popular, em favor de mudanças das condições sociais e políticas (Bertolozzi & Greco, 1996; Vargas, 2008).

Entre os movimentos sociais que marcaram essa época, está o movimento sanitarista, que trata de uma articulação de diferentes atores, em diferentes esferas da sociedade, como acadêmicos, partidos políticos, médicos, trabalhadores, movimentos populares, cuja luta era por mudanças no setor saúde, por uma verdadeira reforma sanitária (Menicucci, 2014; Vaitsman, Ribeiro & Lobato, 2013).

Apesar da diversidade de atores envolvidos, esse movimento se desenvolve e ganha visibilidade sob forte respaldo da comunidade intelectual, uma vez, que a análise política dos sanitaristas, acompanhava o significativo acúmulo de conhecimento sobre a saúde, que passa a ser vista como um objeto concreto e complexo. Nesse cenário já se concebia a relação saúde e doença como um processo, síntese das múltiplas determinações sociais, como por exemplo, das políticas de saúde, culminando com o desenvolvimento do campo de saber e prática social, denominado de saúde coletiva (Cohn, 1989; Teixeira, 2009; Costa, 2014).

Destaca-se também nesse processo de estruturação da saúde coletiva no país, a criação do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) e posteriormente a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), como importantes espaços de produção de conhecimento, difusão das ideias sanitaristas, principalmente em âmbito político (Costa, 2014).

Sob tal perspectiva, os sanitaristas propõem como superação da dicotomia do modelo prevenção-cura e como alternativas para a crise da saúde durante a era do autoritarismo, a democratização da saúde como parte da luta pela democracia (Paim, 2009; Teixeira, 2009).

Para tanto, a saúde passaria a ser um direito fundamental dos cidadãos e um dever do Estado, além da importância da organização de um sistema de saúde que buscasse proporcionar um bem-estar coletivo, pautado na universalização dos serviços e acesso, na participação das sociedades, das pessoas, e no estabelecimento da atenção primária como parte fundamental (Paiva & Teixeira, 2014).

Tais ideias, apesar de ganharem expressão na produção de conhecimento e de prática social do movimento sanitarista, não deixavam de se aproximar dos princípios amplamente difundidos em âmbito internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a partir da realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em 1976, propõe o comprometimento dos Estados em desenvolver medidas de promoção da saúde, colocando a atenção primária como caminho para atingir a universalização dos serviços de saúde (Paiva & Teixeira, 2014).

O movimento sanitarista que eclode inicialmente como uma percepção, um pensamento, uma análise política, um conjunto de ideias, passa então a se organizar enquanto proposta, ou seja, um anexo articulado de princípios e proposições políticas, resultando na proposta de Reforma Sanitária. Esse momento é registrado, quando durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, o CEBES apresenta o documento *A questão democrática na área da saúde*, o que significou a inserção das posições dos sanitaristas, frente às questões de saúde na agenda de discussão do Congresso (Paim, 2008; Paiva & Teixeira, 2014).

Em síntese, a proposta de reforma do setor versava sobre a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde, através do

reconhecimento do caráter social das condições de saúde: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação, preservação ambiental, e conseqüentemente a superação da separação entre saúde coletiva e individual; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo, ou seja, a participação definida da saúde no orçamento da União, estados e municípios; e, por fim, a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão- os Conselhos de Saúde (Costa, 2014).

Entretanto considera-se como o marco da Reforma Sanitária, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, durante o processo de redemocratização do país. A Conferência, que ocorreu em Brasília, em 1986, tinha como finalidade discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde para o Brasil (Vagas, 2008). Nessa ocasião a proposta de Reforma Sanitária se estruturou como uma alternativa exequível às questões de saúde. Posteriormente é realizada a Assembleia Nacional Constituinte, que tem na elaboração da Carta Magna a inclusão de boa parte das propostas colocadas na Conferência (Bertolozzi & Greco, 1996).

A Constituição Federal de 1988, ou Constituição-Cidadã como ficou conhecida, incluiu no capítulo da Seguridade Social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a incorporação de um conceito mais abrangente de saúde, considerando como seus determinantes e condicionantes, o meio físico, o meio sócio-econômico e cultural e os fatores biológicos, defendendo a assistência médico-sanitária integral e universal e a reorganização do setor de saúde através da criação do Sistema Único de Saúde, cujos serviços seriam hierarquizados e a gestão descentralizada, concretizando assim a Reforma Sanitária no plano jurídico-institucional (Ministério da Saúde (MS) 1990, Bertolozzi & Greco, 1996; Vagas, 2008; Maio & Lima, 2009).

1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

A criação do SUS marcou a concretização de uma proposta política e organizacional voltada para o reordenamento do setor saúde, este respaldado pelas diretrizes políticas consolidadas pela Constituição de 1988 e com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde do país, deixando para trás o passado de descompromisso social. Refere-se a um sistema, pois é um conjunto de unidades de serviços e ações que interagem para um fim comum, ou seja, para a promoção, proteção e recuperação da saúde. É único, porque segue a mesma doutrina e princípios em todo território nacional e de caráter público, uma vez que,

todos sem qualquer discriminação têm direito ao acesso de suas ações. (MS, 1990; Ministério da Saúde (MS), 2000; Vargas, 2008).

Apesar da definição no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a regulamentação do SUS veio com a Lei 8.080/90 que discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços; e posteriormente a Lei 8.142/90, que discorre sobre a participação da comunidade na gestão e nas transferências de recursos. Juntas, estas leis formam a Lei Orgânica da Saúde que é a expressão jurídico-institucional desse sistema (Vargas, 2008; Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2011; Berti, 2012).

Com criação e implementação do SUS inaugura-se um novo modelo de sistema nacional de saúde, que tem sua história na ampla mobilização popular pela reforma sanitária e representa a materialização de um projeto que consagra a luta pela democratização da saúde. Nesse sentido o Sistema Único de Saúde assume e consagra a Universalização, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, que são a doutrina ou princípios doutrinários desse sistema e a Descentralização, Hierarquização, Regionalização, e Participação social, que constituem os princípios organizativos ou estratégicos (Cohn, 2009; MS, 2000; Teixeira, 2011).

A universalização é a garantia de atenção à saúde universal, ou seja, todo e qualquer cidadão passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, como também aqueles contratados da iniciativa privada e cabe ao Estado assegurar esse direito. Como medida para a consolidação do processo de universalização, também é necessária a extensão da cobertura dos serviços, de modo que aos poucos eles se tornem acessíveis a toda a população. Para tanto, faz-se indispensável à eliminação de barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que possam se interpor entre a população e os serviços (MS, 1990; Vargas, 2008; Teixeira, 2011).

O princípio da equidade parte do reconhecimento das desigualdades existentes, entre as pessoas, entre os grupos sociais, que muitas vezes são injustas e que podem ser superadas. Em saúde, essas desigualdades se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer. Considerando, portanto, a possibilidade de diminuir tal situação é que se fala de equidade, ou seja, garantir condições de vida e de saúde mais iguais para todos, o que implica muitas vezes na redistribuição da oferta de serviços e ações, de modo a priorizar a atenção a grupos sociais que tem condições de vida e de saúde desfavoráveis ou precárias, como

também enfatizar ações específicas a determinados grupos e pessoas que se apresentem em vulnerabilidade de adoecer e morrer por diferentes problemas (Vargas, 2008; Teixeira, 2011).

Em síntese equidade significa tratar desigualmente os desiguais, para que se possa alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social de uma sociedade (Vargas, 2008; Teixeira, 2011).

A noção de integralidade se articula com a concepção holística da saúde, na qual o estado de saúde não se refere somente à assistência médica, mas requer a articulação de um conjunto de diferentes serviços e ações, bem como de políticas sociais amplas, relativas à moradia, lazer, emprego, salário, previdência, educação, ambiente, pois considera as pessoas como um todo, indivisível e integrante de uma comunidade, cujas necessidades são de diversas ordens: biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, etc. (MS, 1990; Mehry & Queiroz, 1993; Vargas, 2008).

Portanto um modelo integral implica na sistematização de um conjunto de ações em promoção, proteção, prevenção e recuperação, desenvolvidas para o enfrentamento e o atendimento das necessidades de saúde, além de um todo indivisível de unidades de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formando assim uma rede prestadora de assistência integral e capaz de articular com outras políticas públicas para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde dos indivíduos (Teixeira, 2011).

A descentralização significa que ocorre uma redistribuição das responsabilidades referentes aos serviços e às ações de saúde entre os vários níveis de governo, o que implica destinar o poder de decisão sobre a política entre o nível federal, estadual e municipal. Cada esfera do governo é reconhecida como autônoma e soberana nas suas decisões, desde que respeitem os princípios gerais e a participação da sociedade. Essa redistribuição parte da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, há mais chances de acerto (MS, 1990; Teixeira, 2011).

É importante ressaltar as responsabilidades dos gestores em cada esfera de poder. Ao governo federal cabe a grande parte dos gastos com a política e sob a representatividade do Ministério da Saúde, formular as políticas de saúde, como também planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS. Em contrapartida os estados sob a representatividade da Secretaria da Saúde, deveriam promover a descentralização para os

municípios dos serviços e ações de saúde, oferecendo apoio técnico e financeiro e executando ações e serviços de saúde de forma complementar. Por fim, aos municípios sob a representatividade do prefeito ou do Secretário Municipal, cabem a implantação, planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde (Ministério da Saúde (MS), 2006, Berti, 2012).

A hierarquização trata-se da organização dos serviços de saúde em níveis crescente de complexidade tecnológica, baixa, médica e alta complexidade. Os serviços de baixa complexidade correspondem aos da atenção básica (postos de saúde, unidades de saúde da família, centros de saúde) é o primeiro nível de assistência à saúde, ou seja, a porta de entrada do SUS; Serviços como consultas ambulatoriais e hospitalares, exames e alguns procedimentos cirúrgicos, correspondem aos de média complexidade, cujo objetivo é a assistência à saúde especializada; e os serviços de alta complexidade são os que envolvem procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo, por exemplo: traumatologia, terapia renal, oncologia (MS, 2006).

A regionalização dos serviços refere-se à disposição dos mesmos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. A rede de serviços, organizada dessa forma, permite um conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, contribuindo para as diversas ações de saúde em todos os níveis de complexidade (MS, 1990; MS, 2006).

Quanto à participação social consiste na garantia constitucional de que a sociedade participará do processo de formulação e do controle da execução das políticas de saúde, em todas as esferas, municipal, estadual e federal. Os canais de participação popular no SUS são os Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviço; e as conferências de saúde, que consistem em encontros periódicos com o intuito de definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (MS, 1990; MS, 2000).

Os princípios doutrinários e organizativos formam um núcleo comum de elementos que dizem respeito respectivamente à natureza do sistema que se quer conformar e as diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que direcionam como esse sistema deve ser construído, operacionalizado (Teixeira, 2011).

O SUS pode ser entendido, portanto, como uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, inaugurando uma lógica de sistema de saúde universal, descentralizado e integral que passa a elaborar e planejar suas ações a partir da consideração de que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Nesse sentido, entende-se que o SUS está em constante aperfeiçoamento, seja pelas novas dinâmicas populacionais, novas tecnologias ou surgimento de novos agravos à saúde que geram novas questões, necessidades e cuidados que devem ser atendidos por este sistema (MS, 2000).

Quanto aos avanços na construção desse sistema, é importante ressaltar que estes foram sendo conquistados e/ou reiterados pelas gestões municipais, estaduais e federal ao longo da realização das Conferências Nacionais de Saúde (Ministério da Saúde (MS), 2003). Entre esses avanços estão a criação dos fundos de saúde; fortalecimento da rede pública de serviços; o Pacto pela Saúde.

A criação dos fundos de saúde representou um grande avanço quanto ao repasse e a utilização dos recursos financeiros para a saúde, bem como, uma das melhores formas de descentralização nos serviços públicos brasileiros. A lógica dos fundos é assegurar a coparticipação no financiamento do SUS entre as esferas: federal, estaduais e municipais de gestão e facilitar o repasse, já que os recursos para a saúde são transferidos fundo a fundo (MS, 2000; MS, 2006).

Com o processo de descentralização ampliou-se o contato dos gestores e profissionais de saúde com a realidade social, política e administrativa do país, o que favoreceu para a implicação com a luta, por traduzir em práticas as grandes diretrizes do SUS. Um esforço nesse sentido foi o fortalecimento da rede pública de serviços, através do aumento considerável da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, principalmente na Atenção Básica (MS, 2003; MS, 2006; Ministério da Saúde (MS), 2012).

São exemplos de ações nesse sentido: a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, possibilitando a amplitude do acesso e das ações desse nível de assistência à saúde. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de solucionar 80% das necessidades e problemas de saúde da população (MS, 2003; MS, 2006; Ministério da Saúde (MS), 2012).

Apesar de se observar que há significativas conquistas ao longo do desenvolvimento do SUS, ainda existem limitações, como por exemplo: a burocracia, as diferenças regionais e a complexidade da organização de uma rede de serviços que atendesse as diferentes necessidades dos brasileiros. Portanto é pensando em uma alternativa para tais entraves que o Ministério da Saúde em diálogo com os conselhos de saúde criam uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS. Em 2006 se institui o Pacto pela Saúde que tem como objetivo avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir melhor as reponsabilidades de gestão de cada ente federado (Reis, Araújo & Cecílio n.d.; MS, 2006).

Para tanto, os gestores que aderem ao Pacto, precisam assinar um termo de compromisso, no qual se estabelecem metas sob três dimensões: o Pacto pela Vida que consiste em medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população; o Pacto em Defesa do SUS firma-se medidas para facilitar a aproximação da sociedade do SUS e por fim o Pacto de Gestão, onde se aborda as questões referentes à regionalização, a qualificação do processo de descentralização e ações de planejamento e programação, bem como as necessidades e mudanças de financiamento, o tempo estabelecido para atingir essas metas pode ser em um ano ou em dois anos. (Reis, Araújo & Cecílio n.d.; MS, 2006).

O SUS visto desde sua criação até agora, se materializou como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, um projeto social, promotor de inclusão e justiça social. O funcionamento do SUS faz com que a área da saúde esteja entre as mais democráticas. Entretanto é bem verdade que o SUS apesar de suas conquistas e avanços, ainda esta em aperfeiçoamento, desse modo é necessário trabalhar arduamente para a consolidação de seus princípios, nesse sentido faz-se de suma importância para tal objetivo, os esforços estatais, bem como de energias da sociedade civil (MS, 2000; Berti, 2012).

1.3. Política de Atenção Básica

Durante a década de 1970 em todo o mundo observa-se uma forte discussão sobre a implantação do modelo de Atenção Primária à Saúde, como um referencial de organização do setor, sob uma lógica que tinha os cuidados primários como proposta para a efetivação da universalização do acesso, da regionalização, hierarquização e integração dos serviços, da responsabilização dos Estados e da participação das sociedades em garantir à saúde para todos em resposta às desigualdades sociais (Gil, 2006; Conill, 2008). A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é um exemplo

de um evento internacional que influenciou no debate em favor da atenção primária (Gil, 2006; Escorel, Giovanella, Medonça & Senna, 2007).

A defesa por mudanças nas políticas de saúde em todo o mundo, bem como, a adoção da atenção primária como alternativa para efetivação da democratização da saúde tem suas raízes na mudança de paradigma sobre o conceito do processo saúde/doença. Passa-se de uma visão negativa, caracterizada pelo modelo assistencial/biomédico de saúde, onde saúde era entendida como ausência de doença, o foco das ações nas enfermidades e na morte; para uma visão positiva, ou seja, concepções mais vinculadas à qualidade de vida, a produção social da saúde, considerando a multicasualidade das doenças, ou para além de dimensões biológicas (Conill, 2008; Tanaka & Ribeiro, 2009).

Portanto migra-se para um entendimento de produção de saúde, como processo de produção social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Sob essa lógica surge a necessidade do desenvolvimento no setor da saúde de práticas interdisciplinares e integrativas, e é nesse sentido que se pensa a Atenção Primária à Saúde como alternativa de superação do modelo assistencial (Conill, 2008; Tanaka & Ribeiro, 2009).

No Brasil, apesar de na década de 1970 já haver algumas experiências na direção de implantação de práticas em concordância com modelo de Atenção Primária à Saúde, como por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) no Nordeste do país, cujo objetivo era a expansão da rede ambulatorial, é no cerne do movimento da Reforma Sanitária que os cuidados primários ganham um maior espaço de discussão e embasam o desenvolvimento das ações em saúde. Esses cuidados foram introduzidos dentro de uma nova proposta de sistema de saúde como parte fundamental para a organização e consolidação do SUS, entretanto a fusão deste modelo ao ideário desse sistema resguarda especificidades, como por exemplo, a opção pela denominação de Atenção Básica para referir-se a este nível de atenção à saúde (Gil, 2006; Conill, 2008; Machado, Lima & Viana, 2008).

A implantação de dois grandes programas marcou o movimento de ênfase na atenção básica no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (Conill, 2008; Tanaka & Ribeiro, 2009).

O PACS desloca o foco do indivíduo para a família, evidenciando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além da valorização da integração com a comunidade, principalmente sob a lógica de que o Agente Comunitário de Saúde é membro da comunidade em que atua e é um personagem-chave no estabelecimento de vínculo entre equipe de saúde e comunidade/população, facilitando as diversas ações, principalmente de vigilância (MS, 2006; Machado, Lima & Viana, 2008).

O PSF inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior vulnerabilidade social, ao poucos vai ganhando centralidade na agenda governamental. O modelo de organização e execução do PSF preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, cirurgião-dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal (Conill, 2008).

A equipe precisa conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de vulnerabilidade existentes na comunidade, a fim de elaborar ações e atividades que permitam o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, além do desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas identificados e ainda prestar atenção integral as famílias (Escorel, Giovanella, Mendonca & Senna, 2007). Com a estabilidade e continuidade do PSF, há a mudança do status de programa para estratégia de organização da atenção básica no país, a denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (Conill, 2008).

Portanto se observa a partir da década de 90, que o processo de implantação do SUS está diretamente ligado à adoção de medidas governamentais para a concretização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, que é preferencialmente a “porta de entrada” do sistema de saúde, ou seja, é o primeiro nível de atenção, e funciona como centro de comunicação para toda a Rede de Atenção à Saúde. Ademais, cabe à atenção básica a efetivação da integralidade, através do desenvolvimento de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. (Ministério da Saúde, 2006; Escorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007; MS, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado dos esforços e experiências acumuladas por um conjunto de atores envolvidos historicamente no processo de implantação e operacionalização do SUS, como os movimentos sociais, os usuários, os

trabalhadores, os gestores, as três esferas do governo. Sabe-se que a criação de novas práticas em saúde, principalmente práticas contra hegemônicas, exige dos atores envolvidos certa militância, respaldada no pensamento crítico sobre os serviços e processo de trabalho na saúde. Nesse sentido a educação permanente assume grande relevância, ou seja, fazem-se necessárias propostas politico-pedagógicas que fomentem uma constante reflexão, inclusive do cotidiano de trabalho, para que se chegue a uma efetiva transformação das práticas nos serviços de saúde (MS, 2012; Pereira & Oliveira, 2014).

Ao longo do desenvolvimento da PNAB, o governo federal tem adotado medidas de ampliação, aperfeiçoamento e maior resolutividade da Estratégia Saúde da Família, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado que estejam em concordância com a atual realidade do SUS e do país, bem como, com o processo de educação permanente e co-responsabilização das equipes e gestão na Atenção Básica à Saúde (Figueiredo, n.d.; Pereira & Oliveira, 2014).

São exemplos dos avanços e atualização da PNAB: a inclusão das Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população em situação de rua (Consultório na Rua); a criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) fluviais e a ESF para as populações Ribeirinhas; o Programa Saúde na Escola, cujo trabalho se edifica principalmente na promoção de saúde e ações intersetoriais; e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2012). Assim em setembro de 2011, o Ministério da Saúde, lança a Portaria nº2.488, que apresenta a PNAB com a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica prestada pela ESF e o PACS (MS, 2012).

Dentre esses diferentes arranjos da atenção básica, a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), vem significar um grande avanço para a integralidade do cuidado e a reorganização dos processos de trabalho nesse nível de atenção. O NASF é instituído pela Portaria nº154 de janeiro de 2008, é um dispositivo de apoio especializado, formado por diferentes profissionais, que tem como objetivo final dar retaguarda assistencial e técnico-pedagógica as equipes de saúde da família. Sua principal estratégia e ferramenta de trabalho é o matriciamento ou apoio matricial, por isso, o profissional do NASF é chamado de apoiador matricial (Freire & Pichelli, 2013).

A respeito de apoio matricial, as diretrizes existentes mostram que trata-se de uma tecnologia de gestão, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”, ou seja, as equipes da saúde da família (EqSF) (Ministério de saúde, (MS), 2009).

De um lado estão os profissionais que prestarão o apoio matricial (NASF), e que não tem, necessariamente, relação direta com os usuários, e do outro, as equipes de referência que contam com o apoio para a condução e resolução dos problemas de saúde. O suporte prestado se dar em duas dimensões: assistencial e técnico-pedagógico. A primeira refere-se aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários; a segunda irá produzir ação de cunho educativo com e para a equipe (MS, 2009).

Contudo, essa relação deve pautar-se no conceito de “rede”, em que NASF e EqSF devem assegurar de modo dinâmico e interativo, a responsabilização pelo desenvolvimento das ações para a produção de saúde no território de atuação (MS, 2009).

Assim, o matriciamento ocorre por via do estabelecimento de processos de trabalho entre NASF e EqSF, respaldados no atendimento compartilhado e interdisciplinar, na troca de saberes, na capacitação e responsabilização mútua, gerando experiências laborais mais horizontais entre os serviços (MS, 2009).

Nesse sentido, os NASFs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, mas trabalha de forma integrada com a ESF e toda a rede de Atenção Básica à Saúde, a partir da identificação conjunta de demandas (MS, 2012).

O NASF pode ser organizado sob duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. Estas duas modalidades diferem quanto a carga horária de trabalho dos profissionais, 20 horas para os profissionais da modalidade 1 e 40 horas para da modalidade 2; e quanto ao número de equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas que estão vinculados. Para o NASF 1 define-se no mínimo 8 e no máximo 15 equipes de Saúde da Família; já o NASF 2, no mínimo 3 e no máximo 7 equipes (MS, 2012).

Não há diferença entre as duas modalidades quanto aos profissionais que podem compor a equipe do NASF, são eles: médico (diferentes especialidades); assistente social; professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; psicólogo; médico veterinário; arte educador; e profissional sanitário, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (Figueiredo, n.d; MS, 2012;.).

A implantação de cada uma dessas modalidades deve ser definida pelos gestores municipais, a partir das necessidades epidemiológicas, bem como, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadoras (Figueiredo, n.d.).

Em síntese o NASF é uma proposta para contribuir com a integralidade do cuidado dos usuários do SUS, ampliando a capacidade de análise e intervenção no nível de atenção básica dos problemas de saúde em termos clínicos e sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, interconsulta, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, ou seja, a execução de um apoio assistencial e técnico-pedagógico (MS, 2012; Leite, Andrade & Bosi, 2013).

Portanto são muitas as mudanças operadas pela política de atenção básica. Podem ser observadas em diferentes dimensões, pois incidem tanto na condução da consolidação do SUS e na operacionalização dos princípios doutrinários e organizativos, como na prestação dos serviços, com reordenamento de processo de trabalho, inserção de novos profissionais, organização de um modelo de atenção e cuidado mais próximo das vicissitudes do processo saúde/doença (Escorel, Giovanella, Medonça & Senna, 2007; Machado, Lima & Vianna, 2008).

1.4. Inserção do Profissional de Psicologia na Atenção Básica

No cenário brasileiro, desde 1960 os profissionais de Psicologia já faziam parte das equipes em hospitais públicos e privados, onde desenvolviam práticas de apoio às internações clínicas e/ou cirurgias pediátricas, cardiológicas, dentre outros. Entretanto a inserção deste profissional na saúde coletiva, mas especificamente como força de trabalho de uma política de saúde, proveniente de uma ampla reforma do setor, que culminou com a implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tem pouco mais do que 20 anos (Dimenstein & Macedo, 2012; Giacomozzi, 2012).

É fato que essa inserção se deu em um contexto histórico-político-econômico determinado, que vai se desenhando ao longo do final da década de 70 e início da década de 90. Alguns dos eventos decisivos para tal são: a crise do exercício liberal da profissão e o movimento pela ampliação do mercado de trabalho; mudanças na assistência psiquiátrica; e a reforma sanitária (Dimenstein, 1998; Borges & Cardoso, 2005; Boing & Crepaldi, 2010).

A crise econômica que assolava o Brasil durante a década de 1980, também teve incidência sobre o mercado de trabalho dos Psicólogos, pois ocorreu o empobrecimento da classe média, a principal consumidora dos serviços psicológicos privados, levando a um desequilíbrio na oferta e procura dos serviços de Psicologia clínico-tradicionais no país. Ou seja, observa-se que a lógica do psicólogo como profissional elitista e liberal começa a entrar em cheque. Outro aspecto a ser destacado nessa conjuntura se refere ao crescente número de profissionais psicólogos que começavam a sair das universidades. Mediante essa situação os conselhos de Psicologia começam a cobrar dos órgãos públicos, a criação de espaços de atuação nas diferentes instituições, sobressaindo-se às instituições públicas de saúde, principalmente pelo fato de já haver considerável número de Psicólogos em atuação nesse espaço (Dimenstein, 1998).

Ainda acerca da discussão desse cenário, identifica-se que, em meados da década de 1970, surgem em meio à realidade caótica brasileira, os primeiros esforços pela desospitalização ou desinstitucionalização dos que na época eram denominados “portadores de transtornos mentais”. Esse fato resulta em maiores investimentos na criação de serviços substitutivos dos manicômios. Esses novos serviços prezavam por equipes multidisciplinares, incluindo aí o Psicólogo, profissional considerado de suma importância para a consolidação do novo modelo de assistência a saúde mental, pautado principalmente na lógica da promoção da saúde, da ética e dos Direitos Humanos. Nesse sentido o Psicólogo é convocado atuar em espaço extra-hospitalar (Dimenstein, 1998; Dimenstein & Macedo, 2012).

A criação e implantação do SUS fruto da reforma do setor, sem dúvidas, ocorre respaldada em concepções e princípios que tornam complexo o conceito de saúde, constituindo-se para além da ideia de ausência de doença, de conservação da vida ou sobrevivência. A saúde passa a ser entendida como um fenômeno multidimensional em que interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais, caminhando assim para uma compreensão mais holística do processo saúde-doença-cuidado (Borges & Cardoso, 2005; Dimenstein & Macedo, 2012).

Nesse sentido a necessidade de equipes interdisciplinares era manifesta, para que se pudesse caminhar em direção à superação do modelo assistencial/biomédico de saúde e a consolidação da integralidade do cuidado. O Psicólogo, juntamente a outros profissionais, passa a integrar as equipes dos diferentes serviços de saúde em diferentes níveis de atenção (Gorayeb, Borges & Oliveira, 2012).

Portanto, foram essas mudanças na sociedade brasileira, principalmente as que dizem respeito ao setor saúde, que contribuíram para a inserção reconhecida do profissional de Psicologia nas políticas públicas de saúde. A presença deste profissional no SUS, bem como, dos demais, demanda uma prática vinculada à integralidade do cuidado e compromisso-social. Assim não se trata só em mudar o perfil das categorias profissionais ou reunir diferentes conhecimentos sobre o processo de saúde-doença-cuidado, vai além, é transformar esses profissionais em agentes de mudança, capazes de pensar e agir sobre os serviços, ações, organização do trabalho em direção à concretização desse novo projeto de sociedade e saúde pública (Dimenstein, 2001).

Fica ainda mais evidente o requerimento de uma nova conduta profissional nos serviços de atenção básica, organizados sob a Estratégia de Saúde da Família (ESF) por ser o nível de atenção mais comprometido com o princípio da integralidade, e, portanto lugar de práticas coletivas. É nesse nível de atenção que se espera romper com a hegemonia do modelo assistencial/biomédico (Dimenstein & Macedo, 2012). Apesar do psicólogo não fazer parte da equipe mínima da ESF, pode ser inserido mediante necessidade municipal ou institucional. Oficialmente este profissional se insere nesse contexto, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Leite, Andrade & Bosi, 2013).

A inserção do psicólogo na atenção básica gera impactos significativos nesse campo de saber-fazer, quanto aos pressupostos teóricos e técnicos. Para que possamos entender melhor essa conjuntura, apresentam-se os resultados de um estudo nacional realizado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP e o Conselho Federal de Psicologia-CFP, (2010), sobre as práticas dos psicólogos no campo da atenção básica à saúde.

Segundo o estudo, o cotidiano de trabalho desses profissionais é marcado por uma grande diversidade de práticas, que variam conforme o local de implementação da política específica e das situações de cada região. As ações desenvolvidas ocorrem em diferentes âmbitos de atuação: gestão dos serviços; docência; e atenção aos usuários e familiares.

No tocante à gestão dos serviços, os profissionais relataram que atuam coordenando atividades técnicas e administrativas ligadas às equipes da Estratégia de Saúde da Família. Quanto à docência, os psicólogos indicaram que realizam atividades de ensino e capacitação nas unidades de saúde dirigidas a estagiários, outros profissionais de Psicologia e aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Em relação às ações desenvolvidas, a atenção aos usuários e familiares, foi contextualizada pelos profissionais, como a realização de atendimento psicológico individual; atendimento em caráter emergencial; triagens, orientações, avaliação e acompanhamentos; atendimento psicológico grupal; articulação com a rede de serviços e matriciamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família; elaboração de pareceres, laudos e registro de atendimentos em prontuários; visitas domiciliares; entre outras.

Portanto, observa-se que a inserção dos psicólogos na atenção básica abre um leque de possibilidades de atuação, das quais emergem o desenvolvimento de diferentes práticas e ações por parte desses profissionais. Ademais, nesse estudo os profissionais relatam que são muitas as dificuldades e desafios encontrados em sua atuação no campo da saúde pública, e identificam como sendo decorrentes em maioria de sua formação acadêmica.

O fato é que a inserção dos psicólogos na atenção básica/SUS pretende obedecer a uma nova ótica, muito diferente das teorias e práticas historicamente construídas, como modelo de exercício e identidade profissional. A formação tradicional, em que a atuação e a visão de mundo do psicólogo é baseada na preocupação com os aspectos intrapsíquicos não atende as necessidades da nova conjuntura de atuação, que, diga-se de passagem, é bem diferente dos consultórios particulares (Azevedo & Kind, 2013).

O psicólogo na atenção básica/SUS tem por objetivo, pelo menos no que diz respeito ao ideal, romper com a dicotomia entre saúde mental e física, buscar um diálogo com outros saberes, obedecendo assim, ao princípio da integralidade do atendimento com vistas a se pensar e a se construir propostas de atuação eficazes voltadas para as verdadeiras necessidades sociais. Esse novo campo de atuação, exige que o psicólogo assuma novas posturas, tanto com relação à ideia de sujeito como a ideia de sociedade, em que a noção de coletivo deva prevalecer no desenvolvimento de suas ações (Feire & Pichelli, 2010).

Mas apesar da abertura dada a Psicologia pela arena da saúde pública, a adequação e reformulação do arcabouço teórico e prático que tem constituído a formação oferecida aos psicólogos ainda deixa a desejar. Por exemplo, o psicólogo é pouco preparado academicamente para reconhecer alteridades, ou ainda pouco destaque é dado em sua formação ao desenvolvimento de sua capacidade crítica e argumentativa, que é imprescindível não só para a identificação dos problemas humanos, mas também para a participação em embates, cujo resultado, seja o desenvolvimento de seu caráter político e social (Silveira,

Gewehr, Bonin & Bulgacov, 2008), fundamental ao exercício demandado por esse novo fazer em saúde.

De acordo com Botomé (1998), a Psicologia, sem dúvida pode ajudar muito a “curar” onde os comportamentos são inadequados, insuficientes, ou produtores de sofrimento. Entretanto, é possível também que os psicólogos contribuam para evitar que os problemas aconteçam, ou até para, além dos problemas, contribuírem com a identificação, análise e construção de condições que aumentem a probabilidade de maior qualidade naquilo que as pessoas fazem em suas interações com os aspectos do mundo com o qual se defrontam a cada momento de suas vidas.

Assim, faz-se necessário fomentar a reflexão sobre a interface da Psicologia com o SUS nos espaços de trabalho, junto às instituições formadoras, no sentido de buscar a construção de concepções e práticas mais próximas e comprometidas com perfil de profissional requerido nesses espaços e condizente com as demandas sociais (Giacomozzi, 2012; Silva, 2012).

Uma vez superadas essas dificuldades com relação à formação, o ranço da clínica individualizante, a “neutralidade” frente às questões subjetivo-sociais, sabe-se que é de grande importância à participação do psicólogo na atenção básica, pois pode contribuir em diferentes serviços, inclusive na equipe da ESF.

Como profissional da EqSF, pode auxiliar para a integração dos membros das equipes, fomentando a interdisciplinaridade, favorecer as relações de trabalho, em busca de relações mais horizontais, além de facilitar a ampliação das concepções de saúde, principalmente no que respeita a saúde mental em direção à superação do modelo curativista, algo parecido com o que já se propõe de sua participação nos NASF (cujo foco de trabalho é mais voltado ao apoio à equipe da ESF). Portanto, as contribuições deste profissional nesse nível de atenção podem ser tanto com os usuários, quanto com a instituição ou serviço em sua totalidade (Giacomozzi, 2012).

CAPÍTULO II

Aporte Teórico

Tendo como base o objeto de estudo – a relação entre trabalho e saúde dos psicólogos dos NASFs, procurou-se respaldo teórico na Psicodinâmica do Trabalho (PDT), visto que essa abordagem possibilita à compreensão e investigação dessa relação de forma dinâmica, complexa e contextual e que nesse processo a subjetividade dos sujeitos é condição para entendimento da saúde e caminho para as transformações das situações de trabalho.

Dos elementos de compreensão e investigação para a análise das situações de trabalho, fornecidos pela PDT, esta pesquisa faz referência principalmente aos seguintes aspectos: normalidade enigmática, saúde, trabalho, organização do trabalho, inteligência prática, cooperação, reconhecimento, estratégias defensivas, que serão apresentados e desenvolvidos ao longo do texto.

2.1. Da Psicopatologia do trabalho à Psicodinâmica do Trabalho

Ao longo da história é possível observar que a preocupação em investigar as implicações do trabalho na saúde dos trabalhadores, vem sendo combustível para o desenvolvimento de diferentes linhas de pesquisas e referenciais teóricos, uma vez que, sabe-se da importância do trabalho no desenvolvimento psíquico e da sociabilidade. O surgimento da Psicopatologia do Trabalho (PPT) e posteriormente seus desdobramentos são exemplos desse movimento em prol da produção de conhecimento sobre a saúde do trabalhador (Nassif, 2005).

A PPT surge na França durante o século XX e tem o desenvolvimento influenciado pelas transformações políticas-sociais, científicas e tecnológicas ocorridas durante o período entre Guerras Mundiais e pós-guerra. A expressão “psicopatologia do trabalho” surgiu em 1952, quando foi utilizada pelo psiquiatra Paul Sivadon para nomear um artigo de sua autoria (Nassif, 2005). O conflito central que marcava a investigação, a interpretação e construção teórica nos estudos da PPT era a relação entre sofrimento psíquico que se expressava na forma de transtornos psicossomáticos e psíquicos e a organização do trabalho (Dejours, 1993a).

Nesse sentido, as produções em PPT pontuavam o trabalho como provocador de distúrbios psicopatológicos. Assim, durante algum tempo, as pesquisas sobre a influência do

trabalho na vida e na saúde, sobretudo em situações de trabalho repetitivo, tinham como objetivo identificar síndromes e doenças mentais características (Dejours, 1993a).

Esse enfoque nas vicissitudes do trabalho como provocadoras de distúrbios psicopatológicos, segundo um modelo causal de análise, ao longo das transformações ocorridas, geradoras de outras situações de trabalho e de investigação sofre modificações, sendo os estudos de Paul Sivadon, Louis Le Guillant e Christophe Dejours importantes expoentes dessa evolução (Nassif, 2005).

Após a II Guerra Mundial, tornou-se necessário o desenvolvimento de estudos e técnicas para adaptar o maior número possível de novos trabalhadores em diferentes tarefas, incluindo nesse processo mulheres, idosos e doentes mentais. Nesse sentido, em alguns hospitais psiquiátricos passa a fazer parte da rotina dos internos a realização e capacitação em algumas tarefas. Para surpresa dos psiquiatras, após o término dessa vivência, os doentes mentais, considerados “pacientes crônicos”, estavam aptos para voltar ao convívio familiar e social, inclusive a trabalhar (Nassif, 2005).

Essa experiência contribuiu para que o psiquiatra Paul Sivadon desenvolvesse a Ergoterapia, que consiste em um método psicoterápico que emprega o trabalho, a ocupação educativa, no tratamento das doenças mentais. Por sua vez, o desenvolvimento da Ergoterapia ofereceu-nos grande contribuição para a evolução do entendimento sobre saúde mental no trabalho, uma vez que, estabeleceu uma nova forma de abordar o doente mental e permitiu reconhecer o trabalho pelo seu valor de integração social (Nassif, 2005).

O psiquiatra Louis Le Guillant, também teve grande participação na evolução da PPT. Suas investigações influenciadas pelas concepções da Psicologia Positiva e considerando aspectos orgânicos, psicológicos e sociais do adoecer psíquico, sugere um novo olhar sobre a investigação. Segundo Le Guillant para compreendermos o psiquismo e seus distúrbios nas situações de trabalho, seria necessário contemplar nas investigações as condições reais de existência dos indivíduos, suas formas concretas de trabalho e o sentido que tudo tem para o sujeito, ou seja, considerar tanto a perspectiva objetiva quanto a subjetiva. Essa sua forma de pesquisar pode ser identificada em seus estudos, sobretudo no que se refere à ocorrência da “fadiga nervosa” em grupos representativos do conjunto das telefonistas (Nassif, 2005).

Nesse estudo, Le Guillant buscou identificar a influência das características de trabalho na ocorrência da “fadiga nervosa” em telefonistas. Para tanto, estabeleceu um

quadro estatístico da frequência do problema com seus sintomas típicos, através do uso de questionário. Considerou também o conjunto das condições de vida: idade, condições de moradia, situação familiar, importância das ocupações extra-profissionais, adaptação à vida, ou seja, uma análise da vida profissional e pessoal das telefonistas. Com este estudo o psiquiatra pretendia tratar de maneira racional as causas que as provocam, o que permite identificar o seu enfoque psicossociológico da doença mental (Nassif, 2005).

Quanto à influência dos estudos de Christophe Dejours, em um primeiro momento estavam fortemente inspirados pelo modelo causal de análise do conflito entre homem e organização, esta considerada um dado preexistente ao encontro do homem com o seu trabalho, ou seja, um conjunto de constrangimentos maciços, inflexíveis, inexoráveis. De acordo com essa lógica de entendimento, o autor chegou a reunir os seus estudos em uma publicação intitulada de “A loucura do trabalho”, a qual lhe deu bastante visibilidade. Em um segundo momento, em que as transformações no mundo do trabalho já apresentavam alternativas ao taylorismo, consideradas menos rígidas e conseqüentemente novas situações de trabalho, Dejours em seus novos estudos se afasta sensivelmente do modelo psicopatológico causal (Dejours, 1993a).

Sem desconsiderar a importância da PPT no progresso da investigação sobre a saúde dos trabalhadores, como ciência fundadora, produtora de conhecimentos e teorias, indispensável para as investigações e debates que prosseguiram, Christophe Dejours não deixa de critica-la, uma vez que, pontua a limitação da PPT em responder as novas questões, pois em situações onde o trabalho não era repetitivo, os resultados dos estudos não mostravam doenças mentais caracterizadas. Nesse sentido, Dejours (1993a) propõe uma perspectiva de investigação sob um olhar mais amplo e complexo das situações de trabalho.

No início dos anos 1990, Dejours observou que mesmo em situações de trabalho notadamente nocivas à saúde a maioria dos trabalhadores conseguiam esconjurar a “loucura”. Por isso, suas investigações passaram a focalizar as conseqüências mentais do trabalho, mesmo sem a constatação de doenças mentais. De acordo com o autor, os trabalhadores não eram passivos ante os constrangimentos organizacionais e eram capazes de se proteger dos eventuais efeitos nocivos sobre sua saúde mental, através da construção de estratégias defensivas – individuais ou coletivas. Ou seja, a construção das estratégias defensivas era indício de que a liberdade dos trabalhadores poderia ser exercida, mesmo quando sofriam, em

um movimento de adaptação. Sendo assim, a normalidade surgia como um enigma central da investigação e da análise (Dejours, 1993a).

Ao falar de normalidade, Dejours (1986) esclarece que não se trata de ausência de doença, e, portanto nem sempre está ligada a felicidade, é na verdade uma normalidade enigmática e sofrida, pautada no equilíbrio instável entre o ser humano (a construção de estratégias defensivas para resistir o sofrimento) e o trabalho (as condições deletérias à saúde). Ao operar esta passagem de objeto de estudo, da patologia à “normalidade sofrida”, Dejours propõe uma nova nomenclatura para designar as pesquisas nessa área: “psicodinâmica do trabalho”- PDT (Dejours, 1993a).

Contudo, esta passagem teve significativas consequências práticas e teóricas. Ao propor a normalidade como objeto de estudo, a PDT abre caminho para uma compreensão mais ampla e complexa da relação entre homem e trabalho, sob a qual não só era preciso abordar o sofrimento, como também o prazer no trabalho, não só o homem, mas o próprio trabalho, não mais apenas a organização do trabalho no sentido de um bloco de constrangimentos rígido e irreduzível, mas reconhecer que está em continuo movimento, graças à dinâmica das situações de trabalho. (Dejours, 1993a).

Dejours ao desenvolver a PDT afasta-se então da visão anterior, onde o trabalho era visto como profundamente maléfico para a saúde mental dos trabalhadores. Ao contrário, ele supera essa visão determinista e causalista, quando sugere que o trabalho é um gerador de saúde ou um constrangimento patogênico, a depender da psicodinâmica das situações de trabalho (Dejours, 1993a; Dejours, 1994a). Para este autor, o trabalho é a favor da saúde, quando oferece não apenas a transformação de si mesmo, mas também a realização no campo social, portanto ele fala da centralidade do trabalho ante a construção da identidade, a saúde mental e a sociabilidade (Dejours, 2001).

2.2. Conceito de Saúde

Sobre o conceito de saúde, Dejours (1994a) traz a análise do sofrimento como ponto de partida para a sua compreensão. Para ele toda organização é de antemão desestabilizadora da saúde, seja pelo conflito entre o sujeito detentor de uma história singular preexistente e a situação de trabalho que tem características preestabelecidas independentemente da vontade dele, e/ou pelo embate com o real do trabalho, ou seja, a realidade resistente aos procedimentos, ao saber-fazer, a técnica, ao conhecimento.

O fato é que essa desestabilização vivenciada de início como fracasso, sofrimento, a depender da dinâmica do trabalho (a pessoa no trabalho, o real do trabalho, as relações intersubjetivas) pode se tornar um ponto de origem para a conquista da normalidade, saúde e prazer no trabalho. Isso ocorre quando há o favorecimento da ampliação da subjetividade, à medida que há a possibilidade de um movimento de busca por novos meios de agir, visando transformar esse sofrimento e encontrar a via de superação do real (Dejours, 1994, 2004).

A resultante desse processo é o registro de novas habilidades e a descoberta em si de novos registros de sensibilidade. Portanto, o autor concebe que toda organização do trabalho é geradora de sofrimento, entretanto pode-se pensar em organizações do trabalho que sejam mais favoráveis a negociação da superação desse sofrimento (Dejours, 1994, 2004).

Nesse sentido, Dejours refere-se à saúde não como ausência de infelicidades, nem conforto absoluto, ou mesmo ausência de doença, mas como a possibilidade de melhora, de traçar objetivos a serem atingidos, é a busca constante que envolve o pensar e o agir, e não um estado definitivo, pois o organismo esta sempre em movimento mediante a experiência do mundo e de si mesmo (Dejours, 1986, 1992b).

Portanto, a conquista da saúde e do prazer no trabalho, jamais é estável, envolve, sobretudo, atividade humana permanente e uma luta orientada pela esperança de melhora ou ideal de saúde que cada pessoa constrói a partir de suas vivências e seu contexto sócio-histórico (Dejours, 1994).

É possível identificar nas reflexões de Georges Ganguilhem as raízes para tal compreensão e concepção do conceito de saúde, elucidado por Dejours. Segundo Ganguilhem a saúde é pensada em termos da “margem de seguridade ou de tolerância”. Ele explica que todo meio é produtor de variações e infidelidades, situação esta que implicaria a necessidade de adaptação, tolerância e compensação das agressões desse meio. Então ao falar de saúde, o autor a entende como o poder de margem de seguridade ou tolerância, ou seja, a possibilidade de enfrentamento e superação das situações novas, ao contrário do que seria uma saúde deficiente, a restrição dessa margem (Caponi, 1997).

Assim, Ganguilhem considera e integra em seu conceito de saúde a doença, no qual esta não é entendida só como desequilíbrio ou desarmonia, mas também como um guia de regulação de novas possibilidades de ação, ou seja, uma reação para obter um novo equilíbrio. Portanto, não haveria a dualidade normal e patológico, já que o conceito de saúde apreende as

mais diversas formas de interação do indivíduo com os acontecimentos da vida (Caponi, 1997, Ganguilhem, 1996).

Então a argumentação de Dejours e Ganguilhem sobre o conceito de saúde se opõem tanto a concepção mecanicista de saúde, na qual está é entendida como ausência de doença e o “estado de saúde” designado pelo discurso médico, quanto ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que se refere à existência de um estado de completo bem-estar (Carponi, 1997).

Mas poderíamos dizer que estão mais próximos da perspectiva de saúde que respalda o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no nosso país, que tem suas origens na medicina social e trabalha com a ideia de condicionantes e determinantes da saúde. A saúde deve ser entendida na complexidade e dinamicidade das relações sociais, que envolve o nível privado, ou seja, o indivíduo com suas escolhas, seus estilos de vida, suas condições físicas de saúde, seus valores, sua família e o nível social, a existência de diferentes condições de vida e de saúde mediante as desigualdades sociais e a própria política de saúde existente. Assim esses condicionantes e determinantes da saúde levam a diferentes configurações do processo saúde-doença-cuidado (Almeida, 2009; Giacomozzi, 2012).

Seguindo essa ótica, a saúde por ser muito mais do que a ausência ou contrário de doença, bem como, a admissão da complexidade do humano em suas diferentes dimensões: biológica, psicossocial e histórica que se relacionam em diferentes contextos, tempos, situações, que os autores, colocam a importância de que a análise e compreensão da saúde passe essencialmente pelo diálogo com aquele que passa pela experiência em questão, ou seja, que experimenta a dor, o prazer, o corpo, o trabalho, sem relegar as condições objetivas da vivência. Assim, o conceito de saúde, deixaria de ser um conceito exclusivamente científico, para ser um conceito de todos (Caponi, 1997, Dejours, 1993b).

Referindo-se especificamente ao trabalho, Dejours chama atenção, para os ambientes que favorecem a saúde, ou seja, a capacidade de regular as variações, criando e seguindo novas normas em um movimento de transposição do sofrimento de início gerado, que seriam aqueles que facilitam e reconhece à criatividade, a inteligência, a mobilização subjetiva dos seus componentes. Ao contrário, ambientes rígidos, repetitivos, nos quais a transposição dos problemas se torna indisponível, através do comprometimento da liberdade de variação e regulação do vivido, levam os sujeitos a experimentar a fadiga, a frustração, a angústia, situações com sérios prejuízos para a integridade da saúde (Dejours, 1992a, 1994).

2.3. Trabalho

A conceituação do trabalho é um ponto de controvérsias entre diferentes disciplinas- sociologia, economia, psicologia, engenharia - circunscrevem distintas concepções a respeito do trabalho. Para algumas, trabalho trata-se de uma relação social (do tipo relação salarial); para outras, trata-se do emprego; e para outras ainda, trata-se de uma produção social. No que se refere a PDT, o trabalho é aquilo que implica do ponto de vista do humano, o fato de trabalhar e que em primeira instância não tem a ver com a relação salarial, mas diz respeito a certo modo de engajamento da personalidade do sujeito para responder a uma tarefa delimitada por pressões materiais e sociais (Dejours, 2004).

Para elucidar tal concepção acerca do trabalhar, Dejours (2005) estabelece um debate com a Ergonomia. À luz da pesquisa ergonômica a diferenciação entre tarefa e atividade tem um lugar primordial na análise do trabalho. A tarefa (prescrição) é aquilo que se deve fazer ou se deseja obter, já a atividade (atividade real do trabalho) é, em face da tarefa, aquilo que realmente foi feito pelo operador para chegar o mais próximo possível dos objetivos fixados pela tarefa. Essa distância é considerada irreduzível e capturar esta contradição seria consequência indispensável da ação ergonômica (Falzon, 2007).

Sobre a distância entre a prescrição e a atividade real, a PDT apresenta uma análise específica. Para Dejours (2005) esse hiato não está situado apenas nas relações de poder, mas também na própria técnica. As situações de trabalho são permeadas por imprevistos, acontecimentos inesperados, pane, acidentes, incoerência organizacional, anomalias de funcionamento, incidentes e dificuldades relacionadas ao material, às ferramentas, as máquinas, ou mesmo referentes à relação com os colegas, chefes, subordinados, clientes, portanto a discrepância entre o prescrito e o real se encontra em todos os níveis da análise (Dejours, 2004).

O autor continua essa discussão, pontuando que o sujeito reconhece essa distância entre a realidade de um lado e as prescrições e os procedimentos de outro, pela forma de sofrimento, fracasso, angústia, desânimo, sentimento de impotência, ou seja, é uma experiência desagradável, é nesse momento que o sujeito vivencia o real do trabalho. Este, entendido como a resistência do mundo aos procedimentos, às previsões, ao saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, o momento em que tudo que o sujeito tinha como verdadeiro, aparece como falso, é a verdade que se revela por sua negativa. Assim, o real do trabalho inicia sua manifestação para o sujeito sempre de um modo afetivo (Dejours, 2004, 2012a).

Mas o trabalhar não se limita a experiência da resistência do mundo. Pelo contrário, o sofrimento afetivo causado pelo choque com o real, é, sobretudo um ponto de partida para o trabalho propriamente dito, pois é nesse momento que o sujeito é provocado a engajar-se em busca de meios de agir, de novos caminhos, estratégias defensivas e soluções para atender aos objetivos e conseqüentemente superar a resistência do real e a insuficiência das prescrições (Dejours, 2004, 2012a).

Assim, entende-se trabalho como tudo que em uma situação real, não foi previsto pela concepção, pela organização e planejamento da tarefa. É a criação do novo, do inédito, para o enfrentamento das situações e que, portanto, exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade, de formas de inteligência específicas, próximas daquilo que no senso comum define-se como engenhosidade. Ou seja, requer engajamento e mobilização para enfrentar aquilo que, em uma tarefa, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita. Por fim, conceitua-se trabalho como a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho (Dejours, 1993a, 2012a).

Dejours (1993a, 2004) ainda explica, que todo trabalho é sempre trabalho de concepção. E é justamente por isso, que o trabalho é por definição humano, já que é mobilizado ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente. É desse momento, onde há a ruptura da ação diante do real do trabalho e então os sujeitos se lançam em descobertas, inovações, engenhosidades para responder e reagir ao sofrimento e dificuldades da tarefa que podemos observar a união entre subjetividade e trabalho.

Assim, conclui que trabalhar é continuar indefinidamente a buscar, a recomeçar e, sobretudo a encontrar uma solução. Portanto, nenhuma empresa, nenhuma organização, nenhum serviço, nenhuma instituição funciona se os trabalhadores seguem a risca as prescrições e que as conseqüências de uma possível obediência absoluta seria o risco de colapso da produção e da saúde dos próprios trabalhadores (Dejours, 2012a).

Mas apesar de o trabalho ter esse caráter individual, ou seja, repousar na contribuição subjetiva, através da inteligência, do talento, da criatividade, da genialidade, a análise que se faz necessária é de longe solipsista. Dejours esclarece que todo ato técnico ou toda atividade de trabalho estão submetidos a uma regulação pela interação entre as pessoas e essas interações entre o EU e OUTRO implicam em uma análise da dinâmica intersubjetiva das

situações de trabalho (Dejours, 2005). Assim, inscrevendo ao entendimento do trabalho uma dimensão coletiva ou social (Dejours, 2012a).

Dejours pontua que a contribuição singular e intrasferível de cada pessoa demandada pelo trabalho, inscrevem o risco de grandes divergências entre os “modus operandi”, de maneira que podem gerar desordem, incoerência e conseqüentemente caos, o que levaria a sérios prejuízos para a qualidade da produção e da segurança das instalações. Portanto, esses caminhos singulares devem ser coordenados voluntariamente pelos envolvidos em direção a uma dinâmica comum, assim, teríamos um trabalho coletivo (Dejours, 2012a).

Então, sobre trabalho coletivo, a PDT define como a coordenação das contribuições singulares pelos agentes do trabalho em direção a uma dinâmica coletiva comum. Entretanto, Dejours, sob a análise do binômio prescrito e real, chama atenção para a prescrição do trabalho coletivo, que seria justamente a coordenação deste trabalho, ou seja, a exposição da articulação do coletivo na realização de uma determinada tarefa, enquanto o real seria as condições de cooperação que o tornaram possível (Dejours, 2012a).

Na compreensão e definição de trabalho de Dejours, as pesquisas no campo da PDT devem evidenciar nas análises dimensões do trabalho como: engenhosidade ou inteligência, mobilização subjetiva, cooperação e coordenação, estratégias defensivas. Ademais é inquestionável nessa perspectiva a centralidade do trabalho na vida das pessoas, uma vez que, para a PDT, o trabalho é o único mediador eficiente entre o sujeito e o meio social, pois é a forma como a subjetividade se inscreve no social, no ético e no político, portanto, condição de acesso à cidadania (Dejours, 1992b, 2004).

2.4. Inteligência da Prática

Se a definição de trabalho supõe a superação do real pelo sujeito, Dejours (2012a) marca como necessário, para tanto, a mobilização de uma forma específica de inteligência. Sobre a qual, ele diz esta especificamente no campo da prática, pois o seu desenvolvimento ou aparição passa essencialmente por processos complexos na vivência das situações de trabalho, definindo-os como atividade subjetivante e corporeização do mundo.

O sofrimento vivenciado inicialmente pela impressão subjetiva do real do trabalho é também a origem de um movimento de conquista do mundo, à medida que essa ruptura da ação anuncia a necessidade de se transformar em um pesquisador ou mesmo um inventor em busca de uma solução para o problema que não está nos manuais disponíveis. É justamente

nesse momento que a inteligência da prática é exercida. O sujeito utiliza-se da astúcia, da imaginação criadora, da invenção, dos ajustamentos, para atuar sobre o mundo e encontrar as vias de resistência aos constrangimentos e fracassos (Dejours, 1993a, 2012a).

É nesse percurso que o trabalho então se apropria da subjetividade, através da colhida da intuição, da contribuição, da engenhosidade do sujeito, mas é também dessa mobilização que a própria subjetividade se transforma, se engradece e se revela a si mesma, através do acréscimo de novas qualidades, de novas impressões afetivas e habilidades, o que faz do trabalho, sobretudo uma atividade subjetivante (Dejours, 2004, 2012a).

Ademais, Dejours (2004) afirma que é sempre pelo corpo que o sujeito tem acesso a experiência de trabalho. O sofrimento, a habilidade, a sensibilidade, a virtuosidade, a destreza passam sempre pelo corpo e se desenvolvem também a partir dele. Sobre este corpo, ele diz que apesar de se constituir a partir do corpo biológico, trata-se de um corpo subjetivo, um segundo corpo, o corpo que se experimenta afetivamente, resultante da experiência mais íntima de si e da relação com o mundo.

Assim, expõe a relação entre a inteligência do trabalho e o corpo. Segundo Dejours (1993c, 2004) diante de situações ou eventos que destoam da rotina, os sentidos são solicitados, alertando o corpo e suscitando a curiosidade na busca por alternativas e soluções. Tendo como base as impressões afetivas do momento, o sujeito termina por elaborar um modo de atuação rapidamente, que tem por arcabouço a intuição e a singularidade.

Nesse sentido, o trabalho revela que é no próprio corpo que a inteligência reside, mas que não é um recurso natural, passa, sobretudo pelo exercício da atividade, é o que Dejours (2004, 2012a) vai chamar de “corporeização do mundo”, ou seja, a inteligência mobilizada supõe previamente a passagem por um processo de familiarização e intimidade com os procedimentos, as ferramentas, as técnicas, a presença do outro. Portanto, a inteligência aqui referenciada se desenvolve no e pelo trabalho, daí o motivo para lhe considerar especificamente no campo da prática.

Apesar de ser designada como inteligência da prática, Dejours (2012a) esclarece ainda que não podemos restringi-la as atividades manuais, pelo contrário se faz necessária em todas as atividades, inclusive as intelectuais, pois dizer que se mostra especificamente no campo da prática é dizer que esta se desenvolve a partir do exercício da atividade pelo engajamento do corpo na elaboração de modelos práticos de funcionamento técnico, e que não exclui desse

processo a presença do pensamento, visto que podemos atribuir ao corpo subjetivo também toda a atividade do pensar, pelo fato de que pensar seria inevitavelmente pensar seu corpo, ou mesmo pensar a experiência de seu corpo no momento em que se pensa.

E nesse sentido, o corpo inteiro constitui a sede da inteligência e, por conseguinte da habilidade e não apenas o aspecto cognitivo. Isso faz com que a inteligência mobilizada no trabalho sempre esteja avançada em relação à consciência que o próprio sujeito tem dela. A malícia, a trapaça, a inventividade, a astúcia decorrente da necessidade de tomada de ação tem na eficácia a sua imediata preocupação, para então depois buscar a análise, a compreensão e justificativa da ação (Dejours, 2004, 2012a).

Afirmar que a inteligência da prática sobrevém em situações de trabalho mediante os imprevistos, as dificuldades e insuficiências das prescrições não significa cair em uma visão angelical do trabalho, ou seja, de que este guardaria sempre a promessa da ampliação da subjetividade a partir do momento que ofereça a oportunidade de mobilizar a inteligência (Dejours, 2012a). Pois a mobilização da inteligência envolve a articulação de algumas condições de ordem física, psíquica, organizacionais e sociais (Dejours, 1993a).

Dejours (2012a) chama atenção para o fato de que apesar da inteligência da prática ser uma condição humana, ou seja, todos podem experimentá-la, o estado de saúde física e/ou psíquica de cada sujeito é uma variável de suma importância. Pois a mobilização da inteligência depende de nossa capacidade de remanejar a relação com o nosso próprio corpo, para então torná-lo apto para integrar o que a experiência do trabalho nos faz descobrir sobre nós mesmos. É preciso que o sujeito renuncie à sua própria capacidade de resistência para transformar-se e evoluir. E se o sujeito se encontra com essa capacidade comprometida de alguma forma, não poderá operar essa inteligência.

Outra condição subjetiva para que a astúcia e a criatividade sejam operacionalizadas, é a necessidade de que a tarefa tenha sentido para o sujeito, tomando por base sua história de vida e características psíquicas (Dejours, 1994).

Sobre as condições organizacionais e sociais, a mobilização da inteligência passa pela necessidade do trabalho prescrito, da visibilidade e do reconhecimento. Em relação à prescrição do trabalho, Dejours a coloca como condição para a mobilização da inteligência, pelo fato de que é a partir da prescrição que os trabalhadores podem fazer os rearranjos, inventar, ou seja, a prescrição é a base formal que dá condição para a ação dos sujeitos,

portanto, a organização prescrita do trabalho nunca pode ser considerada inútil e os sujeitos apesar de subvertê-la, não podem adotar uma postura de desobediência (Dejours, 1993c).

Como se pode ver usar da inteligência no trabalho significa sempre se afastar dos procedimentos prescritos. Implica em infringir as recomendações, os regulamentos, os processos, as ordens de serviço. Em situações em que as organizações do trabalho prezam pelo controle e vigilância dos gestos, dos movimentos, dos modos operatórios e dos procedimentos de forma rigorosa, constituem um grande entrave a mobilização da inteligência (Dejours, 2004).

Ademais, quando o trabalhador realiza a transgressão, esta costuma ficar em segredo ou na discrição, mas Dejours chama atenção para o problema do segredo. Segundo o autor, manter a transgressão em segredo implica ao sujeito grandes responsabilidades, principalmente quando se trata de tarefas que envolvem a segurança das pessoas, das instalações ou riscos para o ambiente e populações, bem como, manter o segredo impede que a contribuição seja avaliada pelos colegas e superiores, processo fundamental para a dinâmica do reconhecimento e a evolução da organização do trabalho (Dejours, 1993a, 2004).

Para que a mobilização da inteligência passe da discrição a visibilidade e então o sujeito assuma a fraude contra a regulamentação, Dejours diz que só é possível quando entre os atores do trabalho existem relações intersubjetivas de confiança. Sobre a confiança aqui referida, ele diz não ser de ordem do psicoafetivo, mas do ético. E considera que não há inteligência sem mobilização individual e coletiva (Dejours, 1993a, 2005).

Uma vez revelada à fraude em um contexto intersubjetivo de confiança, inscreve a chance do engajamento da subjetividade e inteligência empregada no trabalho serem avaliadas pelos colegas e superiores, tanto com relação à utilidade, quanto a qualidade, ou seja, o julgamento pelo outro da contribuição individual. Quando se dá o reconhecimento pelo trabalho realizado, as contribuições da inteligência prática podem ser estabilizadas e retomadas pelo coletivo de trabalho por meio da construção de novas regras de ofício, portanto o reconhecimento é fundamental para não quebrar a mobilização subjetiva (Dejours, 2005).

2.5. Coordenação e Cooperação

A ação voluntária do sujeito de iluminar, demonstrar, de fazer publicidade dos seus achados, ou seja, corrigir a dimensão do segredo pela visibilidade de sua singularidade ao

olhar do outro, faz surgir outra questão incontornável do trabalhar, que é a coordenação das inteligências no coletivo de trabalho (Dejours, 2005).

As descobertas da inteligência da prática podem gerar efeitos desorganizadores, pois tem como resultado inscrever no cotidiano de trabalho diferentes formas de saber-fazer, que ameaçam comprometer a organização do trabalho, com forte risco de desestabilizar a coesão do coletivo. Para corrigir as contradições e conflitos gerados pelos achados, é fundamental que as inteligências práticas sejam coordenadas (Dejours, 2005).

Sobre a coordenação, Dejours (1993a, 2004) esclarece que se trata da análise das contribuições singulares pelos trabalhadores, em um movimento de normatização das diferentes formas de saber-fazer, no qual se escolhe quais as aceitáveis e quais devem ser proscritas, levando em consideração o valor da contribuição, que pode ser técnico, econômico e social. Mas ele acrescenta que assegurar as condições lógicas e as condições cognitivas de uma articulação conquistada nas atividades singulares, pressupõe a vontade das pessoas de trabalharem juntas, de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria essência da organização do trabalho, ou seja, que haja cooperação no trabalho (Dejours, 1993a).

Em outros termos, Dejours sobre a cooperação no trabalho, sugere que passa diretamente por uma mobilização que deve ser considerada como contribuição específica e insubstituível dos trabalhadores na concepção, nos ajustes e na gestão da organização do trabalho real, ou seja, passa pela liberdade da vontade em nível individual e a formação de uma vontade de agir e trabalhar juntos, em nível coletivo, tendo por base o problema já colocado sobre o afastamento do prescrito e o real. Portanto, é impossível determiná-la a priori, mas é possível debruçar-se sobre as condições intersubjetivas e sociais desse processo (Dejours, 1993a, 2012a).

A confiança entre as pessoas é um exemplo de condição indispensável para a cooperação no trabalho. É preciso que existam relações de confiança entre aqueles que mostram e aqueles que observam, veem, escutam e avaliam. Mas Dejours pontua que a confiança aqui referenciada não é fundamentada em competências psicológicas e sentimentais, mas em competências éticas (Dejours, 1993a, 2005).

Ademais, o autor diz que confiança e lealdade são indissociáveis, pois contribuir, assumir, gerir as singularidades sugere o compromisso dos envolvidos em adotar os riscos e

implicar-se na análise das diferentes condutas de forma respeitosa e justa, tendo como base a busca por melhorias e vantagens no processo de trabalho. Nesse sentido, confiar teria como arcabouço a promessa de lealdade ao outro e o respeito à liberdade de deliberação, sendo assim, necessário que os membros do coletivo deixem em suspensão as relações de força no trabalho. Por isso, Dejourns, afirma que é impossível existir cooperação quando há relações de competição entre os trabalhadores (Dejourns, 2004, 2005, 2012a).

De certo que a comunicação e/ou discussão perpassa toda essa dinâmica intersubjetiva, é ao mesmo tempo fundante e resultante das relações de confiança no trabalho, desde a objetivação dos achados aos acordos entre os membros do coletivo (Dejourns, 2004, 2012a).

Como já foi dito para regular a tensão inevitável gerada pelas contribuições singulares no coletivo de trabalho, é necessário colocar os achados à prova da discussão. Isso é possível quando os trabalhadores se envolvem no debate coletivo para nele dar testemunho de sua experiência singular, ou seja, sua forma de saber-fazer e tornar as contribuições objeto de uma comparação, confrontação e debate sobre quais os modos operatórios que precisam ser refutados, estabilizados ou incluídos como maneira de trabalhar coletiva, fazendo assim, evoluir as regras de trabalho (Dejourns, 2004, 2012a).

Toda essa atividade de confrontação, análise, discussão supõe a troca de argumentos. Estes são fundamentados em considerações técnicas, ou seja, fazem referência à eficácia e qualidade das contribuições, e também fazem referência às preferências, aos valores, aos gostos, idades, sexo, à saúde, aos antecedentes de cada um, portanto, sobretudo são da ordem do ético, é por isso, que Dejourns afirma que a confiança no trabalho esta fundamentada em competências éticas (Dejourns, 2004).

Nessa sequência, tem-se ainda como condição para a cooperação no trabalho, os espaços de discussão. Sobre estes, Dejourns, diz que são espaços onde a discussão pode ser formulada livremente, em vista de proceder à articulação entre os trabalhadores na tomada de decisão sobre as questões que lhes interessam, como o futuro dos serviços, da instituição, da empresa e que, por conseguinte, são questões que dizem respeito a eles mesmos. Esses espaços de discussão, portanto, são voltados para a deliberação coletiva, tempo essencial a toda a gestão prudente e racional do processo de trabalho, da segurança das pessoas e das instalações e da vida comunitária (Dejourns, 2005).

Assim, são esses espaços que permitem alcançar, no melhor dos casos, os acordos e consensos sobre as diferentes formas de saber-fazer, bem como, leva à formação, à evolução, à manutenção, à transmissão e renovação das regras de trabalho ou de ofício. Ainda sobre os espaços de discussão, a investigação clínica do trabalho sugere que eles se propagam em duas dimensões: de caráter formal e de caráter informal (Dejours, 2012a).

Os espaços de discussão de caráter formal são aqueles proporcionados pelas reuniões de equipe, reuniões de diretoria, etc. Os de caráter informal acontecem nos ambientes informais da empresa, da fábrica, como a lanchonete, a copa, a sala de estar, como também fora da empresa, em uma festa de comemoração do aniversário de algum colega de trabalho. Sobre a existência dessa diferenciação, Dejours, coloca como uma dificuldade a articulação entre ambos e pontua a importância dos espaços de discussão de caráter informal para a prática da convivência entre os membros, indispensável à cooperação no trabalho (Dejours, 2012a).

A análise da PDT sobre a articulação das inteligências singulares sugere, portanto que o compromisso necessário à coordenação e cooperação no trabalho, perpassa sempre pelo técnico e social. E isso tem a ver com o fato de que trabalhar não é unicamente produzir, é também viver junto. E o viver junto não é algo evidente, supõe a mobilização da vontade dos trabalhadores visando conjurar o sofrimento e a violência provenientes das dificuldades, dos desacordos nas situações de trabalho (Dejours, 2004).

Sobre a formação da vontade coletiva, têm-se como origem do consentimento em cooperar dos envolvidos, duas variáveis: o problema da violência e o reconhecimento no trabalho. Em situações de trabalho onde se triunfa o individualismo, certamente os desacordos, os conflitos desencadeiam a violência, considerada um entrave para a construção de condições sociais e éticas favoráveis à prova individual na vida no trabalho, contribuindo para a destruição da subjetividade e da saúde mental. É para conjurar esse processo mortífero que os trabalhadores aceitam as renúncias exigidas pela cooperação (Dejours, 2004).

A segunda variável está relacionada aos recursos específicos do coletivo, que podem ser colocados a serviço do aprimoramento das subjetividades e das singularidades. Quando a experiência do trabalhar é testemunhada, as descobertas da inteligência e seu saber-fazer se tornam meios de obtenção do reconhecimento dos outros, ou seja, existe um reconhecimento por parte do coletivo pelo fazer, pelo trabalhar (Dejours, 2004).

2.6. Reconhecimento no Trabalho

As investigações em PDT levam a concluir que é impossível prescrever a mobilização subjetiva exigida no trabalhar e que essa preocupação é fundamentalmente inútil, pois a mobilização subjetiva manifesta-se com grande força na maioria das pessoas. O problema seria então compreender como proceder para não quebra-la, pois apesar de ser espontânea é bastante frágil. Assim, Dejours traz para essa discussão a análise da dinâmica entre contribuição e retribuição (Dejours, 1993a).

Diante da contribuição dada à organização do trabalho, seja pelos esforços da inteligência ou os esforços para discutir e gerir as contribuições singulares, o sujeito espera ser retribuído. Sobre a retribuição aqui referenciada, Dejours esclarece que se trata de uma retribuição de natureza simbólica, revestida por uma forma específica, facilmente atestada nos estudos empíricos: o reconhecimento (Dejours, 2012a).

O reconhecimento esperado respalda-se em duas diferentes dimensões: a constatação e a gratidão. No sentido de constatação trata-se do reconhecimento da realidade que representa a contribuição individual, específica à organização do trabalho. Isso implica o reconhecimento do real, ou seja, da imperfeição da ciência e da técnica, das falhas organizacionais do trabalho prescrito e do recurso indispensável à contribuição singular dos trabalhadores para fazer funcionar o processo de trabalho. E por fim o reconhecimento no sentido de gratidão pela contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho. Sobre essa última dimensão do reconhecimento, Dejours pontua ser concedida com muita parcimônia na maioria dos casos estudados (Dejours, 1993a).

Ainda sobre a análise da dinâmica do reconhecimento no trabalho, a PDT sugere que passa pela construção rigorosa dos julgamentos. Esses julgamentos ocorrem a partir do trabalho realizado e são proferidos por atores específicos, engajados diretamente na gestão coletiva da organização do trabalho. Por isso, os julgamentos também estão associados ao funcionamento eficiente dos coletivos de trabalho, e, por conseguinte, fundamental para a psicodinâmica da cooperação. Os diferentes julgamentos enquadrados como reconhecimento, são os julgamentos de utilidade e os julgamentos de beleza (Dejours, 2012a).

Diante de uma contribuição singular, pode-se proferir a respeito de sua utilidade técnica, social ou econômica, o que é fundamental para a inscrição da contribuição na esfera do trabalho, já que sem a avaliação utilitarista, a atividade realizada poderia decorrer tanto do

laser quanto do trabalho. Geralmente os julgamentos de utilidade são feitos pelos superiores (chefe, organizador), mas também pode ser feito pelos que de alguma forma estão subordinados ao sujeito ou de seu trabalho, como por exemplo, os clientes, em caso do trabalho de produção ou serviço (Dejours, 2005).

Quanto aos julgamentos de beleza, estes têm dois aspectos. O primeiro diz respeito à conformidade da contribuição com as artes do ofício, ou seja, atribui conformidade do trabalho realizado com o ofício em questão. Esse julgamento confere qualitativamente ao sujeito o pertencimento ao coletivo ou à comunidade de pertença, pois ele tem como volta um julgamento sobre aquilo que o faz um indivíduo como os outros. Os que estão em posição de proferir tal julgamento são os que conhecem bem as artes do ofício, isto é, os pares, os colegas. O segundo diz respeito à apreciação da especialidade, da originalidade da contribuição ou trabalho, esse julgamento confere ao sujeito o reconhecimento de sua identidade singular, de sua originalidade e estilo de trabalho. Este julgamento é essencialmente proferido pelos pares e consiste no julgamento mais significativo, mesmo que seja o mais comum (Dejours, 2005).

Todos esses julgamentos tem em comum o fato de serem proferidos em relação ao trabalho realizado, ou seja, sobre o fazer e não sobre a pessoa. É justamente isso que permite a promessa do respeito e da justiça entre o coletivo de trabalho em meio às discussões frente às inteligências singulares. Entretanto, o reconhecimento da qualidade do trabalho realizado, mais tarde pode inscrever-se na esfera da personalidade, em termos de registro da identidade (Dejours, 1993a, Dejour, 2005).

Em outras palavras, ontologicamente falando, é em segundo momento que o sujeito esta em condições de repatriar essa conquista obtida no registro do fazer para a realização de si mesmo e da construção da sua identidade. É por isso, que Dejours, pontua que é o reconhecimento que confere a retribuição simbólica frente às expectativas subjetivas do sujeito, e, portanto indispensável para a conquista do sentido e prazer no trabalho (Dejours, 1993a, Dejour, 2005).

Ademais, ele completa dizendo que a construção do sentido no trabalho pelo reconhecimento não só diz respeito à realização pessoal e conquista da identidade, que por sua vez, se dão na dinâmica intersubjetiva, ou seja, no campo social, mas significa também a transformação e superação do real, e, por conseguinte, do sofrimento inerente à vivência do trabalho (Dejours, 1993a).

Essas considerações permitem compreender como a dinâmica do reconhecimento é fundamental para conferir ao sujeito a retribuição simbólica como compensação por sua contribuição, e então favorecer o engajamento de sua subjetividade e inteligência na transformação do sofrimento em prazer no trabalho, inscrevendo assim o reconhecimento no trabalho como peça indispensável na problemática da saúde mental (Dejours, 1993a).

Nesse sentido, se a dinâmica do reconhecimento está paralisada, o sofrimento não pode ser mais transformado em prazer, não há mais a possibilidade de encontrar sentido, levando o indivíduo a descompensação psíquica e somática, ou seja, a uma vivência patogênica do trabalho. Segundo Dejours, é justamente entre sofrimento e doença que os indivíduos podem engajar-se em estratégias defensivas, mas alerta que não sem gerar sérias consequências para a organização do trabalho (Dejours, 1993a).

2.7. Estratégias Defensivas

A PDT como já dito rompe com o modelo causalista da Psicopatologia, quando desloca o objeto de estudo para a “normalidade sofrida”, pois mediante as investigações e intervenções nas diversas situações de trabalho, sugere que os trabalhadores mesmo experimentando o sofrimento decorrente da relação com a organização do trabalho, eram capazes de exercer sua liberdade e enfrentar essa situação. É assim, que Dejours chama atenção para a importância da construção das estratégias defensivas pelos trabalhadores nesse processo (Dejours, 1993a).

Dejours (1986b, 1993a) diz que se os trabalhadores lançam-se na elaboração de procedimentos defensivos para enfrentar o sofrimento, e diferencia dois tipos de sofrimento cardeais das circunstâncias de trabalho: o medo e o tédio. Portanto, conclui que a vocação primeira das estratégias defensivas é resistir psiquicamente à agressão que constitui determinadas formas de organizações do trabalho. Nesse caso, considera de grande importância a construção de estratégias defensivas para a proteção da saúde mental dos trabalhadores, quando os protege dos eventuais efeitos nocivos e favorecem a saída do espectro da doença mental.

Ademais, continua explicando que ao prestar atenção às estratégias defensivas dentro do enigma central de suas investigações que é a normalidade, pode constatar que a elaboração dessas estratégias que, diga-se de passagem, pode ser de cunho individual ou coletivo, ocorre de forma intencional e não como uma resultante mecânica a estímulos e respostas.

Explicitando assim, o princípio de uma racionalidade subjetiva das condutas e das ações dos trabalhadores (Dejours, 1993a).

Mas alerta para a ambiguidade das estratégias, pois por mais sutis e inteligentes que fossem as adaptações elaboradas, não poderiam, afastar o temerário risco da alienação e da violência no trabalho (Dejours, 1993a). Dejours esclarece que quando as defesas estão rigorosamente elaboradas e bastante eficazes, elas conseguirão dissimular, com maior ou menor êxito o sofrimento em questão da própria consciência dos trabalhadores, podendo em casos mais graves a fazer com que ignorem completamente o sofrimento (Dejours, 1986b).

E continua explicando que os processos defensivos sempre estarão presentes na execução do trabalho, pois como já mencionado, este é vivenciado primeiramente como fracasso, impotência, limitação diante do real, e as estratégias defensivas favorecem então o processo de adaptação. O problema é que quando elas conseguem apartar o sofrimento da consciência dos trabalhadores, conseqüentemente impede o fator transformador do sofrimento, ou seja, trava a dinâmica de subversão do sofrimento pela conquista do sentido e prazer no trabalho. Então, nesse último caso, o potencial de adaptação das defesas toma uma conotação pejorativa, pois leva a conservação das pressões do trabalho. Sobre essa última vocação das estratégias, Dejours, diz que sem dúvida deve estar no cerne da compreensão da capacidade das pressões do trabalho em gerar alienação e violência no trabalho (Dejours, 1986b, 2007).

A respeito da alienação, pontua que ocorre justamente quando mediante a construção de estratégias defensivas particularmente bem elaboradas e interiorizadas, os trabalhadores se encontram em uma situação de incapacidade de elaborarem mentalmente ou mesmo politicamente sua relação com a organização do trabalho, e, portanto “naturalizam” as pressões organizacionais de forma que chegam a serem colaboradores da exploração que sofrem (Dejours, 1986b).

Um exemplo que a PDT dá em que os sistemas defensivos se tornaram objeto de exploração pela organização do trabalho, ou seja, se tornaram proveito da produção, refere-se à exploração por parte da hierarquia dos processos compulsivos de autoaceleração desenvolvidos pelos trabalhadores mediante a insatisfação com as tarefas repetitivas das empresas de construção civil ou das grandes empreiteiras de serviços públicos (Dejours, 1986b).

Ademais, a análise da PDT sugere que para as estratégias defensivas terem essa capacidade de alterar a percepção dos trabalhadores sobre os riscos e a exploração nas situações de trabalho, são processos defensivos construídos essencialmente no coletivo. E explica que apesar da vivência do sofrimento permanecer fundamentalmente singular, trabalhar como já foi dito, é viver junto, partilhar das experiências, e, portanto não seria diferente com a experiência das pressões, dos medos e dos riscos. Nesse sentido, os trabalhadores diante da impossibilidade de mudança de suas condições, acabam se organizando coletivamente por meio de estratégias defensivas para permanecer no contexto de ameaça. Assim, Dejours, refere-se às estratégias coletivas de defesa como contribuintes para a coesão do coletivo e simultaneamente como sistema coercitivo, pois conduz a exclusão os que resistem a esse processo (Dejours, 1986b, 2007).

Logo, a análise da mobilização dos trabalhadores na construção das estratégias coletivas de defesa está associada a situações de trabalho em que as relações de dominação, as pressões do trabalho estão bastante acentuadas e a dinâmica do reconhecimento é inexistente ou desarticulada de forma que a possibilidade de negociação da superação do sofrimento vivenciado no trabalho esta também comprometida, tornando assim, a vivência dos problemas e fracassos repetitiva e insuportável (Dejours, 1994, 2007).

Como visto, pode-se afirmar que a interiorização das pressões no trabalho pelos trabalhadores por meio das estratégias defensivas, podem causar sérios danos afetivos e cognitivos, como é o caso da alienação e, por conseguinte, a possível exploração por meio da extorsão das práticas do saber-fazer em prol da produtividade, quando há a obstrução do acesso no plano psíquico da conquista do sentido e do prazer no trabalho. Mas Dejours, ainda chama atenção para outro problema decorrente dessa conjuntura, o problema do mal ou violência no trabalho (Dejours, 2007).

Sob essa condição de que diante do que causa sofrimento, medo, tédio, não haja a possibilidade de fugir, desertar ou remanejar, tendo que continuar trabalhando em um contexto de ameaça e para tanto, o coletivo se articula por meio das estratégias defensivas, Dejours, esclarece que a coragem é “ingrediente” fundamental, mas acrescenta que não se trata de uma coragem livre e individual, e sim a serviço da virilidade (Dejours, 2007).

Adquirir coragem ou ser corajoso dentro desse contexto é ser capaz de continuar a atividade e suportar a dor ou o sofrimento, as vulnerabilidades, adotar uma postura de bravura diante das provas de risco e desafios colocados, ou seja, demonstrar para si e para os outros que

pode vencer o medo. Opor-se a partilhar de tais condutas ou adotar um comportamento tímido e que denote medo, significa furta-se da estratégia coletiva de defesa e se expor ao descrédito, ou ao desprezo, a exclusão, é correr o risco de se tornar o fraco, o desqualificado, o perseguido pelos demais (Dejours, 2007).

Assim, as defesas que permitem os trabalhadores a resistirem o medo, também funcionam como um sistema coercitivo e de valores centrado na virilidade, onde cada um é levado a assumir ora a posição de vítima submetida à prova, ora é aquele que impõe a prova a alguém. Tendo como resultado não só o aprender a suportar a dor e o sofrimento, mas também como consequência uma familiarização com a violência, tanto pelo aprendizado da submissão voluntária e da cumplicidade com os que exercem quanto pelo fato de ser capaz de cometer violência a outrem sob a justificação de que sua atitude ou comportamento esta a serviço da coragem ou virtude. A esse processo, em que a virilidade é o mal ligado a uma virtude, Dejours chama de “banalização do mal” (Dejours, 2007).

A banalidade do mal à luz da PDT, portanto, não se trata de um processo espontâneo e natural, é resultado de um amplo processo de banalização, no qual a análise da virilidade defensiva contribui para a compreensão de como é possível à mobilização de massa para o trabalho da violência racionalizada, mas ainda ressalta que a justificação no plano ético da prática do mal, da violência a serviço da “coragem” para realizar determinada atividade exige também uma estratégia de distorção comunicacional (Dejours, 2007).

Assim, a PDT vai falar da importância da mentira como fator indispensável para a justificação da missão e do trabalho do mal. Ademais, ressalta que não haveria banalização da violência sem a ampla participação num trabalho rigoroso envolvendo a mentira, sua construção, sua difusão, sua transmissão e, sobretudo sua racionalização. E que a distorção comunicacional não é mais ou menos importante que o discurso viril e sim um dispositivo de potencialização, já que a própria virilidade é uma mentira (Dejours, 2007).

Mas acrescenta que é justamente a mentira comunicacional o elo menos sólido do processo de banalização do mal, e, portanto, sugere que é nesse nível que se deve intervir para desbanalizar o mal. Pois apesar da virilidade defensiva atenuar ou dissimular o risco ou o medo da percepção dos trabalhadores, não deixam de existir (Dejours, 2007).

É por isso, que alguns comportamentos são adotados pelo coletivo para sustentar a mentira, como a proibição da verbalização do medo, a obrigação de exibir resistência,

resistência a normas, indisciplina diante da prevenção, condutas irredutivelmente articuladas com a distorção comunicacional. Então, para combater a mentira deveria se conduzir prioritariamente a discussão nos espaços disponíveis, tanto na empresa, quanto nos sindicatos ou no espaço público, a fim de suscitar a curiosidade e reflexão sobre a mentira organizacional, sobre o medo e o sofrimento no trabalho (Dejours, 2007).

Nesse sentido, conclui-se que os processos defensivos se revelam essencialmente ambivalentes, de um lado, como um dos caminhos possíveis em que os trabalhadores podem se proteger dos constrangimentos deletérios da organização do trabalho e, portanto, fugir da descompensação, de outro, podem acentuar os riscos e paralisar a evolução da organização do trabalho, contribuindo para a conservação do sofrimento e travando a dinâmica de reapropriação do trabalho, pela construção do sentido e do prazer, essenciais para a saúde mental (Dejours, 1993a, 1994, 2007).

CAPÍTULO III

Método

Este capítulo explana sobre os caminhos metodológicos percorridos na realização deste estudo. Para tanto, são aqui apresentadas e justificadas as escolhas do tipo de pesquisa, dos participantes e da análise de dados, assim como os procedimentos que se seguiram durante a investigação.

3.1. Tipo de pesquisa

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. Dado o interesse de acessar não só os aspectos objetivos e visíveis do trabalho, mas também compreender as vivências subjetivas e particulares, oriundas desse tipo de atividade.

Dejours (1993b) aponta que a subjetividade não pode ser analisada exclusivamente sob uma perspectiva objetiva ou racional. Os aspectos relacionados ao trabalho como o sofrimento, o prazer, a satisfação, entre outros, são antes de tudo vivências qualitativas.

Por isso, a via de acesso à realidade de trabalho só pode ser acessada por uma dinâmica intersubjetiva, onde a linguagem é o aspecto primordial da investigação. Assim, entende-se que a pesquisa qualitativa é uma importante ferramenta para satisfazer as necessidades de um estudo da subjetividade humana.

3.2. Participantes

Participaram do estudo sete psicólogos que faziam parte das equipes de profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família-NASF da cidade de João Pessoa, durante o período de maio à agosto de 2016.

No contexto da saúde, a capital paraibana está demarcada territorialmente sob a forma de cinco Distritos Sanitários (DS). Estes têm por objetivo organizar a rede de cuidado e garantir a população pessoense, acesso aos serviços básicos (atenção primária), aos especializados (média complexidade) e a assistência hospitalar (alta complexidade). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que constituem o campo da pesquisa, fazem parte do conjunto de instituições que ofertam serviços básicos de saúde a população.

Participaram do estudo dois psicólogos do distrito I, dois do distrito IV e três do distrito V. Cada equipe do NASF conta com um psicólogo e em cada distrito existem diferentes números de equipes do NASF, logo o número de psicólogos em cada distrito sanitário varia bastante. Durante o período da investigação nos distritos I, IV e V, eram seis, quatro e cinco psicólogos respectivamente, trabalhando como apoiadores.

3.3. Instrumentos e técnicas

Esse estudo utilizou um questionário sócio demográfico junto a todos os participantes da pesquisa, além de um roteiro de entrevistas semiestruturado. Como complemento das entrevistas, foram realizadas com dois dos sete participantes, observações sistemáticas das atividades de trabalho dentro das unidades de saúde, no horário de trabalho, conforme consentimento deles.

O questionário sociodemográfico foi usado para ter acesso às informações individuais dos participantes, com perguntas de identificação, tais como: idade, sexo, tempo de profissão, tempo de trabalho no NASF, vínculo empregatício, média salarial, entre outros, com vista a caracterizar os participantes da pesquisa.

A respeito da entrevista, optou-se pela entrevista semiestruturada, por acreditar que ela permite uma investigação mais aprofundada do tema em questão. Segundo, Moreira (2002) a entrevista pode ser entendida como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito anteriormente delimitado, especificado.

No que se refere ao tipo de entrevista ser semiestruturada, de acordo com Laville e Dionne (1999), o entrevistador tem a possibilidade de acrescentar questões de esclarecimento, e assim, favorecer um contato mais aproximado entre o entrevistado e o entrevistador.

As questões do roteiro de entrevista foram construídas com base no referencial teórico e versavam sobre escolhas e motivações para o exercício da profissão, funções realizadas, dificuldades e limitações no trabalho, relacionamento com os superiores e os pares, prazer e sofrimento, entre outros.

Por fim, as observações como método de produção de informações, somaram-se as entrevistas para construir uma maior compreensão da atividade de trabalho. Segundo Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg e Kerguelen (2001) essa técnica consiste na coleta de informações no momento do exercício real da atividade de trabalho. Nesse sentido, esse

procedimento metodológico permite-nos ir além das representações parciais dos atores na organização do trabalho, dado que a observação se apresenta como a abordagem imediata da atividade.

Para tanto, buscou-se ter um olhar atencioso e interessado durante a situação de trabalho observada, atentando-se principalmente para os seguintes aspectos: processo de trabalho; relações socioprofissionais; organização e condições de trabalho; e uso do corpo no trabalho.

Com o intuito de cumprir tais premissas, lançou-se mão de um período de aproximadamente sete horas de trabalho observado, através de um acompanhamento *in loco*, distribuído nos turnos matutino e vespertino. O relato dos acontecimentos foi registrado em um diário de campo. De acordo com Guérin et al. (2001), o registro usando lápis e papel é uma forma de conservar eventos visualizados nas observações. Portanto, o diário de campo, contou com anotações descritivas e reflexões pessoais da pesquisadora sobre os aspectos referenciados no parágrafo anterior.

Pontua-se ainda que, além das observações formais realizadas durante a realização das entrevistas, também foi possível observar uma serie de elementos da atividade dos profissionais, já que as entrevistas foram realizadas no local de trabalho e dessa maneira, frequentemente havia interferências ao longo das entrevistas por parte de outros profissionais ou usuários/pacientes.

Essas anotações foram agrupadas com os registros feitos durante as observações da atividade, para posteriormente esse material ser analisado juntamente com os dados das entrevistas, na tentativa de se ter uma visão e compreensão da atividade do trabalho mais próxima possível da realidade.

3.4. Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi realizado um levantamento acerca dos distritos sanitários da cidade de João Pessoa, com intuito de conhecer a localização dos mesmos e estabelecer contato com os diretores para obter autorização e um possível acesso a população de psicólogos apoiadores de cada distrito. Foi estabelecido contato com o distrito I, IV e V, dos cinco distritos que há na cidade.

No tocante ao DS I, o contato inicial foi feito por telefone, na ausência do diretor do distrito, uma funcionária passou algumas informações, como número de psicólogos atuantes naquela área, dias de reunião dos profissionais e o número de telefone de uma das psicólogas. Mediante o repasse de tais informações, entramos em contato com a profissional, que sugeriu um encontro no distrito com os demais psicólogos apoiadores.

Nesse encontro, foi explicado o estudo e as condições éticas pertinentes para sua realização, abrindo posteriormente para a participação voluntária dos profissionais. Estavam presente cinco dos seis psicólogos que atuavam no distrito, apenas dois se dispuseram a participar da pesquisa, depois foi marcado com eles, o dia e horário melhor para cada um para a realização das entrevistas. No mesmo dia, obtivemos a autorização institucional do local.

Em relação ao DS IV, também foi estabelecido um contato por telefone com a diretora do distrito, que nos forneceu o número para contato das quatro profissionais de psicologia que estavam em atuação no distrito, posteriormente cada uma foi contatada. Da mesma forma que ocorreu no distrito I, as profissionais sugeriram um encontro coletivo inicial para obterem esclarecimentos sobre o estudo e tirar dúvidas, o encontro foi marcado no distrito, no dia da reunião do núcleo de profissionais de psicologia.

Após, os esclarecimentos prestados e dúvidas tiradas, das quatro psicólogas, duas se dispuseram a participar, e as entrevistas individuais foram feitas no mesmo dia. As demais ficaram de pensar melhor, mas ao serem novamente contatadas, não deram resposta.

A respeito do DS V, depois de várias tentativas de contato por telefone, fez-se uma visita no local, onde foi possível conversar com a diretora, e obter a autorização institucional do local, e ainda os contatos de telefone das três psicólogas que estavam em atuação naquele distrito. Posteriormente cada profissional foi contatada, após mostrarem interesse e disposição em participar da pesquisa, foi acordado com cada uma, dia e horário para a realização das entrevistas.

A autorização institucional do local (dos distritos) foi obtida após a apresentação da carta de autorização da secretaria municipal de saúde e do comprovante de aprovação do comitê de ética. Sobre este último, foi explicado que esta pesquisa tratava-se de um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Análise das relações trabalho-saúde-doença na atenção básica: olhares a cerca dos profissionais, gestores e comunidade”, realizado pelo

GPST- Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A opção pela incorporação desta pesquisa junto ao projeto citado acima, deu-se pela notável coerência das temáticas estudadas e o fato da pesquisadora fazer parte do GPST, sendo esta dissertação parte do projeto maior, que também contemplava alunos de iniciação científica em planos de trabalhos específicos.

Foram contatados um total de 13 psicólogos, dos quais 6 não quiseram participar do estudo. Sobre a marcante oposição dos psicólogos em participar da pesquisa, alguns justificaram ser por conta da falta de tempo, pois estavam sobrecarregados, já que além de terem que cumprir a carga horária de trabalho, tinham que participar de algumas atividades (não especificadas), mas que estavam ligadas ao período de eleições municipais, outros disseram que era justamente por conta das eleições que não iam participar, pois não queriam se comprometer. Apesar das condições éticas de realização da pesquisa ter sido demasiadamente repetidas e esclarecidas, os profissionais mantiveram a postura.

Essa situação é facilmente compreendida pela instabilidade no trabalho, gerada pelo tipo de vínculo empregatício, a maioria destes trabalhadores são prestadores de serviço, ou seja, exercem sua função junto à instituição empregadora por meio de contrato por tempo determinado.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos profissionais, seis delas em unidades de saúde e uma na sede do distrito sanitário de sua área de atuação. Mediante assinatura do termo de autorização de gravação de voz-TAGV, as entrevistas foram gravadas e posteriormente descritas na íntegra. Por vezes, os relatos identificavam pessoas e lugares, e conforme disposto no termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE, por eles assinado, os relatos que identificavam pessoas e lugares foram substituídos por nomes fictícios, a fim de assegurar o anonimato das pessoas e lugares envolvidos.

Nesse sentido, optou-se por referir aos psicólogos entrevistados na exposição dos resultados, com a sigla “P” de psicólogo, seguida de um número aleatório que diferencia cada participante para garantir também o anonimato dos participantes. Como foram sete profissionais, os números vão de ‘01’ a ‘07’.

É importante destacar que o nível de interrupção das entrevistas foi bastante alto. Em quatro das sete entrevistas sobreveio a necessidade de parar por um breve ou longo período de

tempo. Compreendemos que isso se deu principalmente porque as entrevistas foram feitas durante o horário de exercício da função, como também pela própria dinâmica de trabalho do profissional. Os motivos das interrupções foram os mais diversos: solicitação para que o entrevistado fosse resolver algum problema surgido na hora; profissionais da unidade que entravam para tirar dúvidas sobre algum aspecto do funcionamento da USF, ou perguntar por outro profissional; Os curiosos, que entravam para perguntar o que o profissional estava fazendo ou do que se travava a entrevista.

As entrevistas tiveram em média duração de 40 minutos. Para dois dos sete participantes ao final da entrevista, foi solicitado a permissão para a realização de observação de suas atividades durante um período de seu trabalho. Mediante aceitação dos participantes, foi marcado o melhor dia e período para cada um.

As duas observações realizadas tiveram em média duração de sete horas, e ocorreram em unidades de saúde. A primeira observação foi realizada no período da manhã, das 7h30min até as 10h00min. A segunda observação foi feita no período da tarde, das 12h00min – início do turno vespertino de trabalho, até as 16h00min – final do expediente. Como já citado anteriormente, enquanto fazia às observações a pesquisadora escrevia em seu diário de campo a descrição dos acontecimentos e suas percepções, guiada pelo referencial teórico desta pesquisa.

3.5. Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida através da análise de conteúdo de Bardin (2011), para quem define a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” diversificados. E que tem como fator comum a hermenêutica controlada, baseada na dedução: inferência.

Por isso, a autora ainda pontua que a análise de conteúdo favorece a atitude interpretativa do pesquisador, uma vez, o possibilita lançar-se no desvendar das mensagens obscuras, mensagens, cuja significação só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática. Contudo, esta interpretação é sustentada por processos sistemáticos e objetivos de descrição analítica do conteúdo das mensagens.

Assim, Bardin (2011), fala de três fases da análise de conteúdo: a pré-análise, refere-se à organização do material com objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias ou intuições iniciais; a exploração do material, que consiste nas operações de codificação do

conteúdo, de decomposição e enumeração, em função de regras previamente formuladas; e por fim, o tratamento dos resultados, a fase da inferência e interpretação propriamente ditas, onde ocorre a significação dos dados brutos, de maneira que sejam válidos.

Ainda segundo a autora, existem diferentes técnicas de análise de conteúdo. Para este estudo foi utilizada a análise de conteúdo categorial. Esta técnica funciona por operações de desmembramento dos discursos em categorias conceituais e/ou contextuais, segundo agrupamentos analógicos.

CAPÍTULO IV

Resultados e Discussão

Este capítulo apresenta os resultados e as discussões elaboradas sobre os dados coletados, tendo como base de análise o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) e os objetivos específicos da pesquisa: conhecer a atividade do psicólogo do NASF, delinear a organização e condições de trabalho, identificar as expressões de cooperação e de reconhecimento que possam existir na atividade laboral, e caracterizar o processo trabalho-saúde-doença. As categorias temáticas que emergiram versam sobre: organização e condições de trabalho, atividade do psicólogo do NASF, relações intersubjetivas: com colegas, supervisores hierárquicos e usuários, e processo trabalho-saúde-doença.

4.1. Caracterização dos Participantes

Conforme o questionário sócio demográfico respondido pelos participantes da pesquisa, dos sete psicólogos apoiadores entrevistados, seis são do sexo feminino e um do sexo masculino. Tal situação reflete a realidade local, na qual o corpo de profissionais de psicologia em exercício no NASF é majoritariamente feminino. As idades variam entre 29 anos e 53 anos, com média de 38 anos.

Quanto ao estado civil, três psicólogos são casados, dois são solteiros, um é divorciado e outro é viúvo. No tocante a quantidade de filhos, três participantes não tem filhos, os demais possuem de um a três filhos. Com relação ao tempo de profissão, apenas um participante possui mais de 20 anos, a maioria possuem de dois a 15 anos de exercício de profissão. No que se refere ao tempo de trabalho no NASF, a maioria tem de dois a quatro anos, apenas dois tem mais de seis anos. Todos os profissionais tem uma carga horária de 40 horas semanais.

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, a maioria é prestador de serviço, apenas um é estatutário. Sobre terem outro tipo de vínculo empregatício, a maioria respondeu que sim, sendo que três deles, disseram ser também autônomos, trabalhando em clínicas, por exemplo, e um disse ser também prestador de serviço em um hospital; apenas três dos sete participantes responderam não possuir outro vínculo empregatício.

É importante destacar que a manutenção de outros vínculos empregatícios pelos profissionais, se dá mesmo diante de uma jornada de trabalho no NASF de 40 horas semanais.

Essa situação é mais bem compreendida, quando atentamos para a opinião dos participantes sobre seu salário.

Quando a questão salarial surge nas entrevistas, é tida como precária. Os psicólogos consideram o valor recebido pelo trabalho no NASF como insuficiente, principalmente quando comparado com a carga de trabalho que eles têm. A fala de uma psicóloga exemplifica bem esta realidade. Ela relata que: *Agora assim, bem que o salário poderia ser um pouquinho melhor, porque a gente trabalha, não é só com a cara não, trabalha muito, e a questão também assim, como eu já falei de ocupar de alguma forma, dois cargos.* (P01).

A respeito da média salarial dos participantes desta pesquisa, a maioria respondeu ter uma média de R\$ 2.500,00. Sobre esta declaração, acredita-se que os psicólogos se basearam para estimar sua média salarial, no valor recebido pelo trabalho no NASF, que corresponde justamente ao valor informado, e então não levaram em consideração outras fontes de remuneração. Apenas três participantes, não se sentiram à vontade para dar essa informação.

No que concerne à área de formação em Psicologia, dos sete participantes, cinco relataram que optaram somente pela área clínica, apenas um disse ter formação em clínica e também organizacional, e outro em escolar. Quando perguntados sobre as experiências de trabalho anteriores à entrada no NASF, a atuação em clínicas e consultórios, também ganha destaque, sendo citada por quatro dos sete participantes. Entretanto, observa-se que a prática na clínica, apesar de ter feito parte da trajetória profissional da maioria, durante algum momento esteve conciliada com a atuação em outros lugares como: indústria, escola, hospital e outras políticas públicas.

Sobre os motivos que os levaram a trabalhar no NASF: o processo de trabalho e a identificação com o trabalho da ESF aparecem como as principais motivações dos psicólogos. A respeito do processo de trabalho, estes profissionais consideram a proposta de trabalho do NASF muito interessante, julgam como sendo uma oportunidade de aprendizado, principalmente pela chance de trabalhar com diferentes categorias profissionais.

Já em relação à identificação com o trabalho da ESF, os profissionais, enfatizam o Programa Saúde da Família, como uma estratégia de lógica de cuidado em saúde muito interessante e importante, e que a via para atuação nesse âmbito foi o NASF.

Também foram citados como motivos para trabalhar no NASF: a oportunidade de emprego e a possibilidade de contribuir para a qualidade de vida das pessoas, por dois dos sete participantes.

4.2. Organização do Trabalho dos Psicólogos Apoiadores

Nesta categoria buscou-se tornar visível a organização do trabalho do psicólogo apoiador, tanto a organização do trabalho formal quanto a informal. Segundo Dejours, Dessors e Desriaux (1993), a organização do trabalho, pode ser entendida como, de um lado, a divisão das tarefas, que conduz alguns indivíduos a definir a partir de outros, o trabalho a ser executado, o modo operatório e os ritmos a seguir, de outro lado, refere-se à divisão dos homens, ou seja, o dispositivo de hierarquia, de supervisão, de comando, que define e codifica todas as relações de trabalho.

Para a PDT, a organização do trabalho é elemento decisivo para a relação trabalho e sujeito. É a partir do relacionamento deste com a organização do trabalho que é possível compreender as condutas, os comportamentos, as experiências de sofrimento e os prazeres vividos por ele nas situações laborais (Dejours, 1993a).

No tocante, ao processo de trabalho, as falas dos participantes trouxeram as funções e responsabilidades dos psicólogos, segundo a configuração de seu trabalho. De acordo com eles, trabalham 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 11h00min no turno da manhã e das 12h00min às 16h00min no turno da tarde.

Cabe aos psicólogos apoiadores à realização de escutas; orientação; interconsulta; visitas domiciliares; trabalho com grupos operativos, por exemplo, palestras para hipertensos; participação na construção e implementação de projetos singulares terapêuticos (PST); atenção ao cuidador, que vai desde a parte de avaliação psicológica, escuta individual, orientação, mediação de conflitos, até o suporte técnico na condução e resolução de diversas demandas, principalmente as que envolvem questões de saúde mental. Portanto é de sua responsabilidade o apoio assistencial e técnico-pedagógico às equipes de saúde da família de seu território de atuação, visando o aumento da resolutividade e da qualidade das práticas de promoção e prevenção à saúde por elas desenvolvidas e/ou oferecidas.

Ademais, os psicólogos devem realizar a gestão administrativa das USFs, sendo assim, também são responsabilidades destes profissionais: o controle de todo o material de trabalho usado para o funcionamento da USF, desde medicamentos, a luvas e seringas; o controle de

faltas e carga horária de trabalho dos profissionais, a regulação de exames e consultas, a avaliação de desempenho da equipe da unidade, ou seja, toda a parte burocrática e administrativa, assumindo assim, o papel de representantes diretos da diretoria/gestão, tanto para os profissionais da USF, como para os usuários. Sobre esta configuração estadual do trabalho no NASF, os psicólogos relatam:

O NASF no município de João Pessoa, ele não trabalha necessariamente como na grande maioria dos outros municípios, a gente faz muitas coisas que o NASF solicita, mas a gente aqui trabalha muito com apoio matricial, com gerência. (P05).

O apoio matricial é o que dá suporte na unidade, vê o que ta faltando, vê estoque de medicação, tem que controlar a farmácia, tem que controlar a pauta de funcionários... E a outra que é a propriamente do NASF mesmo, que é a de assistência, dentro da sua formação, fazer as avaliações, acompanhamento de casos... Atender no caso a família, a parte de saúde da família. (P07).

Eu acho que o NASF deveria ter uma autonomia assistencial gerenciada pelo município bem maior, da questão de ter mais espaço e tempo para fazer mais atendimentos... Porque tem que gerenciar a unidade, porque tem que tomar conta de num sei que lá, mais essa parte administrativa. E tem que fazer a parte assistencial, então você fica dividido nisso. (P07).

Nos relatos fica claro o posicionamento dos psicólogos sobre a divisão do seu trabalho, de um lado estão às tarefas que eles denominam como as referentes ao NASF, sobre as quais eles chamam de “parte assistencial”, ou seja, as tarefas relacionadas ao apoio assistencial e técnico-pedagógico prestado as equipes das USFs no desenvolvimento das práticas de promoção e prevenção a saúde, e de outro lado às tarefas relacionadas à gerência da unidade, entendidas como o “apoio matricial”. Ou seja, o processo de trabalho destes profissionais, esta organizado em torno de duas dimensões: a dimensão assistencial e a dimensão administrativa das atividades a serem realizadas.

Sobre essas informações, chama-se atenção para duas questões: a compreensão e configuração municipal adotada de apoio matricial e como isso reverbera na relação entre os psicólogos (equipe NASF) e profissionais da unidade (equipe USF).

Como podemos observar nas entrevistas e observações realizadas, o apoio matricial realizado, ganha uma face muito particular, está ligado, sobretudo a gestão administrativa da

unidade, ou seja, o gerenciamento da atenção à saúde dada naquele nível de cuidado é atribuído aos profissionais do NASF, assim os psicólogos (equipe NASF), se tornam, para a equipe de saúde da família, representantes da gestão ou gerência, ocupando o lugar de superiores ou de tutores.

Essa configuração se afasta da proposta do Ministério da Saúde, que pelo menos no que diz respeito ao ideal, aposta na retaguarda assistencial e técnico-pedagógica dada pelas equipes do NASF, como uma forma de aumentar a resolutividade do trabalho da ESF, através do estabelecimento de cooperação e coresponsabilização entre as duas equipes (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com Medeiros (2015) quando a lógica do encontro matricial acaba por submeter às equipes da ESF ao protagonismo da “*expertise*” ou da tutela de seus apoiadores, está adequada ou é signo da insistência da verticalização da organização do cuidado em saúde.

Nesse sentido, o matriciamento como estratégia de articulação e gestão em rede, fica prejudicado, quando o elemento horizontal de organização do trabalho e oferta dos serviços e práticas entre as duas equipes esta comprometido.

Ainda a respeito dessa diferenciação entre as práticas consideradas do NASF e as práticas entendidas como apoio matricial/gerência da unidade, os psicólogos não reconhecem a função administrativa como uma atuação cabível com a formação ou papel do psicólogo, enquanto especialista, fazendo assim, uma distinção clara de quando estão no lugar de apoiador (gestor) e de psicólogo (especialista), como fica evidente no seguinte relato: “*a gente tem essa parte também de apoio matricial, mais ou menos, como apoiador e psicólogo.*” (P04). Ou ainda na fala da participante P06: *nós temos a parte administrativa, toda a parte profissional, de falta, de administração, tudo,..., e a parte de Psicologia, as escutas qualificadas, os grupos operativos, visitas, interconsulta.*

Devemos, portanto, refletir que tipo de suporte matricial é esse que está sendo proposto como lógica de trabalho para os psicólogos como integrantes da equipe NASF, e se essa configuração tem contribuído para que este profissional possa de fato atender a proposta ministerial de prestar uma retaguarda especializada as equipes de saúde da família, na compreensão e resolução das questões de saúde, principalmente no que diz respeito, as questões de saúde mental.

Entretanto, cabe aqui, problematizar esse estranhamento dos psicólogos, em ocupar lugares de gestão, especificamente aqui em espaços de política pública. Isso pode se referir a um processo de construção histórica, em que os modelos de exercício e identidade profissional do psicólogo, estiveram desvinculados dos espaços de gestão e mais próximos aos espaços de atuação técnica (Azevedo & Kind, 2013).

Entende-se que mediante a herança de uma formação que durante muito tempo focou na interpretação da vida íntima, em que os aspectos intrapsíquicos eram a principal preocupação dos psicólogos e os consultórios o principal lugar de atuação/intervenção da Psicologia (Azevedo & Kind, 2013) criou-se estigmas profissionais, como por exemplo, o fato de ligarem o profissional de psicologia ao divã. O que resultou na compressão de muitas das representações que a sociedade tem desses profissionais, e das próprias referências de práticas e identidade profissional dos psicólogos.

A abertura dada a Psicologia na saúde pública, cuja convocação não ocorre somente pela via de técnico da política pública específica, mas também como um profissional capaz de contribuir na elaboração e avaliação e/ou gestão da mesma, vem sem dúvida trazer a necessidade de que haja uma superação desses estigmas, em direção a modelos de exercício e identidade profissionais mais condizentes com as necessidades da população ou dos lugares de atuação que esses profissionais são requeridos.

Por fim, destaca-se que apesar de cada categoria profissional, esta submetida a um modelo específico de organização formal que define a divisão do trabalho, os objetivos das ações, o conteúdo da tarefa, um sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder. A relação entre a organização do trabalho e o sujeito não é um bloco rígido, é preciso assinalar que a estabilidade aparente dessa relação está assentada em um equilíbrio livre e aberto à evolução e às transformações (Dejours, 1993a; Dejours, Abdoucheli, & Jayet, 2011).

Quanto ao dispositivo de comando, de supervisão, representado aqui pela gestão da secretaria de saúde, na figura dos diretores de distritos sanitários, as falas dos participantes trouxeram como é essa relação, e de que forma está, interfere na execução da atividade.

No trabalho dos psicólogos, a relação com seus superiores, ou seja, com os diretores dos distritos sanitários, evidencia formas de gestão ou de supervisão, que pouco favorecem a dinamicidade e deslocamentos necessários às situações de trabalho. O contexto de trabalho na

atenção básica é repleto de imprevistos e necessidades de ajustes constantes, a falta de autonomia que emergiu nos relatos dos participantes, traz consigo a impossibilidade de preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Como podemos observar no relato do participante P07:

Como eu quero contratar você se eu não dou autonomia, você tem que fazer algo para mostrar aparência, então essa forma aí, muitas vezes, influencia no processo de trabalho, e você termina não fazendo, porque sabe que tem que cumprir isso. Pelo menos na minha visão do clima e da cultura organizacional, ele não saiu daquela questão de você desenvolver pessoas né, acorrentar aquela pessoa a fazer isso, é meio escravista.

Segundo Dejours (1994) apesar de não podemos conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, pode-se falar de organizações mais favoráveis à evolução e as transformações, por meio da existência de condições propícias aos espaços de autonomia e criatividade no cotidiano do trabalhar, indispensáveis para a superação do sofrimento e, portanto para a conquista da saúde. Nessa perspectiva, ele aponta a importância de saber qual o espaço possível de transação entre o sujeito, a organização prescrita e o outro – (patrão, supervisor, colegas, clientes) para não impedir as mudanças no trabalho.

Assim, é possível verificar a partir dos relatos, que a falta de autonomia no trabalho do psicólogo afeta os esforços de “concertação” (Dejours, 1994, p.435) necessários à experiência do trabalhar e que por isso, o trabalhador se vê preso às prescrições, as regras, aos comandos, condenado então a obediência, a dominação, ao sofrimento de não poder fazer diferente, chegando a comparar essa forma de supervisão, com o modelo escravista.

Além disso, Dejours (2004), afirma que nas situações de trabalho em que o controle e a vigilância dos gestos, dos movimentos, são acentuados, rigorosos ou severos, tal situação não pode ser duradoura, pois ela leva ao surgimento de diversas vias fortemente diferenciadas em saber-fazer e técnicas individuais que tendem a permanecer na clandestinidade, capaz de gerar uma crise em diversas esferas do trabalho, como na gestão, na coesão do coletivo de trabalho e na produção em si. Portanto, conhecer as formas de gestão, as relações de poder e de dominação, vivenciadas pelos trabalhadores, torna-se de igual interesse para compreender a dinâmica da negociação do sofrimento (Dejours, 1994, 2004).

Ademais, o impedimento da autonomia no trabalho do psicólogo apoiador leva inevitavelmente a dificuldades e limitações para realizar, sobretudo as tarefas referentes à parte administrativa do seu trabalho, já que ele tem a responsabilidade de gerir os recursos materiais e imateriais necessários para o funcionamento das USFs. Além disso, é quem responde pelos eventuais problemas que comprometam o desejado funcionamento das unidades de saúde de seu território de atuação. Então, o psicólogo fica em uma posição de gestor para os funcionários e usuários e de subordinado para a direção dos distritos sanitários. Como podemos observar na fala do P07: *Quando a gente tem autonomia para fazer é melhor... mas se for de regra, muitas vezes, tem que pedir o atestado, uma declaração, se não tem que colocar falta, e isso gera mais uma revolta naquele funcionário.*

Além da constatação da falta ou insuficiente autonomia, o relato dos profissionais ainda evidenciam a fragilidade ou inexistência do apoio dos seus superiores na resolução e compartilhamento das responsabilidades pelas demandas administrativas das USFs. Como destaca a fala do participante P07:

É ter mesmo essa questão de apoio de gestão, de pessoas competentes mesmo, que possam entender e ta junto, e em vez de dizer faça, dizer: vamos fazer, é diferente a questão de pegar ali e ta presente. É preciso uma gestão mais humanizada na rede,..., pra poder fazer com que as coisas funcionassem melhor, você recebe uma coisa, você pode dá né. Se a própria gestão fosse articulada no sentido de parar e escutar até quem ta na ponta, e cuidar de quem ta na ponta, você conseguiria gerar uma onda bem mais intensa. Eu quero coisa que dê um apoio para eu poder desenvolver o trabalho.

A dimensão administrativa do trabalho do psicólogo coloca-o em uma posição de gestor para as EqSF e de mediador entre gestão da secretária de saúde e funcionários das USFs e/ou usuários do serviço. Portanto diariamente esses profissionais tem que tomar decisões e lidar com cobranças, seja dos funcionários da USF ou usuários, muitas vezes, sob situações de trabalho em que os recursos são escassos. Ademais, acabam tendo que responder por questões que são em parte ou totalmente além de seu conhecimento e de suas possibilidades reais, pois são questões muito maiores, a exemplo do repasse de verbas, repasse de material, salário.

Em meio a essa conjuntura de trabalho, é inevitável que surja a necessidade de rearranjos, revisitações nas técnicas, nos procedimentos, nos caminhos que se tem para

percorrer, e nesse sentido, os psicólogos apontam a falha no entendimento e do envolvimento da direção com tais necessidades, fruto de problemas na comunicação, necessária para que essas questões venham a ser discutidas. Caracterizando-se assim como uma situação de trabalho marcada por relações hierárquicas muito comuns aos serviços públicos.

De acordo com Dejours (1994), ao tocar no tema das relações intersubjetivas para a evolução da organização do trabalho, a questão da harmonia e do entendimento entre os protagonistas torna-se de igual importância. Do ponto de vista do autor, a existência de um espaço de entendimento, apesar de ser sempre insuficiente e imperfeito, visto que as situações de trabalho estão sempre em contínuo movimento e transformação, é sempre possível e desejável.

E como ponto de partida para o entendimento, é preciso que as relações de hierarquia fiquem de fora, que os superiores tenham a consciência e assumam que não sabem de tudo de antemão, e de que a mobilização de cada um é fundamental, abrindo assim, um espaço de diálogo, onde há troca de informações e de aconselhamentos sobre aspectos essenciais do trabalho, criando assim um espaço aberto na organização do trabalho para a criatividade e iniciativa.

Com relação às condições de trabalho, entende-se que estas contemplam o meio, os recursos materiais fornecidos aos trabalhadores para realizarem sua atividade. Dejours (1992) aponta que tudo aquilo que envolve o posto de trabalho, como o ambiente físico, químico ou biológico, de maneira em geral, refere-se às condições de trabalho. Ademais, essas condições incidem no corpo dos trabalhadores, podendo ocasionar desgaste, fadiga e doenças somáticas.

A partir das entrevistas e observações realizadas é possível inferir que os psicólogos avaliam suas condições de trabalho como escassas e precárias. Apontam alguns problemas como a inadequada e insuficiente estrutura física das USFs, como podemos observar na fala a seguir: *“Nós não temos sala pra trabalhar... a gente fica usando uma sala que vai sobrando. Nós não temos salas para trabalhar com grupos e pra trabalho individual também não.* (P04). Ou ainda no relato da participante P05: *O que eu sinto muita falta, assim, até mesmo pra executar melhor é a questão de um espaço que agente tenha garantido de atendimento.*

Essa questão da falta de salas pode ser confirmada e melhor compreendida no conteúdo das observações realizadas. Segue a seguir um trecho de uma observação feita do trabalhar do psicólogo apoiador na USF durante o expediente da tarde.

Nós saímos da sala em direção ao interior da unidade, ela me leva até a sala de marcação de exames e pergunta se eu queria deixar minha mochila lá, eu deixei e perguntei se essa era a sala que ela ficava, ela disse: também, às vezes é aqui, às vezes na sala de enfermagem, mas quando preciso de uma sala, pego qualquer uma que não está tendo atendimento. E continua: vamos esperar o paciente sair da sala do médico para eu entrar. Então fomos para uma sala ao lado da sala do médico, que era justamente a sala de enfermagem. Eu aproveito para lhe perguntar algumas coisas, enquanto ela esperava, primeiro perguntei se essa questão de não ter uma sala fixa atrapalhava em alguma coisa, ela disse: sim, principalmente quando queremos fazer uma escuta com o paciente ou mesmo com um profissional da unidade que esta precisando de uma atenção maior... se eu não me adaptar, eu não atendo ninguém. (OBS P02).

É nítida a preocupação dos profissionais com essa questão das salas, justamente porque se torna uma barreira para a realização de seu trabalho. Os psicólogos reclamam que a estrutura física da maioria das USFs, ainda não se adaptou ao novo processo de trabalho, que atualmente conta com o número maior de profissionais diversificados e por tanto, fornece atendimentos diferenciados, como a própria escuta psicologia, seja com o usuário ou com os profissionais, o trabalho em grupo, e também a parte da administração, que inevitavelmente requer do psicólogo apoiador a utilização de uma sala para realizar o preenchimento de fichas, o manuseio e preparação de documentos, por exemplo.

A inadequação da estrutura das unidades de saúde ao novo modelo de trabalho da atenção básica, apontada pelos psicólogos, também pode ser constada em outros registros das observações, como ilustra o trecho a seguir:

A unidade de saúde em que trabalha a psicóloga apoiadora, esta disposta em relação a espaço físico da seguinte maneira: na entrada tem o ambiente de espera com cadeiras, balcão de recepção, no lado esquerdo tem uma sala de reuniões, no lado direito ficam a farmácia e os banheiros para uso dos pacientes, após adentrar propriamente a unidade, pode se ver as salas de atendimento médico, odontológico, de enfermagem, a sala de esterilização, de regulação, a copa e banheiros (OBS P02).

Então, diante dessa questão estrutural das USFs, os psicólogos vão fazendo adaptações e manobras para realizar o trabalho, como o uso das salas que no momento estão sem

atendimento ou de uma sala, cujo profissional faltou, demonstrando assim, sua capacidade de invenção, adaptação diante dos obstáculos do real.

Entretanto, não se pode deixar de pontuar que essa prática da “utilização da sala disponível”, assim se pode chamar, pela falta de salas propícias para o tipo de atendimento e/ou atividade por este profissional realizada, pode lhe expor a alguns riscos, principalmente ao biológico, já que na maioria das salas contem materiais perfuro-cortantes e são ambientes em que se tem a presença e se manuseia material biológico.

Outra preocupação dos psicólogos é a falta de instrumentos e/ ou materiais de trabalho. Como podemos observar nos seguintes relatos:

Nem sempre a gente tem material lúdico, pra trabalhar com criança, então muitas vezes, quando a gente quer fazer um trabalho voltado para criança, a gente tira dinheiro do bolso pra poder comprar tinta, pra poder comprar brinquedo, ou algum material específico para fazer algo coletivo. (P02)

Novamente, se pode observar o quanto à questão das condições de trabalho pode se tornar um obstáculo para a realização do trabalho, sobretudo, para a qualidade deste. Sabe-se que o trabalho na atenção básica é pensado para alcançar toda a família, com o objetivo de não só tratar, mas de prevenir e promover saúde.

Nesse sentido, as práticas dos profissionais desse nível de atenção, devem contemplar a atenção à saúde de todas as faixas etárias, em nível individual e coletivo, e não diferentemente dos demais, os psicólogos almejam tal objetivo. Mas eles apontam que existe uma defasagem entre as prescrições do trabalho e a atividade e de que esta se dar pela falta de instrumentos e/ou materiais adequados. Contudo, eles não ficam inertes diante do problema, lançando mão de estratégias de superação, muitas vezes, custeiam a compra dos materiais necessários, como relatado acima.

Nestas duas circunstâncias de trabalho citadas acima, podemos identificar a mobilização desses profissionais, através do uso da intuição, da inventividade, da astúcia, do improviso, mediante a necessidade de superação dos obstáculos para o alcance dos seus objetivos. Essa realidade condiz com a ideia de Dejours (2004), quando afirma que a inteligência requerida no trabalhar, passa indiscutivelmente pela vivência do sujeito com o mundo físico e social, ou seja, se desenvolve pela prática, no experimentar das situações.

Também é possível identificar no discurso dos profissionais, como a questão dos insuficientes recursos afeta a realização das visitas domiciliares, outra prática prescrita do processo de trabalho dos psicólogos apoiadores, como ilustra a fala do participante P07: *“Ter acessibilidade a alguns recursos, originalmente tinha um carro que ficava a disposição... e a questão de poder se deslocar de um lado para o outro porque às vezes, fica custoso para a gente né.”* Como não existe um carro cedido à equipe do NASF ou da USF, os psicólogos tem que realizar as visitas em seus carros. Sobre essa questão, os participantes relataram que o dinheiro gasto com gasolina não é custeado pela secretaria e como existem algumas áreas de difícil acesso, acaba danificando o carro, podendo assim, gerar maiores custos para eles.

Nas duas situações de trabalho citadas acima, podemos identificar os esforços que os profissionais fazem para superar os obstáculos, oferecendo de novo indícios de sua mobilização, através do uso da inteligência prática para alcançar seus objetivos.

Ademais, os psicólogos ainda apontaram a respeito de suas condições de trabalho, a questão do salário e do vínculo empregatício. Sobre o salário, os profissionais se dizem insatisfeitos, principalmente porque julgam ser um valor aquém do esperado e do justo, pelo considerável número de responsabilidades e da carga de trabalho que possuem, uma vez que, em seu cotidiano de trabalho, desenvolvem duas funções, a função de psicólogo do NASF e de gerente da unidade. Como podemos observar no relato da participante P01: *“Bem que o salário poderia ser um pouquinho melhor, porque a gente trabalha... trabalha muito, e a questão também assim, como eu já falei de ocupar de alguma forma, dois cargos.”*. Também evidenciada no relato da participante P03: *“Eu tomo de conta da unidade, então assim, é bem desgastante, além do trabalho NASF, então é uma solicitação intensa, é um trabalho que eu acho que poderia ser bem mais remunerado.”*.

O vínculo empregatício sobressai nos discursos como outro empecilho a realização de um bom trabalho. A maioria dos psicólogos são prestadores de serviço, ou seja, o ligamento com a secretária de saúde/município da-se por contratos de tempo determinado, que podem ser renovados ou não. A instabilidade do vínculo empregatício se manifesta nos profissionais como incerteza, preocupação, angústia. Possível de ser observado no relato da participante P02: *O vínculo nosso ele é bem instável, um dia a gente pode ta aqui e o outro não, tem essa instabilidade*. Ou ainda no relato da participante P04: *“O vínculo empregatício, a gente sabe que deixa muito a desejar, prestador de serviço, o vínculo realmente é hoje e não é amanhã.”*.

É notório como a questão salarial e a instabilidade do vínculo empregatício se manifesta nos psicólogos de maneira muito mais afetiva do que as outras questões por eles evidenciadas a respeito de suas condições de trabalho, pode-se inferir que existem sentimentos de insatisfação, de medo, de sofrimento latente. Segundo, Dejours (2004), o real do trabalho, se apresenta para o sujeito sempre de um modo afetivo, seja pela surpresa, pelo fracasso, de forma desagradável.

A desvalorização salarial e a flexibilização dos vínculos de trabalho, fazem parte da nova morfologia social do trabalho, é a precarização das situações de trabalho que surge com a reestruturação produtiva (Alves, 2010), ou seja, fazem parte de uma conjuntura maior, são pressões externas, porém vão sendo impregnadas de conteúdo afetivo, como podemos observar no caso dos psicólogos, quando experimentadas no cotidiano do trabalhar. Para Dejours (1994), a nova divisão internacional do trabalho tem levado a uma grande desestruturação das trajetórias profissionais, sendo assim, um golpe “invisível” na saúde.

Apesar do encontro com o real ser inevitavelmente desagradável, a vivência de sofrimento dos psicólogos sobre a questão salarial e o vínculo empregatício se deve pelo fato do engajamento na dinâmica da transformação desse sofrimento estar prejudicada, talvez por se tratar de questões muito gerais, cuja administração ou solução esteja além das possibilidades imediatas destes profissionais.

A respeito do ritmo, da frequência em que a atividade dos psicólogos se desenvolve nas diferentes situações ao longo da jornada de trabalho, verificou-se a partir dos relatos dos participantes, que o cotidiano de trabalho desses profissionais, por vezes, é bastante intenso. São muitos, os momentos de agitação, de variações, vivenciados por eles, inclusive os psicólogos tiveram dificuldades em diferenciar um dia habitual e um dia intenso de trabalho. Como podemos observar nas falas das participantes: *Então, não sei, se eu consegui diferenciar, mas todo dia,..., qual o dia que não seja intenso?* (P05); *Basicamente isso, resolver problemas, isso seria um dia intenso. Sinceramente, é difícil existir um dia comum.* (P02). Ou ainda no relato da participante P07: *Não é intenso, geralmente é quase normal né.*

Os participantes identificaram a sobrecarga de trabalho proveniente do acúmulo das duas funções (NASF e gerência) como um dos fatores que contribuem para tal conjuntura, uma vez que, gera muitas demandas ao longo do dia. O fato é que os profissionais tem que administrar as muitas situações surgidas e/ou que vão se configurando dentro de um quadro temporal determinado. Como ilustra os seguintes trechos:

O de ontem foi um dia intenso, tinha mais de vinte, trinta pessoas, e você tem que atender todo mundo... Mas tudo dentro do que é esperado é isso, esse é o movimento, seria o intenso, o habitual são aqueles usuários do “hiperdia”, vê glicemia, vê pressão, então é outro dia intenso. (P03).

Um dia de trabalho intenso pra gente, principalmente na parte administrativa, é quando falta algum profissional... Às vezes falta material ou a organização do material que chega, a gente vai passando pelos setores, toda essa logística da unidade, é muito intenso, todos os dias é mais ou menos assim. (P04).

Esse aspecto do trabalho do psicólogo apoiador também pode ser identificado nas observações realizadas. Segue como exemplo, os trechos a seguir:

O atendimento feito a cada pessoa dura em média de 5 a 10 minutos, e a profissional enquanto confere a documentação do paciente, atualiza e preenche as folhas para dispensação da medicação, ainda mantém conversa com o paciente, orientando-os sobre o próprio processo de recebimento, outras vezes sobre o medicamento receitado e eventuais questionamentos que iam surgindo em cada atendimento,..., em um desses atendimentos, a psicóloga pergunta algo sobre a medicação do paciente, mas o paciente rebate dizendo que a informação solicitada esta na receita que entregou a profissional. A psicóloga então olha pra mim e diz: Tem hora que dá um nó na cabeça. (OBS P02).

A apoiadora ver que é a vez da senhora entrar na sala do médico e vai levá-la até lá, ao voltar ela continua falando um pouco mais sobre seu trabalho: meu trabalho é muito instável, você tem que está elétrica e calma ao mesmo tempo... é intenso. (OBS P02).

Então, é possível identificar no trabalho do psicólogo apoiador, que a atividade realizada requer bastante agilidade, ele precisa estar sempre atento e precavido, para tomar decisões, dar informações, identificar e corrigir erros em pequenos intervalos de tempo. Apesar do tempo para que ocorra toda essa mobilização em prol da entrega do trabalho não ser imposto diretamente, por exemplo, pela hierarquia, acaba sendo controlado indiretamente pelo ritmo do funcionamento da USF, que como vimos é geralmente muito intenso, e os psicólogos acabam tendo que realizar os movimentos necessários para sua atividade, com certa rapidez e velocidade.

Dejours (2007), já alerta para a ação das pressões do ritmo de trabalho no corpo dos trabalhadores. As situações de trabalho consideradas repetitivas ou extenuantes são pontualmente uma ameaça à construção da saúde no trabalho, uma vez que, acarretam a fadiga, o desgaste, além de favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho e a alienação, por exemplo, pela auto aceleração.

4.3. A Atividade do Psicólogo do NASF

Essa categoria tem como objetivo tornar visível a atividade dos psicólogos. Para tanto, será apresentada em duas subcategorias: prescrições e trabalho real, que respectivamente revelam a técnica, ou seja, o modo como se deve fazer para alcançar os objetivos a serem cumpridos diariamente; e como o real, ou as variabilidades do ofício se manifestam para esses profissionais e, por fim, como eles fazem para vencê-las e darem conta do que lhes é solicitado.

4.3.1 Prescrições

Trata-se nesta subcategoria das obrigações, exigências e caminhos pré-estabelecidos para a obtenção dos objetivos no cotidiano de trabalho, ou seja, a tarefa. O conceito de tarefa advém da análise ergonômica das situações de trabalho, que diz que a tarefa ou a prescrição, é aquilo que se deve fazer ou que se deseja obter (Falzon, 2007). A partir das entrevistas realizadas, foi possível identificar que o psicólogo apoiador conta com diferentes tipos de prescrições, provenientes de diferentes lugares, para realizar seu trabalho.

Existem as prescrições “oficiais”, assim denominadas e consideradas por eles, a exemplo das cartilhas e cadernos do NASF e/ou da atenção básica, que são elaboradas e distribuídas pelo governo federal e versam sobre a proposta e processo de trabalho do dispositivo NASF, enquanto equipe.

De acordo com estas prescrições, os psicólogos esclarecem que o trabalho no NASF, independente da especialidade deve ser respaldado na interdisciplinaridade – (o trabalho em conjunto com as demais especialidades do NASF e as EqSF) e priorizar as ações de promoção e prevenção à saúde, mediante a isso, os psicólogos compreendem que a proposta de sua atuação nesse âmbito não é a de psicoterapia, mas de uma assistência baseada na clínica ampliada e compartilhada. Como podemos observar nas seguintes falas:

O nosso trabalho, todo o NASF é mais preventivo, a gente não dá assistência psicoterápica, é mais a prevenção, então nesta cartilha eles dizem né, que a gente dá assistência, faz avaliação, prevenção, promoção à saúde, dentro da unidade, como fora, mas a questão de dá um acompanhamento não, a gente dá o ponta pé inicial, e encaminha para os outros profissionais. (P01).

Tem a portaria do NASF... Assim, exatamente o que eles falam? Bom, a atuação é interdisciplinar, a gente ta sempre em contato com outros profissionais, prioriza as ações coletivas e não de clínica individual digamos assim, o psicólogo no NASF, ele não faz psicoterapia, ele prioriza a participação nos grupos, grupo de gestantes, grupos de idosos, grupos de hipertensos, diabéticos. Além disso, as visitas domiciliares, e eu diria que o mais importante o matriciamento com os outros profissionais da atenção básica. (P02).

Ademais, os profissionais têm a consciência de que estas prescrições são indispensáveis à sua atuação pelo fato de fixarem caminhos e objetivos, facilitando assim a iniciativa. Como exemplo, destaca-se o relato da participante P03: *norteia né, na questão de como você deve... O que o NASF propõe, enquanto psicólogo, o que você precisa fazer dentro desses parâmetros, essas cartilhas, elas norteiam as ações da gente.* Conforme, Dejours (1993c), a prescrição é de fundamental importância para a mobilização no trabalho, pois é a partir do prescrito que os trabalhadores têm condição de fazer os rearranjos e subversões necessárias.

Também é possível identificar nos relatos que estas prescrições auxiliam os psicólogos não só na compreensão de sua atuação no NASF, como são instrumentos de justificativa e proteção para contestação de eventuais situações em seu cotidiano de trabalho que configurem dissonância das práticas, condutas ou objetivos sugeridos pela proposta de trabalho da referente política de saúde. Como podemos observar na fala da participante P04: *Eu tenho o caderno ainda em casa, eu preciso dá mais uma olhada... Até pra a gente ter respaldo de dizer: oh! Isso é NASF, isso não é NASF, isso eu posso fazer, eu posso ir até aí.* Ou ainda no fragmento: *mas é bom ter como diretriz, porque evita de... Evita de a gente percorrer um caminho que é diferente do que o Ministério da Saúde propõe, é difícil, mais uma hora a gente consegue (P02).*

A respeito dessa capacidade de pensar, avaliar o seu processo de trabalho em relação às prescrições, expressa pelos participantes, (Dejours, 1986b, 2007), coloca como condição

fundamental e desejável para a ação no trabalho, pois é através da elaboração política de sua relação com a organização do trabalho, que os trabalhadores podem afastar o risco da alienação, e, portanto, engajar-se em uma dinâmica de busca por transformações em suas situações de trabalho.

No tocante a nova lógica de produção de saúde, a capacidade crítica e argumentativa dos trabalhadores é condição fundamental para a concretização do SUS, ou ainda do projeto de sociedade e de saúde pública que esse sistema está respaldado. No âmbito de trabalho no SUS, os profissionais são convocados não só a prestar sua contribuição técnica, mas também social, através do pensar, avaliar e agir sobre os serviços, ações, e processos de trabalho (Dimenstein, 2001; Ramminger & Brito, 2008; Assunção & Filho, 2011; Giacomozzi, 2012).

E existem as prescrições “não oficiais”, assim denominadas e consideradas por eles, pelo fato de serem prescrições acessadas mediante a leitura de artigos científicos e/ou documentos elaborados e fornecidos pelo conselho de profissão. Além disso, estão inclusas nessa denominação, as que são acessadas pelo convívio com os colegas de trabalho.

Sobre as informações pré-estabelecidas acessadas mediante a leitura de artigos e documentos do conselho de profissão os psicólogos consideraram como uma fonte de aprendizado e esclarecimento, que os ajudam a entender melhor como deve ser sua atuação, enquanto especialista no âmbito das políticas públicas, aqui considerando o contexto NASF/atenção básica. Como podemos observar na fala do participante P07: *Prescrições são bem acessíveis, corre atrás*. Ou ainda no relato da participante P03: *O próprio CRP, o conselho nosso, através de artigos*.

A respeito dessa busca por informações sobre prescrições, sobre o seu trabalho, podemos inferir que emergem duas questões: a primeira é o fato de que as prescrições de base, digamos assim, as consideradas “oficiais”, que são elaboradas e fornecidas pelo governo federal, como já dito pelos profissionais, trazem orientações gerais, a cerca do processo de trabalho do dispositivo NASF ou equipe e pouco ou nada contemplam as atuações enquanto especialidade. Como ilustra o trecho do relato da participante P04: *dei uma olhada no caderno, deu para eu entender algumas coisas, mas assim, é muito amplo*. A segunda refere-se à problemática da formação do psicólogo, a entrada desses profissionais no campo de trabalho das políticas públicas, não foi acompanhado por um processo de contextualização e/ou mudança do curso nas diversas instituições formadoras. Realidade ilustrada pela fala da participante P06 *É não fui preparada pra atuar no NASF*.

No que concerne às prescrições acessadas no convívio com os colegas de trabalho ou equipe, os profissionais apontam como sendo orientações que se vai obtendo por observação ou diálogo, nesse contato com o outro no cotidiano de trabalho, ou seja, é na prática, no dia a dia que eles vão tomando conhecimento dos caminhos utilizados naquele lugar, por aquelas pessoas, para realização daquilo que se deve fazer. Como exemplo, destaca-se o relato da participante P04: *Foi assim, pegando com um colega, as diretoras também falaram assim, assado.*

Essa importância dada ao convívio com os colegas para os psicólogos no que se refere à obtenção de informações, de ajuda, para a realização de sua atividade, também pode ser identificada nas observações realizadas. Segue como exemplo, o trecho a seguir:

A apoiadora sai da recepção e fica novamente no corredor em pé, próximo a sala do médico e do dentista, onde o fluxo de pessoas já não era o mesmo, eu então pergunto a ela como foi que ela aprendeu todas aquelas informações que passou para os usuários, como ela aprendeu sobre o funcionamento da USF, sobre as medicações e instrumentos de trabalho dos diversos profissionais, ela então responde: “a gente aprende na prática, por observação e quando não sabe a gente pergunta.” (OSB P02).

Segundo, Dejours (2004), o trabalho não deve ser considerado e analisado como uma experiência solipista, mas também como uma forma de relação social, assim o real, não é só o mundo objetivo, é também o mundo social, em que o sujeito pode encontrar condições favoráveis ou não ao engajamento e desenvolvimento de sua subjetividade.

4.3.2. Trabalho Real

A subcategoria aqui apresentada revela as variabilidades encontradas nas situações de trabalho do psicólogo apoiador e a mobilização destes profissionais em direção à administração e superação de tais situações.

Para compreender trabalho real, (Dejours, 2004), chama a atenção para a irredutível distância entre o prescrito e o real. Segundo o autor, as situações de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, dificuldades e imprevistos provenientes tanto da matéria, dos instrumentos e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, sejam os colegas, chefes ou clientes, e que por isso, as prescrições nunca são suficientes para atingir a qualidade do trabalho.

Nesse sentido, é necessária do trabalhador, uma mobilização para superar as variabilidades das situações de trabalho e atingir os objetivos que lhes são confiados, e é justamente esse engajamento do sujeito que configura trabalho real, ou seja, aquilo que ele acrescenta as prescrições, ou dar de si mesmo para preencher a lacuna entre o prescrito e o efetivo (Dejours, 2012a).

Uma das faces das variabilidades na execução do trabalho do psicólogo apoiador, identificadas, foi à sobreposição no cotidiano de trabalho, da dimensão administrativa, o denominado “apoio matricial”.

Essa realidade é conhecida dos psicólogos, como podemos observar na fala da participante P05:

Então assim, a gente fica muito na questão gerência... Trabalhar exatamente, exclusivamente com o NASF, não. Então nossa demanda acaba sobrepondo a outra, entendeu? É a onde eu digo a você que a nossa parte gerencial termina se sobrepondo a nossas atividades NASF.

Sobre a realidade exposta no relato acima, reiteramos a necessidade de se refletir acerca da configuração de apoio matricial adotada. Tomando como base a prática, precisa-se avaliar de que forma a lógica de gestão proposta no trabalho do psicólogo, tem corroborado e contribuído para que este profissional de fato atenda as equipes de saúde no lidar com as questões de saúde e as necessidades da população.

E inclusive os profissionais apontam essa situação como algo que atrapalha o andamento das suas demais responsabilidades como apoiador, principalmente ao que se refere à sua contribuição enquanto especialista. Como exemplifica o relato da participante P02:

Essa sobrecarga de trabalho, burocrática, essa sobrecarga de trabalho administrativa, atrapalha muito, porque a gente fica com pouco tempo pra se organizar pra participar de um grupo, se organizar pra fazer uma atividade específica na comunidade, então eu acho que isso é o que mais dificulta.

Também foi possível constatar essa conjuntura durante as observações realizadas, como exemplos, seguem os seguintes trechos:

A psicóloga se direcionou a uma das pacientes, começou a explicar que hoje (dia da observação) na unidade deveriam ter três médicos, mas dois tinham justificado a

ausência, porque estavam participando de um congresso. Posteriormente, a psicóloga vai passando nas salas de atendimento,..., nesse percurso que ela faz por toda a unidade, vai verificando se os profissionais chegaram, se já estão acontecendo os atendimentos e se tem alguma demanda direcionada a ela. Quando chegou a sala da enfermaria tinha um senhor com a P.A. supostamente alta e que precisava ser verificada, mas a técnica de enfermagem ainda não tinha chegado e ela teve que remanejar outro profissional para fazer esse atendimento. (OBS P04).

O médico aparece na recepção e chama à apoiadora, ele relata a ela que o otoscópio da unidade não foi encontrado e por isso, ele iria ter que encaminhar um paciente para um otorrinolaringologista. Logo que o médico sai, ela me diz: “ta vendo, era algo que poderia ser resolvido na unidade, agora vai ter que encaminhar, porque o aparelho desapareceu.” (OBS P02).

Fica claro, mediante as observações e entrevistas realizadas que a sobreposição da dimensão administrativa do trabalho do psicólogo apoiador incide diretamente nas características das situações vivenciadas durante a jornada de trabalho. As questões, as demandas, os problemas surgidos no exercício do ofício são bem mais de caráter gerencial e burocrático. Quando solicitada a calcular a porcentagem de trabalho administrativo/apoio matricial e trabalho assistencial, a participante P02, responde: *80% apoio matricial e 20% assistencial.*

Outro aspecto dessa conjuntura que se pode observar, é a construção e representação por parte das EqSF e usuários, de uma imagem do psicólogo apoiador como um gerente ou chefe da unidade, o que aumenta ou complementa o fato da sobrecarga de demandas administrativas que estes profissionais tem ao longo da jornada de trabalho, pois são referência na resolutividade de quaisquer problema ou situação ligada diretamente a administração do funcionamento da unidade. Assim, a maioria das cobranças os psicólogos vivenciam, pela execução do apoio matricial/administrativo, como poderemos também no desenvolver de outras seções do texto. Destaca-se também que essa realidade é vivenciada pelos outros apoiadores/especialidades.

Haja vista a dimensão administrativa do trabalho do psicólogo apoiador, esses profissionais são considerados pelos seus superiores como a “ponte” entre gestão e unidade, e para as equipes, a “ponte” entre unidade e usuário. Dada essa representatividade, esses profissionais em seu dia a dia acabam tendo que lidar com diferentes situações em que são

solicitados ou precisam ter que mediar conflitos. Como podemos observar nas falas a seguir: *Os informes que tem na reunião matricial... Ai às vezes, a equipe não aceita muito bem, então você tem que ter o poder de convencimento. (P05); Bota a demanda para gente fazer ou para resolver, o problema é esse aqui, então o usuário tem isso aqui, essa medicação não tem e você resolve. (P 07).* Ou ainda no relato da participante P02: *A gente ajuda também nessa parte, de mediar com o usuário que vai reclamar que o exame não foi marcado.*

Os psicólogos entendem que esse papel de mediador é uma dificuldade em seu trabalho, primeiramente porque os coloca diante da seguinte situação: de um lado eles têm que cumprir as exigências de seus supervisores, fazendo assim as cobranças e orientações para as equipes, de outro lado, eles partilham o dia a dia de trabalho com esses profissionais, ou seja, fazem parte também das equipes de saúde, então convivem com a realidade precária de trabalho e com as reais necessidades para a efetivação dos serviços. Como exemplificado, no relato da participante P02, feito durante observação de seu trabalho.

Olhe minha recepcionista adoeceu, com problema de ansiedade, estava de atestado, mas quando ela voltou vi que não estava em condições de trabalhar, então mandei para casa, conversei com os profissionais aqui, disse que a gente ia ter que se revezar na recepção.

Em segundo lugar, os psicólogos entendem que esse papel de mediador, os coloca em uma posição de ter que gerir situações, cuja solução está além de suas reais possibilidades, pois muito dos conflitos entre equipe e usuário é decorrente das falhas e da precariedade do próprio sistema de saúde, ou até mesmo da gestão municipal. Além disso, essa conjuntura os expõe a alguns riscos, como por exemplo, a violência, a agressividade dos usuários. Como destaca a fala da participante P03: *É um usuário que chega agressivo, então quando ele ou ela chega agressivo eu tenho que mediar.* Ou ainda no relato da participante P06:

Tem dias que você tem que usar mesmo da psicologia pra poder resolver aquela situação, porque uma pessoa que já vem de casa, já vem com aquele sofrimento, ai quando diz que não tem atendimento, que as fichas acabaram que não tem tal remédio, entra numa revolta e às vezes, não quer entender, acha que a culpa é da gente, entendeu?

A respeito dos relatos dos participantes, podemos ter uma ideia da realidade de trabalho em que estão inseridos estes profissionais. Segundo, Katsurayama, Parente, Moraes e Moretti (2013), os psicólogos via NASF, passam a partilhar da complexidade da prática na

ESF, que coloca os profissionais em contato direto com a realidade da comunidade, muitas vezes em situação de diferentes formas de vulnerabilidades psicossociais, o que os leva a ter que lidar com problemas relacionados à pobreza, violência, drogas que interferem na qualidade da saúde da população, além disso, existem limites e dificuldades gerados pela precariedade do trabalho no setor público.

Nesse sentido foi possível observar ainda que o trabalho do psicólogo apoiador é permeado pela imprevisibilidade. De acordo com Abrahão, Sznelwar, Silnino, Sarnet e Pinho (2009) a variabilidade é um importante pressuposto para entender a atividade humana, e que essa variação faz parte de todas as situações de trabalho. Ainda sobre o conceito de variabilidade, os autores dizem que podem ser classificadas em intraindividuais, quando se trata de características que variam nos indivíduos; e as externas, quando se trata de características que variam no ambiente, nos materiais de trabalho e outros.

A respeito das variabilidades externas, Abrahão et al. (2009), esclarece que elas podem ser uma variabilidade normal, quando são de certa forma esperada e contem nas prescrições ; e as variabilidades que decorrem de eventos inesperados e são realmente imprevisíveis.

Nas entrevistas realizadas, foi possível identificar que o trabalho do psicólogo apoiador é permeado, sobretudo pelas variabilidades externas de cunho imprevisível. Como podemos observar na fala da participante P02:

A gente tenta se organizar o máximo, tenta colocar na agenda o que vai fazer durante a semana, mas somos sempre surpreendidos por agendas de urgência, que são demandas da secretaria, do distrito,..., a gente tenta colocar no papel o que vai fazer, mas a gente é sempre surpreendidos por outras situações.

Podemos observar que nos relatos dos profissionais a imprevisibilidade das situações de trabalho carrega uma conotação de surpresa, de ser algo que não se está preparado para lidar, por mais que se tente. A ideia contida nesses fragmentos está condizente com a explanação de (Dejours, 2004) a respeito do real do trabalho. Segundo o autor, diz que o real se revela para o sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, a técnica, confrontando assim, o sujeito ao fracasso, de onde surgem sentimentos, como irritação, cólera, decepção, impotência.

Contudo, o autor ainda esclarece que apesar do sujeito experimentar o real do trabalho pelo sofrimento, este não é uma consequência última dessa relação, é possível que o

sofrimento seja um ponto de partida rumo à superação do real, que requer a vontade e mobilização do trabalhador para tanto. É por isso, que ele também considera o sofrimento no trabalho como um importante elemento de proteção da subjetividade (Dejours, 2004, 2012a).

Embora os psicólogos apoiadores experimentem diariamente a irreduzível distância entre a realidade de um lado, e de outro, as prescrições e os procedimentos, como foi possível observar nos parágrafos anteriores, estes profissionais se recusam à inercia diante das dificuldades do dia a dia em seu trabalho.

Através dos discursos dos participantes e das observações realizadas, verificou-se que estes profissionais lançam-se em busca de opções e formas de superação, reparação e adaptação das dificuldades, com a finalidade última de cumprir sua tarefa ou alcançar os seus objetivos. Como ilustração da realidade descrita, segue o relato do participante P07:

A gente recebe as demandas, os lotes das farmácias das unidades com os medicamentos... E às vezes, não vem tudo né... E ligava para central de distribuição e dizia: aqui é fulano, da unidade tal, sou diretor num sei quem e aqui tá tendo confusão porque a medicação não veio... Olhe a impressa tá aqui na porta... Ai dizem: não, vamos separar os lotes... Mas às vezes, tinha mesmo o usuário fazendo o barraco, mas eu dizia que tinha impressa, aumentava. Ai teve um dia que eu consegui uma caixa de seringa, não tinha mais seringa, e o pessoal tinha que tomar insulina diariamente e não tinha, ai mandaram uma caixa, daquelas pequeninhas, secundarias sabe? ai eu fui lá e trouxe uma caixa, assim, grande sabe? Ai abasteci aqui e abasteci as unidades, porque eu inventei uma história, ai me deram sabe? Ai eu trouxe.

A fala do participante condiz com a explicação dada por Dejours (2012a) a respeito da mobilização requerida como via de transformação do sofrimento em direção à superação do real. De acordo com esse autor, é necessário que o trabalhador se transforme em um pesquisador ou inventor, já que o real é experiência radical de incompreensão. Nesse sentido, a mobilização aqui evidenciada, envolve uma inteligência que inventa; que cria; que descobre.

Ainda sobre esta inteligência, o autor explica que ela é completamente original em relação ao que nos ensina o saber acadêmico, é antes de tudo uma inteligência que age pela astúcia, pela intuição, entretanto não é mágica, se assenta na prática. Com isso ele que dizer que a intuição da solução e das repostas ao real, vem à medida que o trabalhador experimenta aquela situação, pelo engajamento do corpo afetivo na relação com os materiais e objetos de trabalho, ou na relação com o outro, ou seja, adquirida no exercício da atividade (Dejours,

2004, 2012a). Como exemplo, de tal ideia, segue o relato do participante P07: *Quando você chega não tem macete nenhum, você não sabe como funciona né, mas quando você vai passando o tempo termina fazendo adaptações.* Também expressa pela fala da participante P03: *Então você tem que articular com outro profissional que já tenha essa demanda, você vai cruzando as informações e vai achando.*

Nota-se, pois, pelos relatos aqui ilustrados e os demais presentes nas entrevistas, que os psicólogos apoiadores, estão sempre tendo que dá um “jeitinho”, fazer alguns “truques”, usar da intuição e da astúcia no exercício de sua atividade. É justamente esse esforço dos trabalhadores para dar conta daquilo que não pode ser solucionado ou que não funciona pela execução restrita das prescrições, que se entende como trabalho real, ou o trabalhar. Ademais, é no trabalhar que o sujeito tem a possibilidade de expandir e imprimir sua subjetividade no mundo, processo esse, indispensável à conquista da normalidade e saúde no trabalho (Dejours, 2004).

4.4. Relações Intersubjetivas: com os colegas, supervisores hierárquicos e usuários

Através da leitura interpretativa das entrevistas e das análises das observações, foi possível observar em que dinâmica intersubjetiva ocorre o trabalhar do psicólogo apoiador, apesar de algumas das relações do trabalho já terem sido contempladas em outras secções, essa categoria tem como objetivo refletir de que forma essa dinâmica tem contribuído para a realização de sua atividade. Para tanto, será apresentada em três subcategorias: formação profissional; trabalho coletivo e cooperação; e reconhecimento.

4.4.1 Formação profissional

Esta subcategoria informa como a relação com os colegas de trabalho auxilia os psicólogos no processo de capacitação para a realização de suas atividades.

De acordo com os participantes da pesquisa, a capacitação para o trabalho é bastante falha, tanto em relação à preparação anterior a entrada no NASF, como durante o exercício da função. Eles relatam que não realizaram nenhuma espécie de curso ou treinamento intensivo para o trabalho no NASF, recebiam apenas breves orientações e documentos, como as cartilhas, apesar de alguns pontuarem que conhecia alguém que tinha participado de algum treinamento. Ao longo do exercício da função, disseram que os cursos que foram ofertados e

fizeram, geralmente versavam sobre o funcionamento geral, ou seja, sobre o trabalho na atenção básica.

Essa situação pode ser observada na fala da participante P01: *Quando eu entrei, não, eles me deram somente essa cartilha do ministério pra eu dá uma lida geral, me inteirar de como seria o trabalho, e explana assim rapidinho na hora da entrevista de contratação.* Ou ainda na fala da participante P05: *A gente teve alguns cursos, logo no começo, mas não teve um curso exclusivamente para como você trabalhar no NASF, não, eram cursos que te davam um norte geral, entendeu?*

Sabe-se que a inserção do psicólogo na arena da saúde pública, principalmente na atenção básica, trouxe novas exigências de postura e de práticas para esse campo de saber-fazer, e que a formação acadêmica oferecida a esses profissionais, caminha a passos lentos rumo a uma adequação dessa formação a esses novos espaços de atuação (Freire & Pichelli, 2013). Soma-se a essa conjuntura, o fato de que trabalhar na saúde, inevitavelmente requer do profissional estar se reciclando e assim adquirindo novas competências, para se adequar as novas formas de organização e produção, e a incorporação de novas tecnologias, diante das mudanças no quadro de necessidades em saúde da população (Assunção, 2011).

Assim, não é de se estranhar que os psicólogos como vimos em outras partes desta dissertação, estão sempre em busca de complementar a sua formação profissional, seja acessando as prescrições oficiais existentes sobre o trabalho no NASF, ou ainda recorrendo a artigos e conselho da profissão, tendo também que realizar cursos de especialização; e nesse sentido, foi possível identificar que esses profissionais enxergam no conviver com os pares/colegas, outro caminho para a aprendizagem e auxílio na superação das necessidades quanto à formação.

Segundo os psicólogos, eles têm encontros semanais com os profissionais da equipe da ESF e também com outros apoiadores. Apesar desses encontros estarem previstos pela proposta de matriciamento que respalda o trabalho do NASF, observa-se que no relato dos profissionais, esses momentos ou espaços de discussão, são descritos como lugar de troca, de aprendizado, de partilha dos questionamentos e dificuldades, onde podem de forma espontânea falar e ouvir sobre seu trabalho.

Como exemplo dessa realidade, destaca-se o relato da participante P06: *essas reuniões de núcleos que nós temos como essa que você vivenciou hoje um pouco do núcleo de*

Psicologia, a gente também trabalha muito com essa troca de experiência com os demais colegas. Também exemplifica pela fala da participante P01: Durante esses três anos de trabalho no NASF, não teve nenhum curso de capacitação, a gente tem encontros do NASF para fortalecer, então a gente tem periodicamente esses encontros, entendeu?

Destaca-se também a importância desses encontros/reuniões para a coesão do coletivo de trabalho. Segundo, Dejours (2012a), o agir comunicativo, é uma das condições que tornam possível a cooperação entre os protagonistas do trabalho.

4.4.2 Trabalho coletivo e cooperação

Na esfera individual, a lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivo é teorizada em ergonomia pelo binômio conceitual, formado entre a tarefa de um lado e a atividade do outro, mas na análise da esfera coletiva do trabalho, feita pela psicodinâmica, a prescrição concretiza-se sob a forma de coordenação e a efetivação do trabalho coletivo, toma a forma de cooperação (Dejours, 2012a). Nesse sentido, esta subcategoria apresenta as formas de cooperação encontradas no trabalho do psicólogo apoiador.

Para Dejours (2012a) todo trabalho vivo, repousa na inteligência e na mobilização desta, acontece que essa inteligência demandada pelo trabalho é fortemente marcada por características idiossincráticas de cada pessoa, assim a diversidade das inteligências, a princípio provoca o risco de grandes divergências nos modos operatórios, podendo levar ao caos, daí surge à necessidade de uniformizar essas contribuições, e essa façanha só é possível por meio da cooperação, ou seja, quando os indivíduos se mobilizam em uma dinâmica intersubjetiva, tendo como objetivo estabelecer acordos sobre as maneiras de se trabalhar.

Assim, a cooperação fundamenta-se na liberdade em nível individual e, ao mesmo tempo, na vontade de trabalhar junto em nível coletivo para superarem conjuntamente os obstáculos e contradições que surgem no dia-a-dia. E é indispensável para a compreensão do poder emancipatório do trabalho. (Dejours, 2012a).

Apesar de o individualismo estar cada vez mais presente no contexto das organizações modernas, foi possível observar trabalho coletivo no cotidiano de exercício profissional dos psicólogos.

No trabalho do psicólogo, a cooperação se manifesta principalmente na relação com os colegas apoiadores (psicólogos ou não), da mesma equipe ou de equipe diferente. Como ilustra o trecho a seguir:

Quando falta material em uma determinada unidade, a gente pega com a outra unidade... Se comunica rapidinho, sempre trocando. Quando a gente não tem um médico na unidade, a gente também entra em contato com os outros apoiadores pra saber se eles tem, se o médico deles atende, de forma que um cubra o outro. (P04).

Ou ainda como se pode observar no relato da participante P01: *Até medicamentos. Eu tenho mais do que a outra unidade, então a gente se comunica e a gente cede.*

Nota-se que existe um acordo de ajuda mútua entre os apoiadores, assim os psicólogos se sentem bastante a vontade para solicitar a ajuda de seus colegas apoiadores quando preciso, a exemplo da situação de falta de medicamentos ou de profissionais na USF. Desse modo, a cooperação acontece pela ajuda, solidariedade e harmonia existente entre os indivíduos (Dejours, 2012a).

Também foi possível observar nas observações realizadas, que a cooperação entre os apoiadores, ocorre na discussão de condutas. Como ilustra o trecho a seguir:

A psicóloga aproveita para mostrar a apoiadora uns encaminhamentos que ela tinha preenchido de um atendimento feito pelo médico, à terapeuta ocupacional (apoiadora) alerta para o erro cometido, e a psicóloga diz que vai mostrar ao médico. Quando a terapeuta ocupacional sai, a psicóloga diz: ta vendo já cometi um erro. (OBS P02).

Outra manifestação de cooperação identificada no trabalho do psicólogo foi à cumplicidade que existe entre os psicólogos e profissionais de outros serviços de saúde. Nota-se que a ajuda dada por esses profissionais, funciona como alternativas que facilitam a resolução das questões surgidas, ou seja, contribuem para a brevidade dos procedimentos que o psicólogo precisaria realizar para alcançar seu objetivo. Como podemos observar no relato da participante P04: *na questão de marcação de exames, que a gente também cobre essa área, quando a gente não consegue marcar o exame pelo fluxo normal, a gente vai diretamente na sede... tem uma pessoa que a gente vai diretamente pra falar com ela.*

Haja vista, as análises feitas, é importante clarificar que as ligações de cooperação não estão necessariamente associadas à unanimidade de pensamentos, desejos, posturas, ou seja, a

inexistência de contradições entre os indivíduos, mas a vontade de trabalhar em uma obra em comum (Dejours, 2012a). Ademais, segundo Schwartz (2007) em (Schwartz e Durrive, 2007), os coletivos de trabalho, não se restringem ao prescrito pela organização, ou aos grupos oficiais pré-estabelecidos nos organogramas, mas se formam a partir das demandas da atividade, e, portanto possuem fronteiras variáveis e invisíveis, assim podendo englobar pessoas de setores diversos que trocam informações necessárias para a eficácia da atividade.

Com relação às manifestações de cooperação dentro do local de trabalho do psicólogo, mais especificamente com a equipe da ESF, observou-se o trabalhar junto, na organização, construção e realização dos eventos em prol da promoção e prevenção da saúde junto às comunidades de atuação. Como se pode observar no trecho da observação realizada:

Posteriormente a psicóloga começa a conversar novamente com a assistente de farmácia, agora sobre o “Outubro Rosa”, discutem sobre a distribuição de material entre os profissionais da unidade, incluindo a psicóloga para a realização do evento. Em seguida, a psicóloga resolve ligar para a enfermeira que ficou de comprar os pirulitos, em linguagem informal fala: amiga, você comprou os pirulitos? Após a ligação a psicóloga comenta com a assistente que precisam comprar o emborrachado e pergunta se caso ela desse o dinheiro, se a funcionária podia ir, ela diz que sim. A nutricionista que também é apoiadora entra na sala e se direciona a psicóloga perguntando justamente pelos materiais que cada profissional da unidade tinha se comprometido ou se disponibilizado a comprar, a psicóloga conta dos pirulitos. A nutricionista vai até o armário e retira umas impressões, em seguida mostra para psicóloga e diz que são para colocar nas portas das salas como plaquinhas: “citológico”, “médico”, personalizadas para o evento (OBS P04).

Fica evidente a mobilização coletiva para o alcance dos objetivos. O trabalhar junto acontece no planejamento, na divisão das tarefas, na discussão de condutas, no repasse de recursos, de modo que se cria uma rede de ajuda entre os psicólogos e os demais profissionais da equipe da ESF, onde cada um contribui e tentam em conjunto articular as contribuições da melhor forma, de modo que se chegue à concretização daquele determinado evento, previsto como uma das atividades a ser realizada pela atenção básica, naquele mês ou naquela data específica.

Essa dinâmica de cooperação em prol da realização de eventos, também pode ser observada nas entrevistas. Como podemos observar no relato da participante P01:

Todos os eventos que nos vamos fazer, enquanto equipe, todos se ajudam, entendeu? Por exemplo, teve o dia D da saúde na praia, então estava todo mundo, eu sou psicóloga, mas eu sei verificar pressão, não custa, eu estava lá, ajudando o outro, então a gente divide isso, entendeu?

É possível identificar na fala acima, que paralelo à divisão formal do trabalho, existe uma organização informal. Ou melhor, explicando, paralelo a coordenação (a resultante da articulação entre os indivíduos), existe a cooperação (as condições que tornam possível a articulação feita). Assim, os psicólogos e os demais profissionais da EqSF operam em mútua ajuda e até mudam sua postura e prática para se adequar aos acordos firmados e aos objetivos em comum.

Para Dejours (2012a), “o trabalho constitui um elo intermediário essencial entre a inteligência, a habilidade e a engenhosidade presentes nos estado potencial em cada indivíduo, de um lado, sua atualização em uma contribuição à cultura e a polis, do outro” (p.78). Com isso, o autor chama atenção para a contribuição do trabalho ao processo civilizatório. Ideia presente em seu próprio conceito de trabalho, que diz ser uma atividade coordenada de homens e mulheres para dar conta da lacuna entre prescrito e real. O que pode ser observado nas falas dos participantes, que remeteram a todo o momento a importância do outro para a realização da atividade e que revela a significância dos laços estabelecidos entre eles com os demais profissionais da ESF.

Sabe-se que atualmente os serviços de saúde, cujo funcionamento e a lógica de atendimento estão respaldados em uma visão ampliada do processo saúde-adoecimento, tornou o trabalho coletivo, condição essencial e até é considerado ferramenta de trabalho, como é no caso do NASF (Ministério da Saúde, 2012). A questão é que segundo Dejours (1993a, 2012a), é impossível prescrever a coordenação, já que essa parte da liberdade individual em se envolver em uma dinâmica coletiva, o que se poderia fazer é criar um ambiente favorável ao trabalhar junto. Por exemplo, se pode pensar em relações mais horizontais de trabalho, o que favoreceria a diminuição da competição entre os trabalhadores.

4.4.3 Reconhecimento no trabalho

Nesta subcategoria apresentam-se as formas de expressão do reconhecimento no trabalho do psicólogo e de quem vem esse reconhecimento.

De acordo com Dejours (2004, 2005), quando a experiência do trabalhar é testemunhada, ou seja, as descobertas da inteligência e seu saber-fazer, tem-se a possibilidade de que se obtenha o reconhecimento dos outros. Uma vez, dada o valor da contribuição, que pode ser com relação a sua utilidade (proferida pelos superiores ou clientes) ou com relação à beleza e/ou originalidade (proferido pelos pares/colegas), faz com que o sujeito se sinta parte do coletivo pelo seu fazer. E refere-se ao reconhecimento como um importante mobilizador do sujeito na realização de sua atividade.

Ainda sobre o reconhecimento da contribuição dada, o autor o coloca como indispensável para a conquista do sentido e do prazer no trabalho, pois apesar do julgamento proferido ser sobre o fazer, isso não impede que o sujeito em um segundo momento, faça o repatriamento da conquista obtida na realização de si mesmo e da construção de sua personalidade. Portanto, a dinâmica do reconhecimento é fundamental para a saúde no trabalho (Dejours, 1993a, 2005).

Em maioria os psicólogos relataram se sentirem reconhecidos pelos superiores, colegas e usuários. Como podemos observar nos relatos a seguir:

Sim. A nossa diretora... Tudo o que a gente faz, não só a mim, é reconhecido como um todo, quando faz a gente, ela agradece em reunião,..., tudo que a gente faz, a gente posta, por exemplo, se eu fiz uma ação com as crianças aqui na unidade, então a gente posta né, bota foto, pra direção... o grupo todo vê, então isso vai para o face, eles lá já comentam: “muito boa essa ação, vocês estão de parabéns”, e agradece nominalmente, tudo que a gente faz é reconhecido. (P 01).

É reconhecido pelos profissionais da unidade, quando eu já saio de uma unidade, pra outra e eles fizeram aquela festa, e reconhecem o trabalho da gente. (P01).

Os usuários chegam pra gente, à procura do usuário pelo serviço de Psicologia... já ta mostrando que ele esta reconhecendo, e eles verbalizam também, “Ah! eu vim procurar fulano, que me atendeu, preciso de um retorno.” (P04).

Observa-se que dentre as expressões do reconhecimento no seu trabalho, nos trechos a cima, destacam-se: os elogios e agradecimentos, demonstrações de carinho, a procura ou necessidade pelo seu trabalho. Em outras partes dos relatos das entrevistas, os presentes e até concessões recebidas também são exemplos, de expressões do reconhecimento apontadas pelos participantes da pesquisa. Como ilustra a fala do participante P07: *tipo, essa senhoria que ganha 120 reais por mês, não sei de onde ela tirou dinheiro e comprou uma pulseirinha*

pra mim dá, ai pra mim, eu acho que é o máximo de reconhecimento que a gente tem né. Ou ainda no relato da participante P02:

Atualmente nós estamos usufruindo de um turno de estudo que é um turno na semana... A gente pode usufruir desse turno de estudo, então há muitos anos, todos os profissionais tinha direito, menos o apoiador, em alguns momentos nos somos reconhecidos.

Dentre as manifestações de reconhecimento no trabalho dos psicólogos, o reconhecimento proveniente dos usuários, é considerado o mais significativo para eles. Como se pode identificar no relato do participante P07: *Eu me sinto reconhecido mais pelos próprios usuários né, tenho ouvido elogios, ganhei uma pulseira (risos), já ganhei bolo. A pessoa agradece o que já era pra você fazer, então o reconhecimento deles é o mais genuíno possível né.*

Como vimos os julgamentos sobre a utilidade do trabalho, são proferidos pelos superiores e clientes, mas como explicar o destaque dado ao reconhecimento proveniente dos usuários (clientes)? Como mostrado acima. Uma possível explicação é pela ideia que Dejours (2005) nos dá, de que os clientes, são pessoas que estão subordinadas ao sujeito ou de seu trabalho.

Alguns psicólogos admitiram que existem falhas no reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos. Como justificativa para o não reconhecimento, eles apontam a questão salarial e a falta de autonomia. Exemplificado, pelo relato da participante P02: *Eu acho que o reconhecimento financeiro ele não existe, o salário do NASF desde que foi implantando aqui em João Pessoa, se eu não me engano foi em 2008, desde então, é a mesma coisa, não acho isso justo.* Ou ainda na fala da participante P05:

Já me senti, hoje não, não me sinto da forma que eu já tive um tempo, entendeu? Ai sabe qual é o problema? Assim, existe uma rotatividade de... Na gestão em si, né, um período eram outras pessoas, ai muda de governo, então isso termina fragilizando,..., umas dão mais abertura, outras menos, então isso, é muito relativo.

A insatisfação dos participantes com seu salário ou com a falta de autonomia expressa nos relatos acima, nos leva a apreciar a ideia expressa por Dejours (1993a) sobre o reconhecimento no trabalho ser compreendido pela dinâmica da contribuição e retribuição. De acordo com o autor, o sujeito diante da contribuição dada à organização do trabalho, seja pelos esforços da inteligência ou os esforços para discutir e gerir as contribuições singulares,

o sujeito espera ser retribuído, e é através da retribuição (simbólica), que ele pode realizar-se pessoalmente no trabalho. Portanto, se há uma quebra dessa dinâmica, seja no processo de contribuição ou de retribuição, como foi possível observar na realidade dos profissionais, aqui expressa, a construção do sentido e da conquista do prazer no trabalho, ficam ameaçadas.

4.5. Processo trabalho-saúde-doença

Quase sempre quando pensamos na relação trabalho e saúde, tendemos a associar o trabalho como sendo algo maléfico, causador de sofrimento, dor, escravidão, adoecimento. De certo, que durante algum tempo essa ideia também deu respaldo aos estudos a respeito do homem no trabalho, a exemplo: o desenvolvimento da psicopatologia do trabalho (Dejours, 1993a).

Contudo, os novos estudos mostravam que não eram em todas as situações de trabalho que se tinha como resultantes doenças características. E que as exigências do trabalho tinham impactos bastante variáveis para os trabalhadores, a depender da particularidade da relação que cada um tinha com seu trabalho. Nesse sentido, (Dejours, 1993a), propõe que o interesse deve estar nos estados que estão aquém da doença propriamente dita, dando destaque ao papel do sujeito contra o adoecimento.

Ademais, o autor reflete que a relação sofrimento e trabalho, não é algo direto, mas passa pelas vivências subjetivas do trabalhador, como também pelas relações que este tem com os demais atores do trabalho. É por isso, que Dejours (1988) afirma que sofrimento e prazer podem andar lado a lado. Demonstrando assim o quão complexo e difícil é lançar-se na investigação das questões relativas à saúde no trabalho.

Segundo Dejours (1994, 2004), a experiência do sofrimento no trabalho é inevitável, devido ao confronto com o real, mas que só se torna patogênico, ou seja, gerador de adoecimento, quando não há a possibilidade do sujeito transpor esse confronto, ou seja, quando a organização não possibilita uma negociação favorável à superação deste sofrimento, levando o sujeito à repetição dos problemas e dos fracassos. Pelo contrário, quando o sujeito encontra condições que o permite, através da mobilização criativa transpor os constrangimentos e os problemas, eis que o sofrimento se torna respaldo para a conquista do prazer e, portanto da saúde no trabalho.

Assim, com base em tais premissas, esta categoria tem como objetivo, apresentar de forma dinâmica e contextual as vivências de prazer e sofrimento dos psicólogos no desenvolvimento de sua atividade.

Os psicólogos apontam o fazer ligado a parte assistencial e técnico-pedagógica de sua atividade, como sendo um dos lados prazerosos de seu trabalho. Como afirma a participante P01: *Meu maior prazer é quando eu estou atendendo,..., deveria se deixar mais essa questão da parte matricial, da parte de gerir a unidade, é quando você vai e atende aquela pessoa ou vai em domicílio, e ver que não está mais depressiva.* Também identificado no relato da participante P04: *É o próprio atendimento, o atendimento psicológico, a escuta qualificada, é conseguir nortear a pessoa,..., então isso pra mim é muito prazeroso.*

Nota-se que nos relatos a cima, a conquista do prazer pelo exercício da função assistencial e técnico- pedagógica do trabalho do psicólogo, passa pelo sentido que estes profissionais têm de seu trabalho. O sentido do trabalho dos psicólogos decorre do reconhecimento vindo dos outros profissionais, usuários ou sociedade, a respeito da utilidade de sua contribuição na ajuda, melhoria ou recuperação da saúde do outro. Essa conjuntura condiz com as afirmações de (Dejours, 1993a), quando diz que a construção do sentido no trabalho passa essencialmente pelo reconhecimento e é fundamental para que o sujeito se mobilize para a concretização de sua atividade.

Não obstante, fica fácil compreender porque estes profissionais referem-se à possibilidade de contribuir para a qualidade da saúde do outro, seja através da melhoria do próprio serviço, pela o gerenciamento da unidade feito, ou pelo “atendimento psicológico” prestado, como já dito anteriormente, constitui outra fonte de prazer no trabalho. Como podemos observar no relato a seguir: *Acho que mais essa questão de poder criar coisas que se possa melhorar o serviço,..., que você vê uma coisa que bolou ali, e usou a ciência e conseguiu atingir os objetivos, conseguiu melhorar alguma coisa de alguém, pra mim é o melhor que tem.* (P07). Ou ainda na fala da participante P03:

Quando eu vejo que uma pessoa esta com depressão e que bastou assim duas visitas para que ela me encontrasse no terraço, isso me dá prazer, assim fazer o bem, você vê que a tua palavra, que a tua fala, que a tua maneira de intervir ali, faz bem ao outro, dá um prazer enorme, dá uma alegria.

De acordo com Ferreira e Barros (2003), o sujeito vivencia prazer quando consegue visualizar os resultados de sua produção. No caso, da atividade dos psicólogos este *feedback*

vem principalmente dos usuários. Isso, explica o destaque que os profissionais dão a resolutividade das demandas como condição para se sentirem bem, felizes, prazerosos com seu trabalho. Como podemos identificar no relato da participante P06: *Ah! Um dia bom é quando a gente consegue realizar seu trabalho, que você tanto almejou né! Que você fez uma visita, que você viu o progresso daquele paciente, isso aí é bem interessante.* Também possível de observar na fala da participante P04: *Então um dia bom é quando todos os usuários... Pra mim o foco principal é o usuário na verdade, então, ele saiu satisfeito, então o dia tá bom.*

Nesse sentido, observa-se que até então as fontes de prazer no trabalho do psicólogo, estão relacionadas à dinâmica do reconhecimento. De acordo com Dejours (1994) a valorização social da atividade, repercute diretamente no sentido que cada trabalhador tem de seu ofício, pois quando sua contribuição é bem quista, honrada e admirada pelos outros, possibilita ao sujeito conferir um lado prazeroso ao trabalho, mesmo lidando com dificuldades, exigências, contratempos.

Assim, o autor esclarece que ter saúde no trabalho, não significa a ausência de infelicidades, nem conforto absoluto, mas refere-se à possibilidade de traçar objetivos, vislumbrar melhorias, é a busca constante que envolve o pensar e agir, e não um estado definitivo, pois o organismo esta sempre em movimento mediante a experiência do mundo e de si mesmo. E que, portanto, o prazer no trabalho jamais é conquistado em absoluto ou de forma definitiva.

De acordo com a noção de saúde aqui explicitada, (Dejours, 1992a, 1994) ao falar dos ambientes de trabalho favoráveis à saúde, não se refere a ambientes com poucas variações ou de pouca imprevisibilidade, mas aqueles que favoreçam a regulação destas pelo sujeito em direção à superação do sofrimento. No trabalho do psicólogo, foi possível identificar tal premissa.

Os participantes da pesquisa destacaram a dinamicidade das situações de seu trabalho, tanto no tocante a experimentação do mundo físico, como do social, como uma importante fonte de prazer. Como podemos observar no relato da participante P02:

O que me dá prazer nesse trabalho é me movimentar, é a novidade, é o inesperado, todo dia acontece uma situação nova, então o que me move é isso, e outra coisa bem importante esta em contato com outros profissionais, de nutrição, de educação física,

de assistente social. Porque o trabalho no NASF me amadureceu muito como pessoa, então foi isso que me fez aprender a lidar com as situações do dia a dia.

Nota-se que o relato da participante, que o que lhe confere prazer, bem-estar no trabalho é justamente o mover-se, é poder engajar-se na relação com o outro e com o meio físico, é justamente aí que podemos compreender quando Dejours (1994) diz que a saúde e o prazer no trabalho estão sempre por ser conquistados e não são jamais definitivamente adquiridos, e que bom que não são.

Mas é preciso esclarecer que a inscrição das infidelidades do meio como ganho para a saúde do sujeito, só assim funciona, quando os espaços de autonomia e criatividade lhe são garantidos e a dinâmica do reconhecimento não está prejudicada (Dejours, 2004). É como bem afirma o participante P07 sobre os espaços de autonomia lhe ser extremamente necessária e um lado prazeroso do trabalho: *Um dia bom é quando a gente ta livre para fazer o que a gente quer e as coisas funcionam, a gente mesmo articula palestras.*

Portanto, como fontes de prazer no trabalho do psicólogo, podemos destacar: o fazer ligado à parte assistencial e técnico-pedagógica da atividade; a contribuição dada para a qualidade da saúde do outro; a resolução das demandas; a dinamicidade das situações de trabalho; e a autonomia.

Como vimos à dinâmica do prazer e sofrimento, passa indiscutivelmente pelos espaços de transição entre o sujeito e o mundo físico (o real) e o mundo social (os outros). Quando a relação entre esses três polos favorece a negociação da superação do sofrimento, fala-se da conquista, mesmo que instável, da saúde e do prazer no trabalho. Assim, podemos compreender porque em muitas situações, homens e mulheres demonstram verdadeira paixão por seus trabalhos (Dejours, 1994).

Contudo, quando esta relação não é favorável, por diversos motivos, Dejours (2004) cita, por exemplo, as situações de trabalho onde há um controle e vigilância excessiva ou severa dos movimentos, ou ainda quando a dinâmica do reconhecimento está prejudicada leva o sujeito a ter que conviver com o fracasso da mestria, e isso compromete a sua saúde, podendo levá-lo ao adoecimento ou mesmo a construção de estratégias defensivas para suportar o sentimento de impotência, cólera, irritação, ou seja, o sofrimento diante da situação.

No trabalho do psicólogo, a dificuldade de marcação de consultas e exames foi enumerada como uma fonte de sofrimento em seu trabalho. Como podemos observar no relato a seguir:

Algo que me faz sofrer, são os gargalos, como a gente chama aqui, os entraves que tem aqui no município como um todo, porque a gente tem uma grande dificuldade de marcação de consultas, entendeu? Isso me angustia bastante,...., porque tem determinados pacientes que eles precisam ser consultados com um especialista em psiquiatria, aí realmente volta a minha angustia. (P01).

Os profissionais relatam que essa situação se configura de diferentes formas, às vezes é decorrente de entraves na comunicação com o serviço responsável, ou ainda devido o grande número de marcações, ou até mesmo à fragilidade dos vínculos com a iniciativa privada, cuja clínicas e profissionais não tem interesse em continuar a parceria, por causa da tabela de pagamentos do SUS ser muito insatisfatória.

Outra vivência de sofrimento exposta pelos participantes da pesquisa foi sobre suas condições de trabalho, como a falta de material e de profissionais. Como podemos identificar na fala da participante P03: *Um dia ruim de trabalho? É quando a médica não vai, quando a gente tá sem material.* Ou ainda no relato da participante P04: *Falta de profissionais, quando falta algum profissional. Isso é um dia ruim de trabalho.* Devido à parte administrativa de sua atividade, é fácil compreender, porque para os psicólogos, a falta de profissionais ganha igual importância em relação à escassez de material de trabalho.

Ademais, os participantes ainda elencam a questão salarial e a carga horária trabalho como fazendo parte dessa conjuntura. Como podemos observar na fala da participante P02: *É não ter o reconhecimento financeiro, isso pra mim pesa muito,...., a carga horária, eu gostaria de ter mais tempo pra desenvolver outro tipo de trabalho.*

Nota-se que parte das situações de trabalho aqui elencadas pelos trabalhadores, faz parte do contexto de precarização dos serviços públicos de saúde. Segundo, Assunção (2011), as condições de trabalho no setor de saúde pública, na maioria das vezes, são adversas, com recursos físicos e materiais reduzidos ou ausentes, salários rebaixados, ausência de planos de cargos e ascensão na carreira. Os profissionais por sua vez, tem consciência disso, e identificam na precarização do SUS, mais uma fonte de sofrimento no desenvolvimento de sua atividade, possível de ser observado na fala da participante P01:

Os profissionais não querem trabalhar para o SUS, porque a tabela do SUS é muito pequena, enquanto um exame custa, por exemplo, 200 reais, o SUS paga 10, pra fazer uma endoscopia, uma coisa assim, as vagas são poucas e isso angustia. O repasse é muito pouco, não é em nível de município, não é a gestão da gente aqui, porque quando o pessoal não entende, diz que é o prefeito que não presta, não é isso, é que vem de lá, e a tabela nunca foi corrigida, ai isso angustia.

O fato é que esses entraves se tornam um impedimento para que o psicólogo alcance os objetivos de sua atividade, assim há um corte da relação produção e resultado. E consequentemente interfere na qualidade do trabalho prestado, o que por sua vez, irá prejudicar a dinâmica do reconhecimento, essencial para a transformação do sofrimento em prazer.

Na pesquisa, pôde-se observar esse aspecto, quando os psicólogos apontam a não resolatividade das demandas do trabalho como sendo uma vivência que causa sofrimento. Identificada na fala da participante P02: *eu confesso que em alguns momentos que sofro quando eu quero muito resolver a situação de um usuário e não consigo resolver ela 100%, em alguns momentos acho que é inevitável, a gente sofre com isso.* Ou ainda na fala da participante P06: *Quando não tem continuidade, para pela metade, eu fiz todo um trabalho, todo um processo e não tem continuidade. E depende do sistema.*

Por conta disso, os psicólogos relatam que alguns usuários acabam tendo uma visão negativa deles e demonstram comportamentos agressivos e violentos com eles, e isto constitui outra vivência de sofrimento em sua atividade. Como descreve a participante P06: *Um dia ruim é um dia que quando você depara com a unidade, você chega e chega um usuário que bota você lá em baixo, que chega e que começa a xingar todo mundo, e xinga a gestão e xinga tudo, entendeu? Isso ai é bem difícil pra gente né!* Ou ainda, o participante P07: *Quando você tem estresse ou cobrança indevida, quando você tem uma cobrança e você sabe que não foi uma falha sua. O médico não veio atender na unidade, ai o pessoal fica revoltado, pegam e ligam para o distrito, para ouvidoria.*

Ainda sobre a relação dos psicólogos com os usuários, os profissionais relatam que o contato com a dor e os problemas sociais da comunidade, constitui outra fonte de sofrimento para eles. Como pode ser visto no relato da participante P03: *A dor do outro que me faz sofrer muito, eu tenho lidado com muita gente com perda, pessoas que perderam o marido, o pai, a dor existencial né.* Ou ainda na fala do participante P04:

Quando eu vejo algumas crianças tem muitos problemas que é mais a área da Psicopedagogia,..., então eu vejo muitas crianças com treze, quatorze anos não sabem ler ainda, adolescentes que não sabem ler, porque não tiveram um suporte, o que me deixa muito triste é vê crianças que elas são muito é... Elas são produto do meio, da família que vivem.

Os relatos acima, nos dá uma ideia da complexidade da realidade de trabalho que estes profissionais estão inseridos. Segundo, Katsurayama, Parente, Moraes e Moretti (2013), os psicólogos passam através do NASF a fazerem parte de um cotidiano de trabalho em que os profissionais estão em contato direto com a realidade da comunidade, muitas vezes em situação de diferentes formas de vulnerabilidades psicossociais, o que os leva a ter que lidar com problemas relacionados à pobreza, violência, drogas.

Outra vivência de sofrimento citada pelos psicólogos foi o impedimento da autonomia em seu fazer. De acordo com os profissionais, existem aqueles impasses em sua atividade que são decorrentes de uma ordem mais geral, por exemplo, os problemas gerados pelas falhas do sistema e existem aqueles impasses decorrentes do caráter imprevisível de seu trabalho, com relação aos últimos, os psicólogos dizem que muitas vezes, poderiam ser resolvidos, se os seus superiores hierárquicos lhes dessem autonomia ou mais autonomia. Como podemos observar no relato a seguir: *Um dia que a direção acaba interferindo na sua autonomia enquanto psicóloga, enquanto apoiadora e no momento esta responsável por aquela equipe, então é um dia difícil* (P02). Ou ainda na fala da participante P05:

Quando você não consegue resolver bem demandas, e por problemas que você não tem autonomia, porque assim, tem uma diferença de algo que te impede, porque lá na frente o processo realmente é dificultoso ou quando não se dá autonomia suficiente pra você realizar aquilo, isso me deixa altamente irritada.

É de se esperar que os impedimentos da autonomia no trabalho do psicólogo, constituísse uma vivência de sofrimento no trabalhar desses profissionais. Em primeiro lugar, pela importância que os espaços de autonomia têm para o preenchimento da lacuna entre o prescrito e o real, pela mobilização da inteligência prática e também para a visibilidade desta, indispensável à possibilidade de reconhecimento, pois em situações de trabalho em que as relações hierárquicas estão acentuadas, o trabalho efetivo tende a ficar na clandestinidade, prejudicando assim sua valorização (Dejours, 2004). Em segundo lugar, e como já foi dito em outras seções, a parte administrativa de seu trabalho lhe exige que esteja em seu cotidiano de trabalho, sempre tendo que fazer escolhas, tomar decisões.

Em suma, como fontes de sofrimento no trabalho do psicólogo apoiador, identificamos: a dificuldade de marcação de consultas e exames; a falta de material de trabalho e de profissionais; a questão salarial e a sobrecarga de trabalho; a precarização do SUS; a não resolutividade das demandas do trabalho; o comportamento agressivo e violento dos usuários; o contato com a dor e os problemas sociais da comunidade; e impedimentos na autonomia.

Visto que há um marcante registro das vivências de sofrimento no trabalho do psicólogo, e que como já dito, pode levar o sujeito a descompensação e adoecimento. Procurou-se também dar atenção nesta categoria, à reflexão que os sujeitos tinham de sua saúde. Nesse sentido, os psicólogos foram unânimes em considerar o trabalho como fonte de saúde ou de adoecimento, e destacaram alguns problemas de saúde decorrentes de sua atividade laboral. Foram eles: estresse, hipertensão arterial, ansiedade e infecção bacteriana. Como podemos identificar nos relato da participante P01 e P02 respectivamente:

Eu estava nessa unidade integrada, então por isso, que eu digo, a gente tem que pensar muito na nossa saúde, e eu tive uns picos de pressão também, umas duas vezes deu muito alta, e devido, a sobrecarga de trabalho e estresse, por ser uma integrada e só ter dois apoiadores numa integrada, quatro médicos, quatro enfermeiras, 64 funcionários, então era muito complicado.

Teve momentos que eu adoeci trabalhando no NASF, cheguei a ter que tirar licença pelo INSS, tive crises de ansiedade, abrindo meu coração aqui agora, eu tive tomar antidepressivo, estabilizador de humor, tive que tomar medicação pra dormir, eu tive que tomar ansiolítico inclusive durante o dia, ou seja, eu adoeci muito, mas eu consegui reverter.

Observa-se que os problemas físicos e psicológicos evidenciados pelos participantes, são resultantes da experimentação da sobrecarga do trabalho, das pressões sofridas, tanto com relação às cobranças, quanto do ritmo de trabalho, das condições precárias/insalubres de trabalho sob as quais tem que desenvolver sua atividade.

É claro que o trabalhador possui também responsabilidade por sua saúde, mas essa conjuntura nos alerta para a necessidade de refletirmos a cerca dos efeitos nocivos que, más condições de trabalho podem trazer para a saúde do trabalhador e de como isso pode afetar

não só o seu desempenho no trabalho e por consequência a qualidade deste, prejudicando assim, os que dependem dele, que neste caso, destaca-se os usuários do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desse estudo foi analisar a relação trabalho e saúde de psicólogos dos NASFs. Para tanto, buscou-se lançar luz sobre o cotidiano de trabalho desses profissionais, privilegiando o ponto de vista do trabalhador, que é o maior expert de sua atividade, assim em concordância com a Psicodinâmica do Trabalho, referencial teórico escolhido.

Sabe-se que a análise do homem em situações de trabalho é bastante complexa e por vezes, resultado de múltiplos determinantes, e que por mais que se tenha a palavra como principal via de acesso a realidade, sempre existirá uma defasagem entre a atividade de trabalho, aquilo que o entrevistado diz, e a interpretação do pesquisador, uma vez que, o trabalho vai muito além do que se conhece sobre ele (Dejours, 1992b).

Dessa maneira, acredita-se que apesar das análises feitas nessa dissertação constituírem um esboço do que é o trabalho do psicólogo apoiador, e de como este influencia sua saúde, sabe-se que as conclusões feitas não esgotam as discussões a cerca da temática.

Nesta seção busca-se apresentar a compreensão e os questionamentos elaborados nesta pesquisa a cerca do trabalhar do psicólogo nos NASFs, através da elucidação dos objetivos específicos, de forma sucinta, visto que seu desenvolvimento e aprofundamento já se encontram ao longo do texto.

Delinear a organização e as condições de trabalho. O processo de trabalho dos psicólogos é organizado sob duas diferentes dimensões: existem às tarefas relacionadas ao apoio assistencial e técnico-pedagógico prestado às equipes da unidade de saúde, a parte do trabalho que exige desses profissionais uma contribuição considerada por eles, pautada no conhecimento da ciência psicológica, ou seja, é o momento de dar sua contribuição enquanto especialista; e as tarefas relacionadas à administração da unidade, a parte do trabalho que exige que os psicólogos assumam a gestão do local, sobre essa parte do trabalho, os psicólogos reconhecem como sendo o “apoio matricial” prestado, cabível a proposta do NASF, mas em desacordo com o papel do psicólogo, pois julgam está distante das competências deste profissional.

Ainda sobre esta configuração municipal do trabalho do psicólogo no NASF, acreditamos que se precisa refletir mais, sobre de que maneira essa face adotada do trabalho do NASF tem contribuído para que esse profissional atenda as reais necessidades da

população e as perspectivas iniciais que respaldaram a abertura dada a Psicologia nesse âmbito de cuidado em saúde.

Como também, quando voltamos para a visão que os profissionais têm a cerca de seu processo de trabalho, fica evidente a necessidade de suscitar a reflexão a respeito dos modelos de atuação e identidade profissional historicamente construído e o lugar das instituições formadoras na manutenção ou evolução desses modelos.

Também foi possível constatar a partir dos relatos, que a divisão de seu trabalho, gera uma sobrecarga de atividades, pois eles desempenham praticamente duas funções: o apoio administrativo e o apoio assistencial e técnico-pedagógico.

Ademais, enfatizaram que tem que realizar suas atividades com pouco espaço para autonomia, o que compromete diretamente a execução da gerencia da unidade, já que nessa posição precisam lidar cotidianamente com situações onde tem que fazer escolhas e tomar decisões.

Apesar, de o parágrafo anterior nos dar uma noção do dispositivo de supervisão sob o qual os psicólogos desenvolvem sua atividade, quando nos voltamos para as falas desses profissionais, agora mais especificamente a respeito de seus superiores, eles relatam que em geral é uma relação boa, porém é possível identificar pontos de fragilidade, pois além dos impedimentos na autonomia já citados pelos profissionais, estes dizem que não se sentem apoiados pelos seus superiores, uma vez que, não existe uma relação de ajuda na resolução dos problemas e um compartilhamento das responsabilidades no trabalho.

Além disso, ainda relatam que o trabalho ocorre na maioria das vezes, sob grande pressão, tanto por conta das cobranças dos supervisores, profissionais da USF e usuários, como por conta do ritmo de trabalho.

Destaca-se também a precariedade das condições de trabalho dos psicólogos. Os profissionais apontam os seguintes problemas: inadequada e insuficiente estrutura física das USFs; falta de ferramentas e/ou material de trabalho; baixos salários e flexibilização do vínculo empregatício. O que sinaliza, que apesar de ter havido melhorias nos últimos, ainda existe muita coisa a ser feita pelo Estado em prol desse nível de atenção a saúde.

Ainda é preciso evidenciar que alguns dos problemas decorrentes das condições precárias de trabalho, como a falta de salas específicas para trabalho NASF, ou mesmo a

inexistência de salas preparadas para atendimento individual ou em grupo, que não precisem esta de antemão destinada a um determinado procedimento/atendimento em saúde, leva os psicólogos a prática da utilização da sala disponível naquele dia ou momento, constitui um risco em sua atividade. Quando o psicólogo utiliza a sala disponível, observa-se que há um risco de exposição e contaminação por material biológico, pois na maioria das salas da unidade correm procedimentos onde há o manuseio de material biológico e instrumentos furocortantes.

Conhecer a atividade do psicólogo. Compreende-se que para desvendar a atividade, é preciso conhecer as variabilidades do ofício e como os trabalhadores reagem a elas em direção à superação para atingir seus objetivos. Desse modo procurou-se identificar as prescrições existentes; o modo como o real se manifestava para os psicólogos; e como estes se mobilizam para conseguir atingir os objetivos, vencendo assim os obstáculos.

De acordo com os relatos, os psicólogos contam com dois tipos de prescrições, as “prescrições oficiais” e as “prescrições não oficiais”. A respeito da primeira, os profissionais assim as chamaram, porque se refere aos caminhos, obrigações e exigências estabelecidas pelo governo federal. Os psicólogos deram como exemplo, as cartilhas e cadernos do NASF ou da atenção básica. Além disso pontuaram que os conteúdos dessas prescrições são generalistas e versam basicamente sobre o processo de trabalho do NASF e/ou da atenção básica.

Ademais relataram que o conteúdo de tais prescrições mostra que independentemente da categoria profissional ou especialidade, o profissional do NASF deve pautar seu trabalho na interdisciplinaridade e priorizar as ações de promoção e prevenção à saúde, assim os psicólogos dizem entender que a proposta de atuação nesse âmbito não é a psicoterapia, mas uma assistência baseada na clínica ampliada e compartilhada.

Ainda sobre as “prescrições oficiais”, os psicólogos versam que são de suma importância, pois ao fixarem caminhos e objetivos, facilita a iniciativa, ou seja, dá um norte para sua prática, e são também importantes instrumentos de justificação e proteção diante de situações que lhes exijam uma prática dissonante com a proposta de trabalho da política de saúde que estão inseridos. Em relação às “prescrições não oficiais”, estes profissionais explicam que assim as consideram, pois são informações, orientações, caminhos, cujo acesso ocorre pela leitura de artigos científicos e/ou documentos elaborados pelo conselho de

profissão, além disso, incluem também aí as que são acessadas no convívio com os colegas de trabalho.

Os psicólogos ainda destacam que a leitura de artigos científicos e/ou de documentos do conselho de profissão tem na maioria das vezes, como objetivo encontrar informações e orientações voltadas para o fazer do psicólogo nesse âmbito de atuação. Assim, podemos inferir que essa busca por prescrições no trabalho do psicólogo apoiador, em parte passa por duas questões: as prescrições locais, sejam as cartilhas/cadernos e as existentes no contexto de trabalho, são generalistas, ou seja, tratam basicamente do processo de trabalho da política; e a segunda questão refere-se às deficiências da formação desse profissional, que ainda deixa a desejar em relação à contextualização dos cursos a esses novos espaços de atuação.

Foi possível identificar três modos em que o real se manifesta para os psicólogos, é evidente que se pode constatar o real nas outras especificações sobre o trabalho dos psicólogos já elencadas, mas aqui se considera que esses modos interferem consideravelmente na diferença existente entre o prescrito e a prática. São eles: gerência da unidade, papel de mediador, imprevisibilidade.

A respeito da gerência da unidade, trata-se das tarefas relacionadas à administração das unidades de saúde, a parte denominada pelos psicólogos como o “apoio matricial”, pode-se verificar nas entrevistas e observações realizadas, que a dimensão administrativa sobrepõe a dimensão assistencial e técnico-pedagógica no cotidiano de trabalhos desses profissionais. Sobre essa conjuntura, os psicólogos dizem atrapalhar a realização das suas obrigações relacionadas ao apoio assistencial e técnico-pedagógico, pois lhe falta tempo, já que a maior parte da jornada de trabalho eles estão ocupados resolvendo demandas administrativas.

Haja vista o enfoque do trabalho do psicólogo esta no desenvolvimento da função gerencial, esses profissionais acabam ocupando uma posição de mediadores, de um lado, da relação entre a gestão da secretaria de saúde (seus superiores hierárquicos) e os profissionais da unidade, e do outro lado, da relação entre equipe da unidade e usuário. Assim, eles relatam ter que em seu dia a dia lidar com diferentes situações em que são solicitados ou necessitam ter que mediar conflitos. Ainda, expressam que esta posição lhes traz grandes dificuldades, e colocam em destaque o seguinte dilema: eles têm que cumprir as exigências de seus superiores, ou seja, realizar as cobranças e repassar as orientações para a equipe, contudo eles também fazem parte da equipe da unidade, via NASF, e, portanto conhecem de perto, as limitações e condições precárias em que estes profissionais têm que realizar seu trabalho.

O trabalho do psicólogo é bastante permeado por imprevisibilidades. Existem as variabilidades inerentes ao contexto de trabalho, que são de certo modo esperadas pelos profissionais e/ou pelas prescrições, e as variabilidades inesperadas, ou seja, aquelas variabilidades, cuja solução não se tem previamente, por mais que se tente. Observou-se nas entrevistas e observações, que as variabilidades de cunho imprevisível são a grande parte das imprevisibilidades experimentadas por esses profissionais.

Assim, pode-se notar que a distância entre o prescrito e as situações reais do trabalho se manifesta de forma contundente no trabalho do psicólogo. E que o real é experimentado de forma afetiva, produzindo sentimentos, como preocupação, irritação, impotência, decepção.

Mesmo experimentando a resistência do real a seus conhecimentos e técnica, identificamos que os psicólogos se recusam a ficarem inertes. Ao contrário, eles demonstraram buscar opções e alternativas para seu fazer o tempo todo, através do uso da criatividade e inteligência prática. Cotidianamente os psicólogos tem que dar um “jeitinho”, fazer alguns “truques” para atingir os seus objetivos na execução de seu trabalho. Assim, é possível dizer que a mobilização demonstrada pelos profissionais, é um bom indicador de sua saúde, e, que em geral encontram em seu contexto laboral, condições organizacionais tem favorecido para não quebra de tal mobilização.

Contudo, precisamos pontuar as vezes que os profissionais relataram ficarem estagnados diante das dificuldades por falta ou insuficiente autonomia. O que nos leva a tentar mediante esta pesquisa, suscitar a reflexão para a importância e a necessidade de se dar ou ampliar os espaços de autonomia no trabalho desses profissionais, como condição para qualidade do serviço e da saúde destes.

Compreender a cooperação e o reconhecimento existente na atividade laboral. Foi possível identificar por meio desse objetivo específico, que os psicólogos não se sentem totalmente preparados para a função que desempenham. Além disso, expõem que não existe ou é falha a preparação (capacitação) dos profissionais para o trabalho no NASF, seja na contratação ou no exercício da atividade, e quando ocorre geralmente é voltada para o processo de trabalho geral da atenção básica. Nesse sentido, o trabalhar junto, em equipe, para estes profissionais, funciona como uma importante fonte de aprendizado e auxílio na complementação de seu saber. Desse modo, verifica-se que os psicólogos enxergam a convivência com os colegas como via de formação.

Como outras formas de manifestação de cooperação existentes no trabalhar do psicólogo, destacam-se os acordos de ajuda mútua entre estes profissionais e demais apoiadores, como por exemplo, o fornecimento de medicamentos que estejam por ventura faltando em seus respectivos locais de trabalho, ou ainda na discussão de condutas; E a ajuda que os psicólogos têm de profissionais de outros serviços de saúde, nota-se que os psicólogos recorrem a estes profissionais, quando buscam uma brevidade do caminho que teriam que percorrer para atingir seus objetivos. Assim a ajuda dada esta relacionada à facilitação da resolução das questões surgidas.

Ainda foi possível identificar as relações de cooperação dos psicólogos com os profissionais da ESF. Observou-se o trabalhar junto na organização, construção e realização dos eventos em prol da promoção e prevenção da saúde junto às comunidades de atuação.

Quanto ao reconhecimento no trabalho. Os psicólogos relataram que se sentem reconhecidos, tanto pelos gestores, como pelos colegas e usuários, entretanto julgaram o reconhecimento proveniente dos usuários, ser o mais significativo para eles. Dentre as expressões do reconhecimento no seu trabalho, destacam-se: os elogios e agradecimentos, demonstrações de carinho, a procura ou necessidade pelo seu trabalho, os presentes e até concessões recebidas.

Identificar o processo trabalho-saúde-doença. Orientados por tal objetivo específico, foi possível observar em quase todas as nuances do trabalho do psicólogo, sentimentos de sofrimento. Compreende-se esse fato pela noção de trabalho como sempre sendo uma experiência afetiva, que tem como ponto inicial o sofrimento, mediante o embate com o real, além disso, pontua-se a crescente discrepância entre o prescrito e a atividade no trabalhar dos psicólogos.

Como fontes de sofrimento destacadas pelos psicólogos, estão: a dificuldade de marcação de consultas e exames; a falta de material de trabalho e de profissionais; a questão salarial e a sobrecarga de trabalho; a precarização do SUS; a não resolutividade das demandas do trabalho; o comportamento agressivo e violento dos usuários; o contato com a dor e os problemas sociais da comunidade; e impedimentos na autonomia.

Chama-se atenção aqui para a necessidade dessa conjuntura ser analisada de perto pelos protagonistas da dinâmica do trabalho (psicólogos, colegas e superiores), sendo desejável que exista a possibilidade de entendimento e de mobilização entre eles, que

culminem com mudanças no trabalho, que favoreçam os psicólogos na transformação dessas vivências de sofrimento, evitando ou prevenido assim, o adoecimento desses profissionais.

Ao refletirem sobre a sua saúde no trabalho, os psicólogos, relataram alguns problemas de saúde decorrentes de sua atividade. Destacaram: estresse, ansiedade, hipertensão arterial, infecção bacteriana.

Contudo, os psicólogos também conseguiram identificar em seu trabalho, vivências de prazer, sendo possível notar que este está fortemente atrelado ao sucesso no trabalho e ao reconhecimento. Foram destacadas como fontes de prazer no trabalho pelos psicólogos: o fazer ligado à parte assistencial e técnico-pedagógica da atividade; a contribuição dada para a qualidade da saúde do outro; a resolução das demandas; a dinamicidade das situações de trabalho; e quando tem autonomia.

À frente do que foi exposto, mostra-se a importância de se refletir de maneira ampliada sobre esses novos espaços de atuação e contexto social, em que os psicólogos estão inseridos. De maneira, que para tanto, se der voz aos trabalhadores, com intuito de desvendar não só para a comunidade científica, mas para a própria sociedade, as condições de trabalho, os problemas organizacionais, as dificuldades e limitações, presentes no desenvolver de sua atividade e que por vezes, acabam incidindo nos resultados desejados.

Assim, sugere-se que novas pesquisas sejam feitas nesse campo. Além disso, também destacamos a necessidade de estender essa investigação aos demais profissionais/especialidades do NASF, uma vez que, muitas das situações e realidade de trabalho dos psicólogos trazidas nesse estudo, lhes são comum. Sendo possível um debate em torno da atividade do apoiador.

Como limitações deste estudo, aponta-se em primeiro lugar, a impossibilidade da realização de encontros em grupo, uma vez que, a maioria dos psicólogos que participaram se mostraram contrários à ideia de falar das questões de seu trabalho na presença dos colegas. Em segundo lugar, destaca-se a acentuada resistência dos profissionais em participar da pesquisa, sob a justificativa de que lhes faltava tempo e porque era período de eleições municipais.

Enfim, é possível afirmar que esse estudo prestou uma contribuição científica e social, uma vez que descortina sob o olhar da Psicologia do Trabalho, o trabalho do psicólogo apoiador e a influência deste em sua saúde. São profissionais que embora sejam recentes

como força de trabalho na atenção básica, já ocupam importante lugar para o processo de cuidado nesse nível de atenção. Entende-se assim, que as reflexões e conclusões desse estudo nos remetem para a urgência de dar uma maior visibilidade a atividade do psicólogo no NASF, dando especial atenção às questões do trabalho e como isso reverbera na qualidade do serviço prestado.

REFERÊNCIAS

Assunção, A. A. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciências e Saúde Coletiva*, 8(4), p. 1005 – 1018. Acedido, Maio, 27, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000400022&script=sci_arttext

Abrahão, J., Sznclwar, L., Silnino, A., Sarnet, M. & Pinho, D. (2009). *Introdução à ergonomia: da teoria à prática*. São Paulo: Blucher.

Alves, G. (2011). Trabalho e Subjetividade- o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. *O Social em Questão*, 25(26), p.481-488. Acedido, Janeiro, 10, 2015, em http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/24_OSQ_25_26_Ribeiro.pdf

Assunção, A.A. (Org.) (2011). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Assunção, A. A. & Filho, J. M. J. (2011). Transformação do Trabalho no Setor Saúde e Condições para Cuidar. In: A. A. Assunção (Org). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Azevedo, N.S. & Kind, L. (2013). Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), p.520-535. Acedido, Setembro, 5, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a02.pdf>

Bertolozzi, M. R. & Greco, R.M. (1996). As políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev.Esc.Enf.*, 30 (3), p. 380-398. Acedido, julho, 15, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v30n3/v30n3a04>

Botomé, S.P. (1998). Em busca de perspectivas para a Psicologia como área de conhecimento e como campo profissional. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Borges, C.C. & Cardoso, C.L. (2005). A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), p.26-32, Acedido, Agosto, 11, 2015, em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0301.pdf>

Boing, E. & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(3), p.634-649, Acedido, junho, 12, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>

Braga, L. C., Carvalho, L. R. & Binder, M. C. P (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), p. 1585 -1596, Acedido, Junho, 2, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700070

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (L. A. R, Augusto, trad.). São Paulo: Edições 70.

Berti, P. M. (2012). *O Sistema Único de Saúde – SUS- Sua Criação, Seus Princípios e a Efetivação do Direito à Saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Direito, Departamento de Estudos Jurídicos e Sociais - Universidade do Rio Grande do Sul, Santa Rosa.

Cohn, A. (1989). Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*, 1(9), p. 123-140. Acedido, julho, 15, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>

Conill, E.M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), p.7-27. Acedido, Agosto, 12, 2015, em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf>

Conselho Federal de Psicologia & Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (Orgs). (2010). *Práticas de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde*. Brasília: Brasília Rádio Center.

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS (2011). Legislação Estruturante do SUS. *Coleção para Entender a Gestão do SUS*, 13, p. 534. Acedido, Agosto, 3, 2015, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf

Costa, N.R. (2014). Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 (3), p. 809-829. Acedido, Julho, 15, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00809.pdf>

Cezar, P. K. , Rodrigues, P. M. & Arpini, D. M. (2015). A Psicologia na Estratégia Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 35 (1), p. 211 – 224, Acedido, Maio, 29, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00211.pdf>

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), p.7-11. Acedido, Janeiro, 20, 2016, em <http://pt.scribd.com/doc/61279749/Dejours-1986-POR-UM-NOVO-CONCEITO-DE-SAUDE#scribd>

Dejours, C. (1988). Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem pela psicopatologia do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.I. (Orgs.). (2004). *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

Dejours, C. (1992a). Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.L. (Orgs) (2004). *Cristopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.

Dejours, C. (1992b). *A loucura do trabalho: ensaio de psicopatologia do trabalho*. (5ªed. Ampl.) (A.I. Paraguay e L.L. Ferreira, trads.). São Paulo: Cortez-Oboré.

Dejours, C. (1993a). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.L. (Orgs) (2004). *Cristopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.

Dejours, C. (1993b). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.L. (Orgs) (2004). *Cristopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.

Dejours, C., Desors, D, & Desriaux, F. (1993). Por um trabalho, fator equilíbrio. *RAE*, 33(3), p.98-104, Acedido, Dezembro, 10, 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>

Dejours, C. (1994). Entre sofrimento e reapropriação: O sentido do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.L. (Orgs) (2004). *Cristopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), p.53-81, Acedido, junho, 20, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), p.55-63, Acedido, Junho, 20, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08>

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), p. 027-034, Acedido, Dezembro, 15, 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>

Dejuors, C. (2005). O fator humano. (M. I. Stocco Beitol, M. J. Tonelli, trads., 5a ed.). Rio de Janeiro: FGV.

Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. (L.A. Monjardim, trad.). Rio de Janeiro: FGV.

Dejours, C. (2008). *Cadernos de TTO, 2 – Avaliação do trabalho submetida à prova real*. São Paulo: Blucher.

Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (2011). *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. M.I.S. Betiol (Coor. e Trad.). São Paulo, SP: Atlas.

Dejours, C. (2012a). *Trabalho e emancipação*. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2012b). *Sexualidade e trabalho*. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15.

Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 32(1), p.232-245, Acedido, Setembro, 4, 2015, em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024795016>

Scorel, S., Giovanella, L., Medonça, M. H. M. & Senna, M. C. M. (2007). O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev.Panam Salud Pública*, 21(2), p. 164-176. Acedido, Agosto, 12, 2015, em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>

Ezaias, G. M., Gouvea, P. B., Haddad, M. C. L., Vannuchi, M. T. O. & Sardinha, D. S. S. (2010). Síndrome de Burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de médica complexidade. *Rev. Enferm*, 18(4), p. 524 – 529, Acedido, Maio, 30, 2015, em <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a04.pdf>

Ernesto, M.V. (2013). *Aprendendo a ser médico: análise da relação trabalho – saúde de médicos residentes*. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Enriquez, E. (2014). O trabalho, essência do homem? O que é o trabalho? *Cad. Psicol. Soc. Trabalho*, v.17 (1), p.163-176. Acedido, dezembro, 9, 2015, em <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80645/84295>

Figueiredo, E.N. (n.d.). *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. Acedido, Agosto, 13, 2015, em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf

Ferreira, M.C. & Barros, P.C.R. (2003). (In)Compatibilidade Trabalho Prescrito – Trabalho Real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Alethéia*, Ulbra, Canos, RS.

Freire, F. M. S. & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O Psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(1), p. 162 – 173, Acedido, Maio, 24, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100013

Falzon, P. (2007). Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia: elementos de uma análise cognitiva da prática. Em: Falzon, P. (editor) (2007). *Ergonomia*. São Paulo: Editora Blucher.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo*. (G. M. J. Ingratta e M. Maffei, trads.). São Paulo: Blucher.

González Rey, F.L. (2002). Diferentes abordagens para a pesquisa qualitativa: Fundamentos epistemológicos. In: F. L. González. *Pesquisa Qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Gil, C. R. R. (2006). Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), p. 1171-1181. Acedido, Agosto, 12, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>

Giacomozzi, A.I. (2012). A inserção do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família e a transição de paradigma em saúde. *PSICO*, 43(3),p.298-308, Acedido, julho, 10, 2015, em <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7212-45026-1-PB.pdf>

Goraybe, R., Borges, C.D. & Oliveira, C.M. (2012). Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em Programa de Aprimoramento Profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 32(3),p.674-685, Acedido, Setembro, 11, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a12.pdf>

Heloani, R. & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, 14(3), p. 077-086. Acedido, Outubro, 8, 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a08.pdf>

Katsurayama, M., Parente, R.C. P, Moraes, R.D. & Moretti, R. O.P. (2013). Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva Djouriana. *Cad. Saúde. Colet.*, 21(4), p. 414 – 419, Acedido, Maio, 24, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a09.pdf>

Ludke, M. & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). Das informações a comunicação. In: C. Laville e J. Dionne. *A construção do saber: manual de metodologia em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG.

Leite, D.C., Andrade, A.B. & Bosi, M. L. M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(4),p. 1167-1187. Acedido, Agosto, 12, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/08.pdf>

Louzada, R.S.M.L & Oliveira,P.T.R. (2013). Reflexões sobre a metodologia de pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho. *Revista NUFEN*, 5(1), p.26-35. Acedido, dezembro, 17, 2015 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v5n1/a04.pdf>.

Médici, A.C. (1986). A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. *RAP*, 20(3),p.54-69, Acedido, Junho, 20, 2015, em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10019/9021>

Ministério da Saúde, Secretária Nacional de Assistência à Saúde (1990). *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Acedido, Agosto, 5, 2015, em http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Merhy, E.E. & Queiroz, M.S. (1993). Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 9(2), p. 177-184. Acedido, Julho, 30, 2015, em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n2/09.pdf>

Ministério da Saúde, Secretária Executiva (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Acedido, Agosto, 5, 2015, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Moreira, D.A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2003). *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e a reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Acedido, Agosto, 5, 2015, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf

Ministério da Saúde (2006). *Entendendo o SUS*. Acedido, Agosto, 5, 2015, em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>

Manetti, N. L. & Marziale, M. H. P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12(1), p. 79 – 85, Acedido, Maio, 24, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a10v12n1.pdf>

Machado, C.V., Lima, L.D. & Viana, L. S. (2008). Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), p. 42-57. Acedido, Agosto, 12, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/10.pdf>

Maio, M. C. & Lima, N.T. (2009). Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema de Único de Saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, 25(7), p.1611-1613. Acedido, Junho, 3, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/19.pdf>

Minayo, M. C. de S. (2010). O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Acedido, Agosto, 20, 2015, em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Menicucci, T.M.G. (2014). *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*. *História, Ciências, Saúde*, 21(1), p. 77-99. Acedido, Julho, 20, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>

Nogueira, L. A. M. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev.Bras.Med.Trab.*, 1(1), p. 56 – 68, Acedido, Maio, 24, 2015, em http://www.researchgate.net/profile/Luiz_Antonio_Martins/publication/235433058_Saude_mental_dos_profissionais_de_sade/links/09e41511a19791cfe8000000.pdf

Nassif, L. E. (2005). *Origens e desenvolvimento da Psicopatologia do Trabalho na França (século XX): uma abordagem histórica*. Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

Paim, J.S. (2008). A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), p.625-644. Acedido, Julho, 20, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>

Paim, J.S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 33(81), p. 27-37. Acedido, julho, 20,2015, em <http://www.prppg.ufpr.br:8080/saudecoletiva/sites/default/files/processoseletivo2015/politicas/PAIM,%20Jairnilson%20-%20Uma%20analise%20sobre%20o%20processo%20da%20RSB.pdf>

Paiva, C. H.A & Teixeira, L.A. (2014). Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciência, Saúde*, 21(1), p.15-35. Acedido, julho, 16, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>

Pereira, I. C & Oliveira, A.C. (2014). *Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Acedido, Agosto, 13, 2015, em http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro_atencao_primaria.pdf

Reis, D.O., Araújo, E.C. & Cecílio, L.C.O. (n.d.). *Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde*. Acedido, Agosto, 12, 2015, em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf

Ramminger, T. & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Rev. Bras. Saúde ocup.* 33(117), p.36 -49, Acedido, Maio, 29, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572008000100005&script=sci_arttext

Ribeiro, S. F. R. & Martins, S. T. F. (2011). Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicologia em estudo*, 16(2), p. 241 – 250, Acedido, 30, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a07v16>

Schwartz, Y. e Durrive, L. (orgs). (2007). *Trabalho e Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense.

Siva, E. A. & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: um estudo exploratório dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, 14(1), p. 83 -106, Acedido, Maio, 30, 2015, em http://www4.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093318.pdf

Silveria, A. F., Gewehr, C., Bonin, L.F.R., & Bulgacov, Y. L.M (Orgs) (2008). Cidadania e participação social. *Edelstein de Pesquisas Sociais*, 230 p. Rio de Janeiro: Centro. Acedido, Janeiro, 20, 2017, em [http://docs14.minhateca.com.br/718691652,BR,0,0,SILVEIRA-et-al-\(orgs\).-Cidadania-e-participa%C3%A7%C3%A3o-social.pdf](http://docs14.minhateca.com.br/718691652,BR,0,0,SILVEIRA-et-al-(orgs).-Cidadania-e-participa%C3%A7%C3%A3o-social.pdf)

Sousa, A.L.M., Garbinato, L.G. & Martins, R.P.S. (2012). A atuação do Psicólogo no Sistema Único de Saúde: uma revisão. *Interbio*, 6(1), p.1981-3775, Acedido, Setembro, 4, 2015, em http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol6_num1/arquivos/artigo7.pdf

Silva, L.B. C (2012). Mudanças no campo da saúde e impactos para a Psicologia. *Psicologia em Estudo*, 17(4), p.711-715, Acedido, Setembro, 4, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n4/a17v17n4.pdf>

Tanaka, O.Y. & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), p. 477-486. Acedido, Agosto, 12, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>

Teixeira, S. M.F. (2009). Retomar o debate sobre reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Administração de Empresas*, 49(4), p. 472-480. Acedido, julho, 23, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>

Trindade, L. L., Lautert, L., Beck, C. L. C., Amestoy, S.C., & Pires, D.E.P. (2010). Estresse e Síndrome de Burnout entre trabalhadores da equipe da saúde da família. *Acta Paul Enferm*, 23(5), p.684 -689, Acedido, Maio, 30, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/16.pdf>

Teixeira, C. (2011). *Os Princípios do Sistema Único de Saúde*. Acedido, Agosto, 3, 2015, em http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf

Vargas, J. D. (2008). *História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão da literatura*. Trabalho de conclusão de curso, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro.

Vaitsman, J. , Ribeiro, J.M. & Lobato, L. V. C. (2013). Análise de políticas, políticas de saúde e a saúde coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), p.589-611. Acedido, julho, 15, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a14.pdf>

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido**TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO- SAÚDE DE PSICÓLOGOS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE DE PSICÓLOGOS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF** terá como objetivo geral **ANALISAR A RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DE PSICÓLOGOS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA** do município de João Pessoa-PB.

Ao voluntário só caberá à autorização, disponibilidade e interesse em participar da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 9-99323306** com **MARIA DO SOCORRO ROBERTO DE LUCENA**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Apêndice B- Termo de autorização para gravação de voz**TAGV**

Eu, _____, depois de entender o objetivo da pesquisa “**ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE DE PSICÓLOGOS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF**” e os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora **MARIA DO SOCORRO ROBERTO DE LUCENA** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) da pesquisa **MARIA DO SOCORRO ROBERTO DE LUCENA**, e após esse período, serão destruídos.
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Apêndice C- Dados sócio demográficos**Dados sócio demográficos**

Distrito Sanitário: _____ Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () _____

Filhos: () Sim () Não

Quantos? _____

Tempo de profissão: _____ Quanto tempo trabalha no NASF: _____

Qual a sua carga horária de trabalho: _____

Qual o tipo de vínculo empregatício; _____

Possui algum outro vínculo empregatício? () Sim () Não Caso sim, qual? _____

Média salarial: _____

Apêndice D- Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista

Trajatória profissional:

1. Qual foi sua área de formação na graduação?
2. Como foi sua trajetória profissional após a formação até a entrada no NASF?
3. O que te motivou a trabalhar no NASF?

Trabalho:

1. Você conhece quais as prescrições formais (legais, documentos, portarias, diretrizes) para atuação do psicólogo no NASF?
2. Quais são elas?
3. O conhecimento dessas prescrições lhe ajudou em sua atuação?
4. Como você foi preparado para atuar no NASF? Teve algum curso? Promovido por quem?
5. Pra você qual a importância da inserção dos profissionais de Psicologia na atenção básica?
6. O que você efetivamente faz enquanto profissional do NASF?
7. Você poderia descrever um dia de trabalho, tomando por base, um dia considerado intenso e um dia habitual?
8. Quais as limitações e dificuldades no trabalho do psicólogo no NASF?
9. O que foi/é feito para superá-las? Você poderia citar exemplos de como vem conseguindo superar essas dificuldades?
10. Como você avalia suas condições de trabalho (no tocante ao mobiliário, ao salário, ao vínculo empregatício, gestão, processo de trabalho)?

Relações no trabalho

1. Como você avalia suas relações no trabalho? (seja com os colegas do NASF, outros psicólogos, gestores, unidades de saúde).
2. Qual o suporte que o coletivo de trabalho dá para a realização de sua atividade?
3. Você e seus colegas possuem algum tipo de macete (técnica, astúcia, artimanha) que tenha como finalidade facilitar o trabalho? Pode dar exemplos?
4. Você se sente reconhecido no seu trabalho? De quem vem esse reconhecimento?
5. Você poderia dizer alguns dos momentos que se sentiu reconhecido?

Sofrimento/prazer no trabalho

1. O que te dar prazer no trabalho?

2. O que te faz sofrer no trabalho?
3. Em sua opinião, o que poderia melhorar em seu trabalho? Como poderia ser feito isso?
4. O que você entende por saúde?
5. Você teve algum problema de saúde nos últimos tempos?
6. Você acha que sua saúde tem alguma implicação na sua saúde?
7. O que seria um dia ruim de trabalho?
8. O que seria um dia bom de trabalho?
9. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 23 de março de 2016

Processo nº 21.236/2015

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DS I, DS II, DS III, DS IV e DS V**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **CAROLINA ARAÚJO DE BARRÓS CARVALHO**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“ANÁLISE DAS RELAÇÕES TRABALHO-SAÚDE-DOENÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: OLHARES ACERCA DOS PROFISSIONAIS, GESTORES E COMUNIDADE”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Ana Paula Vasques Nogueira
 Técnica da Gerência de
 Educação na Saúde
 (tel.: 33.939-01)

P/ Ana Paula V. Nogueira
 Daniela Pimentel
 Gerente da Educação na Saúde