



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA - ASSOCIAÇÃO AMPLA
UECE/UFC/UNIFOR**

MARIANA RAMALHO DE FARIAS

**TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A
EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ**

**FORTALEZA – CEARÁ
2015**

MARIANA RAMALHO DE FARIAS

TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A
EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ.

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva- Associação Ampla (Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Farias, Mariana Ramalho de.

Trabalho e Saúde Mental em profissionais da atenção básica: a experiência de Sobral, Ceará. [recurso eletrônico] / Mariana Ramalho de Farias. – 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 2/4 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 178 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde .

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio .

1. Saúde Mental. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Atenção primária à saúde.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Doutorado em Saúde Coletiva, Associação AMPLA
UECE/UFC/UNIFOR.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

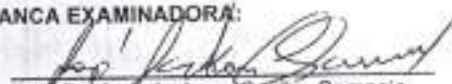
Titulo da Tese: "Trabalho e Saúde Mental em Profissionais da Atenção Básica: a experiência de Sobral, Ceará"

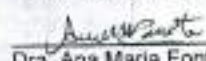
Nome do Doutoranda: Mariana Ramalho de Farias


Nome do Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

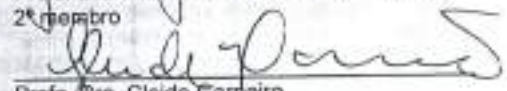
TESE APRESENTADA AO CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA UECE/UFC/UNIFOR, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

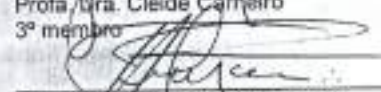
BANCA EXAMINADORA:

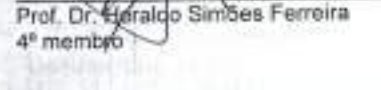

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio
Presidente/Orientadora


Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib
1º membro


Profa. Dra. Márcia Maria Machado Tavares
2º membro


Profa. Dra. Cleide Carneiro
3º membro


Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira
4º membro


Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
(suplente)

Data da defesa: 18/03/2015

Aos meus pais, Farias e Glória, sempre carinhosos e apoiadores das minhas decisões pessoais e profissionais.

À minha avó, Maria Beatriz Bezerra (*in memoriam*), que muito se orgulharia vendo o sonho, que também foi dela, se concretizar.

Ao meu marido Eduardo, que esteve todo o tempo ao meu lado, segurando a minha mão e ajudando-me a caminhar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida, saúde e graças recebidas diariamente;

Aos meus pais, Norberto Ribeiro de Farias e Glória Maria Leite Ramalho que, com amor, dedicação e doação, permitiram que eu chegasse até aqui;

Ao meu marido Eduardo Almeida Chagas que soube verdadeiramente ser companheiro, compreendendo pacientemente todas as minhas ausências durante o processo de elaboração da tese;

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, que me acompanha desde o mestrado e, cujas dedicação, competente orientação e disciplina com seus múltiplos papéis, serão sempre exemplos em minha caminhada acadêmica e humana;

À Coordenação do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, na pessoa da profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pela constante luta em prol de melhores condições para a aprendizagem e crescimento profissional de todos os alunos;

À Mairla Pitombeira da Franca Alencar, secretária do curso de doutorado, que sempre me tratou com paciência, gentileza e solicitude;

Aos colegas do Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, em especial, às amigas Renata Alves, Kellen Gomes e Karine Porto, por compartilharem não só conhecimento, mas carinho, cumplicidade e, acima de tudo, amizade;

À todos os componentes do grupo de pesquisa Vida e Trabalho (UECE), por todos os diálogos, discussões teóricas e compartilhamento de conhecimento;

À Universidade Federal do Ceará, por conceder-me licença necessária para a finalização dessa pesquisa;

À Prefeitura Municipal de Sobral, principalmente à Secretaria Municipal de Saúde, por ceder espaço e acesso aos sujeitos dessa pesquisa. Obrigada pelo acolhimento, apoio e colaboração necessários ao desenvolvimento desta pesquisa;

Aos Bolsistas do PET-Saúde Vigilância em Saúde – UFC *Campus* Sobral, pela contribuição na etapa de coleta e análise dos dados dessa pesquisa;

A todos os trabalhadores que participaram do estudo, pelas valiosas informações que permitiram o desenvolvimento desta tese.

*“Um homem se humilha
Se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
E vida é trabalho
E sem o seu trabalho
Um homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata
Não dá pra ser feliz”*

(Gonzaguinha – Um homem também chora)

RESUMO

A presente investigação toma como objeto de estudo a análise da relação entre trabalho e sofrimento psíquico em profissionais da Atenção Básica do município de Sobral, Ceará, com o objetivo de compreender a relação entre trabalho e saúde mental e suas consequências na prestação dos cuidados individuais e coletivos. Busca-se, de forma específica, descrever o perfil de trabalho dos profissionais, discriminando processo, jornada e condições de trabalho e o perfil de características psicológicas, discriminando expressões do processo saúde/doença mental; produzir mapa de relações entre o perfil de trabalho e o perfil psicológico identificados e estimar a prevalência de transtornos mentais comuns nesses sujeitos. Utiliza-se do referencial teórico da Psicopatologia do Trabalho, de Codo e Sampaio, fundamentada na Dialética Marxista. A metodologia escolhida opta por uma pesquisa social em saúde, de natureza qualitativa, crítico-analítica, com triangulação metodológica. Os sujeitos do estudo foram constituídos pelos trabalhadores que atuam na atenção básica, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Para o processo de investigação, utilizou-se cinco ferramentas: um questionário sócio-demográfico-profissional; a versão em português do *Job Content Questionnaire*; a versão em português do *Self Report Questionnaire-20*; a Entrevista de Aprofundamento Clínico e Representação do Trabalho e o diário de campo. Em um primeiro momento, aplicou-se os questionários com 433 profissionais para identificar os expostos ao risco de adoecimento mental relacionado ao trabalho. A partir dessa identificação, procedeu-se à segunda etapa, com aplicação da entrevista aberta, a Entrevista de Aprofundamento Clínico e Representação do Trabalho, com onze profissionais representativos da maior e da menor propensão de desenvolver sofrimento psíquico. Os dados foram analisados a partir do modelo Demanda-Controle e da análise de discurso de Orlandi. Os resultados apontaram uma prevalência de TMC de 26,8%, com maior frequência entre os Agentes Comunitários de Saúde. Quanto ao modelo Demanda-Controle, cerca de 5% dos trabalhadores apresentaram alto desgaste no trabalho. Verificou-se que quanto maior a posição hierárquica na equipe, menores são os riscos de adoecimento relacionado ao trabalho. As categorias de nível médio, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde, apresentaram maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho. A partir

da análise da jornada, turnos de trabalho, intervalos e socialização, verificou-se que não há interferência desses fatores na saúde mental dos trabalhadores. A precariedade do vínculo e a ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários não se materializaram enquanto adversidade na consciência desses sujeitos, portanto, apresentam-se como eventual fonte de desgaste, mas não de sofrimento psíquico. O trabalho comparece como elemento constituinte da identidade e das experiências de vida, interferindo nas relações pessoais e afetivas. É vivenciado de forma paradoxal, pois é destacado como fonte de prazer; satisfação e realização pessoal; e reconhecimento social. Entretanto, há outro lado, caracterizado pela falta de reconhecimento, de valorização profissional, de sobrecarga de trabalho e de impotência diante das demandas dos usuários e dos problemas da comunidade, que não só geram insatisfação, como também podem produzir sofrimento e adoecimento.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Saúde do Trabalhador. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The present investigation has as the object of study the analysis of the relationship between the labor and psychic suffering on professionals of the Basic Attention of the city of Sobral, Ceará, aiming to perceive the relation between work and mental health and its consequences on providing collective and individual care. It seeks, in a specific way, to describe the working profile of the professionals, distinguishing working time, process and conditions of working, and the profile of psychological characteristics, discerning between the expressions of the mental health/illness process; make a map about the relation between the working profile and psychological profile identified and estimate the prevalence of common mental health disorders on these persons. The study uses the theoretical reference of the Psychopathology of Labor, from Codo and Sampaio, based on the Marxist Dialectics. The chosen methodology opts for a social research in health, of qualitative nature, critical analytical, with methodological triangulation. The subjects of the study were constituted by the workers who act at the basic attention, including physicians, nurses, nursing assistants, dental surgeons, oral health assistants, and health community agents. For the investigation process, it used five tools: a social-demographic-professional questionnaire, the Portuguese version of the *Job Content Questionnaire*; the Portuguese version of the *Self Report Questionnaire-20*; the Job Representation and Clinical Deepening Interview and the field diary. In a first moment, the questionnaires were applied on 433 professionals in order to identify the ones who were exposed to the risk of mental disorders related to the work. From that identification on, the second stage showed up, with the application of the open interview, the Job Representation and Clinical Deepening Interview, on eleven professionals representing the largest and the smallest probability to develop psychic suffering. The data were analyzed based on the Demand-Control model and the discuss analysis of Orlandi. The results pointed out a prevalence of common mental health disorders of 26,8%, with a larger frequency among the Health Community Agents. Regarding the Demand-Control model, about 5% of the workers presented a high wear at work. It was verified that the higher the hierarchic position on the team, smaller are the risks of getting a mental disorder related to work. The non-graduated category, mainly the Health Community Agents, showed a higher risk of getting sick due to work. From the working hours, shifts, break times and socialization, it was

noticed that there is no interference of these factors on the mental health of the workers. The precarious bond and the absence of a Post, Career and Salary Plan has not materialized themselves as adversities at the conscience of those individuals, thus they may be a probable source of wear, but not of psychic suffering. The job shows itself as constituent of the identity and life experiences, interfering on the personal and affective relations. It is experienced in a paradoxical way, for it is featured as a source of pleasure, personal satisfaction and realization, and social recognition. However there is another side, characterized by the lack of acknowledgement, of professional valorization, of a working overload and the impotence before users' demands and community problems that not only generate discontentment but also may produce suffering and sickness.

Key-words: Mental Health. Occupational Health. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIPA	Comissão Interna de Prevenção a Acidentes
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DP	Desvio Padrão
EART	Entrevista de Aprofundamento Clínico e Representação do Trabalho
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde da Família
GHQ	General Health Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento para Educação Básica
JCQ	Job Content Questionnaire
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LILACS	Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASSR	Patient Symptom Self Report
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PIBM	Produto Interno Bruto Municipal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Present State Examination
PSST	Política de Segurança e Saúde do Trabalho
RP	Razão de Prevalência

SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SM	Salário Mínimo
SM&T	Saúde Mental e Trabalho
SNV	Síndrome do Ninho Vazio
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SRQ-20	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBASF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Esquema do modelo de Demanda-Controle de Karasek adaptado por Alves (2004)	48
Figura 2 –	Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo situação de trabalho avaliada pelo modelo demanda-controle e ocorrência de transtornos mentais comuns. Sobral, 2014.....	61
Quadro 1 –	Composição dos sujeitos da pesquisa na 1ª etapa.....	43
Quadro 2 –	Caracterização dos sujeitos da pesquisa na 2ª etapa.....	44
Quadro 3 –	Atribuição de valor aos aspectos ergonômicos e de insalubridade no trabalho na ESF no município de Sobral. Sobral, 2014.....	68
Quadro 4 –	Resumo das principais atividades previstas dos profissionais da ESF no município de Sobral, segundo a PNAB (BRASIL, 2012). Sobral, 2014.....	75
Quadro 5 –	Distribuição comparativa dos discursos sobre estrutura familiar na família de origem e na família constituída.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo categoria profissional e ocorrência de transtornos mentais comuns. Sobral, 2014.....	56
Tabela 2 –	Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, vínculo e situação de trabalho avaliada pelo modelo demanda-controle. Sobral, 2014.....	58
Tabela 3 –	Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo categoria profissional e situação de trabalho avaliada pelo modelo demanda-controle. Sobral, 2014.....	60
Tabela 4 –	Prevalência de TMC e razões de prevalência segundo dimensões do modelo demanda-controle. Sobral, 2014.....	62
Tabela 5 –	Prevalência e Razões de prevalência das categorias de ACS e outros profissionais segundo TMC e dimensões do modelo demanda-controle. Sobral, 2014.....	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	APROXIMAÇÃO DO TEMA.....	17
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO.....	18
1.3	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
1.4	OBJETIVOS.....	35
1.4.1	Geral	35
1.4.2	Específicos	35
2	METODOLOGIA	36
2.1	NATUREZA DA PESQUISA.....	36
2.2	CATEGORIAS OPERACIONAIS.....	39
2.3	CAMPO DE ESTUDO.....	42
2.4	UNIDADES, SUJEITOS E PROCEDIMENTO GERAL DA PESQUISA.....	43
2.5	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	45
2.6	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE INTERPRETAÇÃO.....	50
2.7	DIMENSÃO ÉTICA.....	51
2.8	MODO DE EXPOSIÇÃO.....	52
3	RESULTADOS	54
3.1	PERFIL DE TRABALHO, PERFIL PSICOSSANITÁRIO E TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SOBRAL/CE.....	54
3.2	O PROCESSO DE TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SOBRAL, CEARÁ.....	77
3.2.1	Opinião sobre si	77
3.2.2	O ser saudável e sua relação com o trabalho: o corpo que sente e cuida	85
3.2.3	Relação entre família de origem e família constituída	98
3.2.4	Relações sociais e conflitos no trabalho	106
3.2.5	Locus de controle e condições de vida e trabalho dos profissionais da atenção básica de Sobral	114
3.2.6	Como são produzidas as condições de existência: o papel da igreja, associação, sindicato e partido político	127

3.2.7	O significado do trabalho: a busca do prazer.....	133
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
4.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	143
4.2	CONCLUSÕES.....	144
4.3	RECOMENDAÇÕES.....	152
	REFERÊNCIAS.....	155
	APÊNDICES.....	164
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO – PRÉ-TESTE DE PESQUISA.....	165
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO-PROFISSIONAL.....	166
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	167
	ANEXOS.....	168
	ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA DE APROFUNDAMENTO CLÍNICO E DE REPRESENTAÇÃO DO TRABALHO- EART.....	169
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.....	175
	ANEXO C – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO “JOB CONTENT QUESTIONAIRE”.....	176
	ANEXO D – VERSÃO VALIDADA EM PORTUGUÊS DO SRQ-20.....	177
	ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.....	178

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO DO TEMA

A primeira aproximação da temática em estudo ocorreu durante o desenvolvimento da dissertação intitulada “Análise da integração da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família”, defendida junto ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE, no ano de 2009. Durante a etapa de análise dos dados, colhidos a partir do discurso dos profissionais da atenção básica, foi possível identificar um desgaste psicológico atribuído ao processo de trabalho, caracterizado pelo comportamento assujeitado, impotente e insatisfeito diante da organização do trabalho.

Evidenciava-se, nos discursos dos profissionais, um desgaste mental devido à organização do trabalho. O alto grau de exigências e responsabilidades, somado à pressão exercida pela gestão por um cuidado adequado à comunidade e a falta de reconhecimento dos usuários e da gestão, criam tensões entre a equipe e dessa com a comunidade. Além disso, as limitações de infraestrutura e a escassez de materiais exacerbavam o sentido de insatisfação e de sofrimento mental aos profissionais.

A partir dessa realidade vivenciada, destacou-se a questão da relação trabalho/saúde mental. Em especial, impôs-se a necessidade de compreender quais aspectos estavam envolvidos nessa relação no âmbito da atenção básica. Surgiu então o interesse em desvelar e, principalmente, compreender como a organização do trabalho na atenção básica poderia gerar um desconforto capaz de proporcionar um adoecimento mental e influenciar na forma como o trabalhador presta o cuidado ao usuário.

Diante dessas questões e inquietações, foi escolhido o tema “trabalho e saúde mental”, na tentativa de sistematizar as experiências observadas e elaborar um conhecimento científico que não parta unicamente de um corpo teórico, mas da articulação com a vivência dos trabalhadores de saúde, buscando compreender as dimensões do controle e significado do trabalho para esses indivíduos. Fica, então, apresentada a motivação para o desenvolvimento de um estudo que busca compreender a relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da atenção básica.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO

A presente investigação tem como objeto de estudo a análise da relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da Atenção Básica.

Trabalho é definido por Sampaio (1998) como sendo um complexo de atividades que resulta na apropriação da natureza pelo homem, media os procedimentos de apropriação e reproduz o próprio homem, revestindo-se de formas específicas a cada modo de produção das condições de existência. No modo de produção capitalista, o trabalho apresenta uma dupla e contraditória natureza: trabalho abstrato, indiretamente representado pela jornada de trabalho e por suas formas de exploração e construção de significados; e trabalho concreto, diretamente representado pelas condições, ritmos, hierarquias, processos, técnicas, sociabilidades e produtos. O trabalho gera, portanto, utilidade e bens, mercado e mercadorias, valores de uso, valores de troca e relações sociais, constituindo-se em atividade humana por excelência.

O processo de trabalho passa por modificações permanentes, em acordo com as mudanças da base produtiva, das tecnologias desenvolvidas e dos modos de produção e de distribuição de riqueza e de poder. Com o advento do modo de produção capitalista, mesmo em sua origem mercantil-colonial, mas, sobretudo a partir da Revolução Industrial, as modificações têm sido sucessivas e radicais (MERHY, 2007a).

A partir da segunda metade do século XX, especificamente com a crise dos anos 1960 e 1970, devido às transformações nas esferas cultural, social, econômica e política da sociedade, observa-se uma reestruturação produtiva em que as empresas, diante da concorrência e dos conflitos sociais relacionados à forma tradicional de organização do trabalho e produção, experimentam mudanças marcadas pela inserção de novas tecnologias a partir de grande transição tecnológica. As empresas passam a buscar maior integração e flexibilidade como uma forma de reagir à crise social e de aumentar a produtividade no mercado instável (ASSUNÇÃO, 2003).

No plano das indústrias e dos serviços, as modificações se caracterizam pela introdução da comunicação em tempo real, da informática e da hegemonia do sistema financeiro (MERHY, 2007a). Diante desse contexto, a aquisição de informação passa a ser instrumento essencial de trabalho, inclusive capaz de

determinar as relações de poder na organização do trabalho (FERNANDES *et al*, 2002).

Paralelamente a essas mudanças, ocorreu a expansão do trabalho para o setor terciário, o setor de serviços, e o processo de horizontalização das empresas, a partir da pulverização das etapas de produção e do movimento de extensão do seu domínio, caracterizado pela globalização. Com essa estruturação, surgem novas exigências no perfil do trabalhador, que deve ser polivalente (preparado para exercer diversas funções), instruído (com maior qualificação técnica para a execução das tarefas), com iniciativa, mas sem autonomia para decidir os meios e os fins do seu trabalho.

A revolução informacional, somada às outras mudanças já citadas, exigiu transformações na organização da produção e do trabalho, em especial nas formas de gestão e na formação profissional. Assim, as organizações passaram a adotar novos modelos de gestão, caracterizados por estratégias gerenciais para atingir os objetivos da empresa. Esses tipos de gestão podem ser responsáveis pelo nível de tensão em uma empresa, ao passo que incorpora fatores intrínsecos (trabalhadores, tecnologia empregada, cultura de organização) e extrínsecos (contextos macro e microeconômicos, políticos, legislação e sindicatos) em sua organização.

Em uma tentativa de detalhar esses modelos, toma-se como referência a classificação de Chanlat (1997) apud Fernandes *et al* (2002) e de Pires *et al* (2004). De acordo com os autores, pode-se encontrar os modelos atuais de gestão: Taylorista/Fordista/Toyotista, Tecnoburocrático e Participativo.

No modelo Taylorista/Fordista, o trabalho é fragmentado, com a especialização de trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas, repetitivas e padronizadas, com um tempo predeterminado, como nas linhas de montagem. Nesse modelo, a empresa é entendida como uma máquina enquanto seus trabalhadores são as engrenagens. Há um controle do processo de produção, a partir da definição do modo e tempos de produção a fim de, a partir de uma rígida hierarquia, fiscalizar o trabalho para obter o melhor rendimento, o que leva a uma desmotivação e à alienação do trabalhador (PIRES, 2004).

Uma derivação do modelo Taylorista/Fordista é o modelo japonês denominado de Toyotismo. Nele, busca-se a qualidade da assistência, exigindo não apenas o “fazer” do trabalhador, mas outras habilidades, como a sua proatividade e a sua disposição intelectual-afetiva para antecipar soluções aos problemas. Assim, o

Toyotismo estimula o trabalhador a pensar, sem, contudo, permitir uma maior autonomia e flexibilidade em seu processo de trabalho. O estímulo da capacidade intelectual do trabalhador passa a ser utilizado como uma forma de controle do trabalho.

O modelo Tecnoburocrático fundamenta-se na escola clássica da Administração e na escola weberiana sobre a burocracia. Caracteriza-se por suas divisões hierárquicas bem definidas e sem comunicação, com departamentalização e ênfase nas funções de especialistas e técnicos, descritos em organogramas verticalizados que privilegiam a distribuição de atribuições e tarefas para disciplinar e controlar o trabalhador. Além disso, devido à ênfase nas normas, procedimentos e rotinas rígidas que buscam uniformizar a atuação do trabalhador, impede a manifestação da subjetividade e desconsidera as relações interpessoais.

Por último, tem-se o modelo denominado Participativo, em que há uma maior flexibilização das relações de trabalho, entendendo o trabalhador como responsável e autônomo para realizar sua tarefa, integrando-o na gestão da empresa, em um papel de co-gestor, com maior participação nos processos de planejamento, em representações em comissões de gestão ou em consultas para a tomada de decisões.

Entretanto, não só o modelo adotado, que depende da natureza, do tipo de serviço e da estrutura organizacional, mas também e, principalmente, o contexto organizacional, apresentam fatores, possibilidades e dinâmicas dos riscos relacionados às manifestações de transtornos psíquicos nos trabalhadores.

Assunção (2003) aponta também que as mudanças da organização e da gestão propiciam à flexibilização das relações de emprego, o que acarreta no processo de precarização do trabalho, caracterizado por relações de emprego instáveis e inseguras para os trabalhadores. Soma-se a esses fatores a forte segmentação do mercado produtivo, implicando no fracionamento da oferta de empregos e das condições de realização do trabalho e na terceirização, que permite formas de contratação do trabalhador substituindo o emprego formal e regulamentado.

Importante ressaltar que, com as características do trabalho contemporâneo, em que os modelos de administração impõem ao trabalhador a exigência de executar sua atividade muitas vezes sem os recursos necessários para atender às demandas, pode surgir o fenômeno denominado por Linhart (2009) *apud*

Seligmann-Silva *et al.* (2010) de “precariedade subjetiva”, em que os trabalhadores, mesmo aqueles com vínculos de trabalho estáveis, experimentam competição, insegurança e precariedade.

Em relação ao trabalho e transição especificamente no setor saúde, tem-se alguns estudos desenvolvidos por Mendes-Gonçalves (1994), Campos (2006), Pires (1996, 2004), Merhy (2007a, 2007b). Esses autores acreditam que as mudanças ocorridas no trabalho industrial e nos serviços influenciaram o setor saúde, destacando-se o uso intensivo de tecnologia de ponta, por um lado, no caso dos hospitais, e, por outro lado, o enfrentamento das desigualdades sociais, no caso da atenção primária. Associa-se a este modelo, a urbanização, a terceirização, o produto abstrato e a terciarização, como indica Pires (1996), ao incluir trabalho em saúde como parte crescente do setor de serviços, subsidiário atual do Taylorismo-Fordismo industrial.

Entretanto, torna-se difícil enquadrar o setor saúde dentro de um modelo específico, visto que, mesmo sofrendo a influência das organizações produtivas hegemônicas, o trabalho em saúde apresenta-se com uma forma de trabalho diferenciado, pois o saber no campo da saúde e o seu produto imediato, a prestação da atenção à saúde, operada por várias naturezas de cuidado, é produzida no mesmo momento em que é consumida, sendo indissociável o produto do processo que o produz. Merhy (2007a) concorda com a autora ao afirmar que o processo de trabalho em saúde é um trabalho vivo. Dessa forma, só existe em ato, em ação, no momento do trabalho em si, não se expressando apenas por meio de equipamentos ou de saberes estruturados, mas operando-se pelas tecnologias relacionais, isto é, o encontro de subjetividades, as práticas de acolhimento e vínculo e a díade protagonismo-autonomização, conceituadas por Merhy (2007a; 2007b) como tecnologias leves. A introdução das tecnologias leves transforma de modo radical o processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Então, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor com suas ferramentas de conhecimento, equipamentos, instrumentos, técnicas e tecnologias, com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades, percebidas ou não, no momento do trabalho.

Campos (2006) discutiu essa temática, considerando que não se levava em conta as pessoas que operariam e usufririam dessa máquina, gerando um impasse com os trabalhadores de saúde da área pública, que se encontravam frustrados, descontentes, trabalhando pela sobrevivência e para garantir um certo nível de consumo.

Diante disso, Merhy (2007a), ao refletir sobre o processo de trabalho na saúde, concorda com Campos (2006), ao considerar que os profissionais da saúde, no seu processo de produção, transformam-se em objeto, vítimas do modelo liberal-privatista que coisifica a relação trabalhador-usuário, tornando-os meros portadores dos saberes que os comandam e agindo como simples cumpridores de rituais, sem a visão dos problemas e necessidades. Essa situação gera insatisfação, além de desconhecimento de seu papel em relação ao objeto de trabalho e aos meios de trabalho.

Pesquisa realizada por Farias (2009) converge com Merhy (2007a) e Campos (2006), pois, ao investigar os profissionais da atenção básica, observou que esses se apresentavam alienados em relação ao objeto de trabalho, além de impotentes diante das questões impostas pelos usuários. Essa situação gerava aos profissionais um quadro de insatisfação, de falta de responsabilização, de sensibilização e de compromisso com a produção do cuidado, o qual enfraquece a relação profissional-usuário.

O processo de trabalho em saúde tem a dificuldade, muitas vezes, de abranger essa tecnologia do cuidado ou desvaloriza-a diante da tecnologia do tipo dura. Dentro do modelo de trabalho vigente, que busca a objetividade, o profissional oculta a sua dimensão emocional (GHIORZI, 2003). Tal situação favorece ao aparecimento de sofrimento psíquico

Outro fator que favorece ao desenvolvimento do sofrimento psíquico relaciona-se à falta de controle e autonomia em desenvolver as atividades laborais (THEORELL *et al*, 1988). Dessa forma, a própria Política Nacional de Humanização-PNH elege os processos de trabalho e gestão como principais alvos das ações humanizadoras, propondo, como diretrizes essenciais para a humanização das práticas de saúde, a gestão participativa, a educação permanente e o redimensionamento do trabalho para a produção de subjetividades, entendendo que não existe humanização sem profundas mudanças na gestão e na organização do trabalho (BRASIL, 2004).

Lacerda e Valla (2006) complementam afirmando que o sofrimento e o adoecimento ocorrem além das causas orgânicas, e incluem a relação do sujeito com o ambiente como determinante das condições gerais de saúde. Tomando isso para o universo do trabalho, infere-se que, quando as exigências do meio e do trabalho ultrapassam as capacidades de adaptação do sujeito ou de suas estratégias defensivas, os transtornos psíquicos tendem a aparecer.

Para analisar a relação entre saúde mental e trabalho nos trabalhadores da atenção básica, é preciso conhecer profundamente esse objeto. Com essa finalidade, o presente estudo considerará os pressupostos da Psicopatologia do Trabalho, de Wanderley Codo e Jackson Sampaio, fundamentada na Dialética Marxista. Utiliza-se como referencial teórico as publicações de Codo e Sampaio (1995), Codo, Sampaio e Hitomi (1998), Sampaio (1998) e Codo (2006), para a compreensão do objeto de estudo.

Para esse estudo, considera-se o trabalho como atividade geradora de significado para o ser humano e parte dos elementos que se articulam, historicamente, nos seus processos relacionados à saúde e à doença. Assim, as duas dimensões que precisam ser investigadas em pesquisas do campo Saúde Mental e Trabalho é o controle sobre o trabalho e o sentido que o trabalho adquire (CODO, 2002).

Quando se fala em controle sobre o trabalho, é preciso investigar o domínio do trabalhador sobre seus processos de trabalho, tanto quanto dos modos como o trabalho for explorado. Perder o controle sobre o trabalho implica em alienação, sofrimento, e, eventualmente, sob certas condições, doença mental. Os conflitos, contraditórios ou antagônicos, entre o que se é, de modo objetivo, e o que é representado na consciência, agudiza-se, sob forma de estranhamento e ansiedade.

Em relação ao significado do trabalho, entende-se que qualquer trabalho carrega consigo um duplo significado, ao mesmo tempo imediatamente objetivo e subjetivo. É necessário investigar qual é a importância que o indivíduo atribui ao seu trabalho, tanto para si como para a sociedade. As atitudes do trabalhador, como seu comprometimento, carga mental e satisfação, estão relacionadas com esse significado. Portanto quando se pretende investigar o processo saúde-doença mental no trabalho, deve-se considerar essas expressões subjetivas do trabalho, a partir do vínculo estabelecido entre o trabalhador com o seu trabalho (CODO, 2002).

1.3 REVISÃO DA LITERATURA

A relação entre saúde mental e trabalho é objeto de estudo há pouco tempo. Nas últimas duas décadas, intensificaram-se os estudos a respeito do impacto das organizações sobre a saúde do trabalhador, destacando o adoecimento pelo sofrimento psíquico no trabalho.

Revisando a bibliografia brasileira nessa temática, buscou-se nas bases de dados Scientific Electronic Library Online-Scielo e Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud –LILACS estudos sobre a relação de trabalho e saúde mental publicados em língua portuguesa e desenvolvidos no Brasil nos últimos 10 anos. Utilizaram-se como descritores os termos: “saúde mental”, “trabalho” e “saúde do trabalhador”. Consideraram-se, para análise, apenas os estudos que estivessem publicados em periódicos e excluíram-se trabalhos de revisão, teóricos e que abordassem aspectos físicos de adoecimento. Ao todo, foram encontrados 44 estudos, dos quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, totalizaram 36.

Analisando essa produção científica, observa-se que a maioria dos estudos (n=23, 64%) foram publicados nos últimos cinco anos, com predominância de publicações no ano de 2010 (22,2%, n=8). A perspectiva qualitativa foi a opção metodológica de 61,1% (n=22) dos estudos analisados, seguidos pela perspectiva quantitativa (33,4%, n=12) e, em menor número (5,5%, n=2), da abordagem quantitativa-qualitativa.

Em relação ao referencial teórico adotado, não há homogeneidade. Entretanto, há predominância da Psicodinâmica do Trabalho, presente em doze estudos (33,4%), seguida pela Psicopatologia e o modelo Demanda-Controle, utilizados em três estudos cada (8,4%), e a Clínica da Atividade e Teoria do Estresse, utilizados em dois estudos cada (5,5%).

As categorias profissionais estudadas também foram diversas, com predominância dos profissionais de saúde, em treze estudos (33,4%); dos agentes da segurança pública, em dez estudos (27,8%) e de professores, em dois estudos (5,5%). Analisando os treze estudos com profissionais de saúde, tem-se que oito deles (61,5%) analisam a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária, quatro (30,8%) enfocam os profissionais de hospitalar e um (7,7%) analisa a saúde mental de psicólogos de empresas privadas.

Refinando a análise especificamente para os estudos realizados com profissionais da atenção primária à saúde nos últimos 10 anos, percebe-se que não há predominância de metodologia específica, pois verifica-se pesquisas na perspectiva quantitativa, a partir da descrição da prevalência dos transtornos mentais comuns (BRAGA *et al.* 2010; DILÉLIO *et al.*, 2012) ou da Síndrome de *Burnout* (TRINDADE e LAUTERT, 2010), e na perspectiva qualitativa, baseando-se no referencial teórico da teoria do estresse (CAMELO e ANGERAMI, 2007), na psicodinâmica do trabalho, de Christophe Dejours (LANCMAN *et al.*, 2009; CARREIRO *et al.*, 2013), na teoria da Ergonomia do Trabalho (VILELA *et al.*, 2010) e no modelo epidemiológico ou clínico da subjetividade (AZAMBUJA *et al.*, 2007).

Quanto à prevalência dos transtornos mentais menores relacionados ao trabalho em profissionais da atenção primária, estudo de Dilélio *et al* (2012), com trabalhadores das regiões Sul e Nordeste brasileiras, encontrou uma prevalência de 16%, variação de 10% a 18,8% entre as categorias profissionais. Essa prevalência é menor do que a da população geral, que varia de 25% a 40% ou de outras categorias profissionais, como a de eletricitários, com prevalência de 20,3% (SOUZA *et al.*, 2010).

Trindade e Lautert (2010) não apontaram diferenças estatisticamente significativas na prevalência dos transtornos mentais comuns entre as categorias profissionais que compõem a equipe da atenção primária. Entretanto, Dilélio *et al* (2012) apontaram as categorias do Agente Comunitário de Saúde e a de outros trabalhadores de nível médio com maior prevalência e maior probabilidade de apresentarem transtornos mentais menores, e, no estudo de Braga *et al* (2010), a categoria médica apresentou a menor prevalência de transtorno mental comum.

Silva e Menezes (2008) corroboram com Dilélio *et al* (2012) pois, ao investigarem amostra de ACS de São Paulo, encontraram uma prevalência de transtorno mental comum em 43,3% dos trabalhadores. Ainda sobre essa categoria profissional, Resende *et al.* (2011), em estudo realizado em Uberlândia, Minas Gerais, verificaram que 75% deles apresentavam grau de ansiedade moderado e 17% ansiedade grave. Os autores explicam essa maior prevalência a partir das características do processo de trabalho. Por residirem na comunidade, os ACS podem ter dificuldades em impor limites entre a vida pessoal e a atividade profissional, se sentindo muitas vezes impelidos a serem resolutivos em todas as situações. Assim, expõem-se a contradições entre o que precisam fazer e o que é

possível fazer, emergindo impotência, frustração, sofrimento e perda de sentido do trabalho (SILVA E MENEZES, 2008; VILELA *et al.*, 2010; RESENDE *et al.*, 2011).

Independente da especificidade das categorias profissionais, os autores convergem ao afirmar que o processo de trabalho na atenção primária apresenta fatores de risco que podem desencadear um adoecimento mental. Os estudos evidenciam a multifatorialidade do processo saúde-doença mental, apontando a sobrecarga de trabalho, a precarização do emprego, a falta de condições adequadas ao desenvolvimento do trabalho, a pressão advinda da gestão, a falta de autonomia e a impotência para a resolução dos problemas sociais, políticos e econômicos da comunidade como fatores desencadeantes do adoecimento (AZAMBUJA *et al.*, 2007; CAMELO e ANGERAMI, 2007; LANCMAN *et al.*, 2009; TRINDADE e LAUTERT, 2010; CARREIRO *et al.*, 2013).

Carreiro *et al.* (2013) apontam que esses fatores geram desgaste mental que influencia no comportamento do trabalhador, na vida social, pela dificuldade no relacionamento familiar e/ou no uso abusivo de álcool e outras drogas, e no desempenho das atividades laborais, por absenteísmo, queda de produtividade e alta rotatividade nos empregos, que interferem no cuidado ao usuário.

Apesar de apresentar resultados importantes, os estudos nessa temática e com esse grupo de trabalhadores ainda são incipientes. Há uma ênfase na relação causal entre fatores de risco, que em muitos estudos são chamados de estressores, e o desenvolvimento de transtorno mental. Entretanto, não se observa aprofundamento no debate sobre o modo com que a organização contemporânea do trabalho interfere na subjetividade do trabalhador e, conseqüentemente, no seu processo saúde-doença mental.

A maioria dos estudos na área de Saúde Mental e Trabalho destaca os trabalhos seminais de Dejours (1992, 1994), Louis Le Guillant (1984), Maslach e Jackson (1981), Theorell (1988), assim como os realizados no Brasil, tais como os de Codo e Sampaio (1995); Sampaio (1998) e Mendes (2007). Mas, o desenvolvimento muito recente ainda não permitiu acordos epistemológicos, conceituais, metodológicos e instrumentais mais consistentes. Percebe-se ainda concepções antagônicas e opostas sobre o papel do trabalho na relação com a saúde mental, se constitutivo ou desencadeante do adoecimento psíquico.

Nesse sentido, embasando-se em Lima (1998, 2002), Jacques (2003) e Borsoi (2007), três principais perspectivas de estudo podem ser identificadas: as

teorias sobre estresse, de base biológica e comportamental; a psicodinâmica do trabalho, de base psicanalítica; e a epidemiológica e/ou clínica sobre subjetividade e trabalho, de base sócio-histórica.

As teorias sobre estresse se propõem a identificar tanto os fatores laborais estressores quanto os que se configuram como protetores da saúde psíquica do trabalhador. Utilizam o referencial teórico cognitivo-comportamental para embasar e sustentar os modelos de prevenção, diagnóstico e intervenção. Entretanto, esbarram em imprecisões conceituais e na utilização do termo estresse conforme sua popularização, utilizando-o tanto para designar um estado de irritabilidade quanto um quadro de depressão grave (JACQUES, 2003).

Noronha e Fernandes (2008) analisaram a publicação científica no Brasil de artigos relacionados ao termo estresse, a partir de pesquisas nas bases de dados do SciELO e BVS-Psi, encontrando 96 artigos, utilizando os unitermos estresse, estresse laboral, estresse ocupacional e testes psicológicos. Assim como Jacques (2003), os autores também constataram que a maior parte da literatura empiricamente validada não apresentava concordância sobre o conceito de estresse.

Quanto ao estresse ocupacional, tem-se o estudo, publicado em 1998, que buscou comparar o estresse, a satisfação no trabalho, a percepção de controle e a saúde em enfermeiras da atenção primária tanto na Suécia como na Croácia. Essa pesquisa, realizada com 305 enfermeiras, mostrou que diferenças na organização do trabalho impactam substancialmente na percepção do estresse e na satisfação no trabalho (DONCEVIC, ROMELSJ e THEORELL, 1998).

No Brasil, os estudos sobre estresse ocupacional limitam-se, em sua maioria, a categoria profissional dos enfermeiros, principalmente àqueles do âmbito hospitalar (STACCIARINI e TRÓCOLLI, 2000; PASCHOALINI *et al*, 2008; SCHMIDT *et al*, 2009).

Stacciarini e Trócolli (2000) desenvolveram um inventário para mensurar o estresse ocupacional em enfermeiros a partir de categorias previamente definidas em entrevistas com 461 enfermeiros. Nesse estudo, os autores consideram três fatores principais como estressores: as relações interpessoais, os papéis estressores da carreira e os fatores intrínsecos ao trabalho. Entretanto, conforme assinala Glina e Rocha (2000), o estresse não está apenas relacionado ao trabalho, mas ao cotidiano de vida experimentado pelo sujeito. Dessa forma, torna-se difícil

estabelecer a relação direta causal com as condições de trabalho.

Paschoalini *et al* (2008) investigou, por meio de instrumentos de rastreio psicológico e cognitivo, possíveis indicadores de alterações cognitivas, depressão, ansiedade e agentes estressores ocupacionais em 66 profissionais de enfermagem de uma Santa Casa de Misericórdia, identificando que esses sujeitos apresentam-se afetados pelo estresse, necessitando, portanto de ações de atenção à saúde do trabalhador.

Schmidt *et al* (2009) realizou um estudo descritivo, transversal, com objetivo de avaliar a presença de estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem de um bloco cirúrgico, buscando associações entre o estresse ocupacional e características profissionais, concluindo que 56,1% dos trabalhadores estudados encontravam-se com exposição intermediária ao estresse ocupacional.

Ainda considerando a teoria do estresse, destacam-se as pesquisas de Maslach e Jackson (1981), que contribuíram à literatura a partir do desenvolvimento do conceito da síndrome de *Burnout*. Segundo esses autores, a síndrome caracteriza-se por: 1- atitudes e sentimentos negativos, tais como esgotamento emocional por falta de energia e de entusiasmo, sentimento de sobrecarga emocional e esgotamento de recursos; 2- despersonalização, caracterizada como endurecimento, insensibilidade, manifestada por atitude indiferente diante dos que recebem os seus cuidados; e 3- redução da realização pessoal, compreendida como uma tendência à auto-avaliação negativa, diminuição dos sentimentos de competência, frustração, inadequação e infelicidade consigo e com o trabalho. Além da descrição da síndrome, é também de autoria desses autores o instrumento denominado *Maslach Burnout Inventory*, responsável em identificar a síndrome.

No campo específico da saúde, as publicações são, em grande parte, focadas na síndrome de *Burnout* ou no Estresse Ocupacional, entretanto é importante diferenciar esses conceitos. O *Burnout* caracteriza-se por atitudes e condutas exclusivamente negativas, apresentando um papel temporal e relacional, alicerçada na tensão emocional e nas formas de enfrentamento que o trabalhador utiliza nas diversas situações de trabalho. O Estresse Ocupacional, por sua vez, pode apresentar-se com aspectos positivos e negativos, interferindo na vida do indivíduo e não necessariamente apenas na sua relação com o trabalho (RODRIGUES, 2007).

De forma geral, pode-se afirmar que há dificuldade nos estudos em distinguir entre os fatores estressores, *coping* - conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para avaliar e gerenciar as exigências internas e/ou externas, com base nas experiências pessoais - e estresse propriamente dito, e entre os estresses biológico, psicológico, social e ambiental (JACQUES, 2003).

Nos pressupostos que fundamentam as pesquisas com referencial teórico-metodológico amparado na categoria estresse, enfatizam-se métodos e técnicas quantitativas para mensurar os fatores estressores. Considera-se a perspectiva adaptacionista como estratégia de prevenção e intervenção desses fatores, a partir do gerenciamento individual do estresse por meio de mudanças cognitivas e comportamentais, sem considerar as condições e organização do trabalho (JACQUES, 2003).

Portanto, pode-se afirmar que estudos embasados no estresse ocupacional vem sendo realizados, como se constata nas diversas publicações citadas, de forma reducionista, com caráter predominantemente positivista, negligenciando aspectos sociais relacionados ao trabalho e aspectos relacionados à subjetividade do trabalhador.

A outra perspectiva no campo da Saúde Mental e Trabalho, a psicodinâmica do trabalho, tem no pesquisador francês Christophe Dejours seu principal representante. Sua contribuição iniciou-se com a publicação da sua primeira obra, em 1980. Desde então, suas obras tem sido difundidas em todo o mundo e no Brasil, em especial, tem tido grande repercussão, pois foi o responsável pelo início das discussões e reflexões sobre o impacto do trabalho na saúde mental (LIMA, 2002).

Na literatura científica brasileira, pode-se apontar principalmente as publicações de Merlo e Mendes (2009) e Mendes (2007), que realizaram estudos abordando a clínica do trabalho a partir do referencial da Psicodinâmica do Trabalho.

Mendes *et al.* (2011) realizou um levantamento bibliográfico na base de dados Scielo, buscando publicações brasileiras no período de 2000 a 2009 que abordassem a psicodinâmica e clínica do trabalho. Os autores encontraram um total de 71 artigos, provenientes principalmente de laboratórios e centros de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Universidade de São Paulo, da Universidade de Brasília e da Universidade de Tuiuti, no Paraná.

Na perspectiva desses estudos, a análise recorre à organização do trabalho, buscando compreender como são produzidas as patologias e a saúde, a partir do desvelamento da subjetividade do trabalhador, por meio de sua fala e de sua percepção da situação vivida no trabalho (MENDES *et al*, 2011).

É, portanto, o próprio trabalhador quem dá significado ao seu trabalho, pois, dependendo de como e porque o realiza, ele pode transformar um trabalho gerador de sofrimento em um trabalho produtor de felicidade. Portanto, de acordo com a natureza da organização do trabalho, esse pode ser fonte de dor ou de prazer, dependendo das estratégias de defesa favoráveis à saúde desenvolvidas pelos trabalhadores.

A psicodinâmica do trabalho busca compreender essas estratégias de defesa, definidas por Dejours (1994) como regras de conduta construídas e conduzidas pelos trabalhadores, que variam de acordo com as situações de trabalho, podendo ser representadas pelo conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, dentre outras.

Dejours (1994) caracteriza o sofrimento psíquico no trabalho como inevitável e onipresente em todas e quaisquer atividades produtivas, exigindo uma série de procedimentos de regulação. O sofrimento psíquico no trabalho é conceituado como um desequilíbrio entre a doença mental descompensada e o insucesso da adoção das estratégias defensivas, apresentando-se dinamicamente como estado de luta do sujeito no enfrentamento das forças que o conduzem em direção à doença.

A Psicodinâmica do Trabalho embasa-se na Psicanálise como referencial teórico-metodológico. Assim, o método proposto por Dejours é a escuta e a interpretação do trabalhador, sendo contrário ao uso de questionários e estudos epidemiológicos, comuns em estudos baseados no estresse ocupacional, e na observação do cotidiano de trabalho, esta, sim, presente nos estudos baseados na perspectiva epidemiológica e clínica.

Ao abordar a categoria trabalho enfatizando a vivência do trabalhador, a Psicodinâmica do Trabalho centraliza a subjetividade e coloca o trabalho como marginal (LIMA, 2002). É exatamente nesse ponto que apresenta limitações, pois negligencia os aspectos referentes às situações reais da organização do trabalho. Por conta da influência da Psicanálise, a organização do trabalho é entendida como um elemento desencadeante de doenças mentais, não determinante.

A terceira perspectiva relacionada à saúde mental e trabalho refere-se à Epidemiologia e à Clínica da relação subjetividade e trabalho, teórico-metodológico referenciada na Psicopatologia do Trabalho.

A Psicopatologia do Trabalho surgiu na França, a partir do movimento da “Psiquiatria Social”, no final da década de 1940, originando duas correntes distintas: a organogênese, representada por Paul Sivadon, e a sociogênese, representada por Louis Le Guillant (LIMA, 2002).

A organogênese, defendida por Sivadon, buscava conciliar as concepções organicista e dinâmica da doença mental, tentando integrar o psíquico, o orgânico e o social sem, entretanto, como afirma Lima (1998, 2002), conseguir estabelecer essa articulação com a realidade efetiva. Assim, as críticas feitas a essa corrente e, em especial, a esse autor, baseiam-se nas conclusões algumas vezes equivocadas e nas dificuldades teóricas, baseadas em um subjetivismo extremado (LIMA, 2002). Apesar disso, Sivadon teve grande importância ao campo da SM&T por ter sido o pioneiro na utilização do termo “psicopatologia do trabalho” e em admitir as possíveis relações entre trabalho e certos distúrbios mentais.

A sociogênese teve Louis Le Guillant como principal expoente. Esse teórico, contemporâneo de Sivadon, realizou alguns estudos com diversas categorias profissionais - empregadas domésticas, telefonistas, condutores de trens, para citar apenas algumas - em que pretendeu explicitar o papel determinante do meio no processo saúde-doença mental (LIMA, 2002), buscando nas transformações sócio-históricas os elementos essenciais para compreender a gênese das doenças mentais.

Para construir sua teoria sobre os impactos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores, Le Guillant embasou-se na corrente marxista, principalmente na Psicologia Concreta de Georges Politzer, para compreender as possíveis relações entre alienação mental e alienação social. Buscou esse entendimento a partir da investigação das consequências patológicas decorrentes do condicionamento social e da alienação no trabalho. Para ele, a corrente sociológica, diferente da corrente da organogênese, contribuiu para o deslocamento do abstrato ao concreto, voltando sua atenção para a pessoa do doente, seu meio e sua história, compreendendo que o indivíduo é indissociável do social (LIMA, 2002). Assim, para Le Guillant, a doença mental no trabalho seria consequência de toda a trajetória do indivíduo combinada a um contexto de trabalho repleto de exigências e contradições.

Um outro aspecto importante para se destacar é a relação entre subjetividade e objetividade que, nesse caso em especial, diferente das outras teorias, aproximam-se, sem haver ênfase na valorização apenas do subjetivo. Assim, propõe a análise do trabalhador em sua situação de trabalho de forma pluridimensional, utilizando-se de dados estatísticos, observações, questionários e entrevistas, articulando condições sociais, de trabalho e fatos clínicos, percepções, opiniões e representações (LIMA, 2002).

No Brasil, estudos como os de Codo e Sampaio (1995), Sampaio (1998) e Sampaio, Borsoi e Ruiz (1998) são exemplos do uso da psicopatologia do trabalho com base no modelo epidemiológico ou clínico da subjetividade. Esses estudos integram medicina, sociologia do trabalho, psicologia organizacional, epidemiologia e psicopatologia do trabalho, buscando compreender qual o papel do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença mental, a partir das concepções de homem e trabalho provenientes da teoria marxista.

A necessidade de integrar essas disciplinas ocorre para garantir uma análise crítica aprofundada do processo saúde-doença mental. A medicina do trabalho concebe o trabalhador em seu aspecto biológico, enquanto a psicologia organizacional administra os conflitos e provê treinamentos adaptadores ao ambiente de trabalho. A sociologia do trabalho, por sua vez, amplia a análise, pois questiona as contradições subjetivas e objetivas presentes na natureza do trabalho, destacando as tensões provenientes dos processos de trabalho, das formas de exploração, buscando compreender o processo saúde-doença dentro da historicidade biológica e social.

A epidemiologia relacionada ao campo da SM&T não é entendida como a epidemiologia clássica, com variáveis lineares e estáticas. Para o estudo da saúde mental nesse campo, o conceito de epidemiologia assume uma dimensão mais ampla e complexa. Portanto, opta-se pela teoria epidemiológica de influência franco/latino-americana, cuja teoria apoia-se no modelo da determinação social da doença e nos denominadores comuns da dialética, cuja definição é de uma ...

ciência social, prática, aplicada, que estuda distribuição, determinação e modos de expressão para fins de planejamento, prevenção e produção de conhecimento, de qualquer elemento do processo saúde-doença, em relação a população qualificada nos elementos socioeconômico-culturais que a possam tornar estruturalmente heterogênea (SAMPAIO e MESSIAS, 2002, p. 146-147).

O modelo da determinação social da doença com a aplicação dos conhecimentos advindos da ciência social permite à teoria epidemiológica o reconhecimento do caráter social no processo saúde doença mental, propiciando a identificação de quadros psicopatológicos associados a determinadas categorias. Como exemplos de diagnóstico a partir dessa teoria, pode-se citar: o comportamento de preocupação excessiva com o corpo e o temor de doença em trabalhadores petroleiros (SAMPAIO, 1998) e a síndrome do trabalho vazio entre bancários (CODO e SAMPAIO, 1995).

De acordo com Sampaio e Messias (2002), para o estudo da distribuição e da determinação dos fenômenos psicossanitários, há que primeiramente descrever o modo como um grupo produz suas condições de existência para, posteriormente, julgar e significar o descrito nas condições concretas de produção das condições de existência, articulando entre história individual e história coletiva. Em um segundo momento, amostral crítico, busca-se demonstrar como a tendência encontrada se realiza ou não concretamente no indivíduo ou grupo analisado.

Assim, parte-se do estudo das categorias profissionais, realizando o diagnóstico da organização na qual essa categoria está inserida e da saúde mental dos trabalhadores em questão para, a partir de então, relacionar aspectos do trabalho ao perfil de sofrimento apresentado (BORSOI, 2007).

Importante salientar que, diferentemente das anteriores, o sofrimento psíquico nesse contexto não é visto de forma linear, mas dependente de fatores para ser desencadeado, tais como o contexto, a história de vida e o encadeamento de eventos em situação concreta de trabalho (CODO, 2006). Portanto, o trabalho, dependendo das condições e modos como é realizado, determina formas específicas de adoecimento mental. Assim, um trabalho desvalorizado, caracterizado pela expansão do trabalho morto e incapacidade de gerar relações sociais, fragiliza o trabalhador de modo irrecuperável, independente do cenário físico.

Para a análise do objeto de estudo, não apenas a epidemiologia é utilizada, mas também a clínica da subjetividade, buscando principalmente a compreensão das experiências e vivências do sujeito no trabalho. Assim, é possível uma análise da relação saúde mental e trabalho em que se articule valores, cultura e subjetividade dos trabalhadores com a estrutura socioeconômica do trabalho (JACQUES, 2003). Enfatiza-se os aspectos qualitativos e as experiências em si dos trabalhadores que interferem no processo saúde-doença mental no trabalho,

fundamentando-se em princípios marxistas para a compreensão dessa subjetividade.

Portanto, para a escolha da vertente teórica e, conseqüentemente, do referencial teórico-metodológico apropriado, é necessário observar a natureza do objeto, o objetivo do estudo e a concepção sobre a realidade social.

Assim posto, é preciso determinar qual o papel do trabalho em nosso estudo. Compreende-se o trabalho enquanto categoria central, buscando analisar o processo saúde-doença mental a partir de sua realidade histórica, do conhecimento em profundidade da atividade do trabalho e da vivência subjetiva em um grupo de trabalhadores. O objeto em estudo, entendido como a relação entre saúde mental e trabalho, apresenta uma natureza transdisciplinar, exigindo um diálogo crítico entre várias disciplinas. Dessa forma, apenas a perspectiva epidemiológica e/ou clínica sobre subjetividade e trabalho, embasada pelo referencial teórico-metodológico da Psicopatologia do Trabalho, fundamentada na teoria marxista e pautada por teóricos como Le Guillant, Codo e Sampaio, parece adequada para o recorte analítico proposto.

Dessa forma, diante do exposto, podem-se estabelecer algumas questões a serem discutidas:

- O processo de trabalho dos profissionais de atenção básica favorece o surgimento de um padrão de sofrimento psíquico?

- Quais as lógicas do processo, jornada/remuneração/contrato e condições de trabalho na atenção básica que podem desenvolver o padrão de sofrimento psíquico identificado?

- Quais as conseqüências do sofrimento psíquico dos trabalhadores para o desenvolvimento de suas atividades, principalmente em relação à produção do cuidado e ao estabelecimento de vínculo com os usuários?

Diante das questões propostas, que demonstram a relevância da temática, da escassez de estudos que enfoquem os profissionais da atenção básica e das mudanças do processo de trabalho nesse campo, torna-se importante a realização da presente investigação, visto as melhorias qualitativas que poderão surgir para a saúde mental desse grupo de trabalhadores, a partir dos resultados e das recomendações práticas eventualmente consolidadas nesse estudo.

É também de grande relevância para o planejamento e a organização de

ações voltadas à saúde mental do trabalhador da saúde, em especial os da atenção básica. Com a análise realizada por esse estudo, poder-se-á dimensionar e qualificar o processo de trabalho e o sofrimento psíquico desses trabalhadores, subsidiando discussões sobre a necessidade de fomentar novas políticas e conseqüentemente, novas práticas no âmbito da Saúde Pública, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção.

Deste modo, o estudo apresenta os seguintes objetivos:

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Geral:

Compreender a relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da atenção básica de um município de médio porte e de suas conseqüências na prestação dos cuidados individuais e coletivos.

1.4.2 Específicos:

Descrever o perfil de trabalho dos profissionais estudados, discriminando processo, jornada e condições de trabalho;

Descrever o perfil de características psicológicas dos profissionais estudados, discriminando expressões do processo saúde/doença mental;

Produzir mapa de relações entre o perfil de trabalho e o perfil psicológico identificados, qualificando as conseqüências na produção dos cuidados;

Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns nos profissionais da atenção básica de Sobral, Ceará.

2 METODOLOGIA

O processo metodológico precisa ser entendido como o caminho pelo qual há de se percorrer para abordar a realidade e compreender o processo de produção de seus fenômenos. A metodologia constitui apresentação e justificativa dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados, a partir da articulação com a teoria, para responder as indagações do pesquisador (MINAYO, 2008).

Convergindo com Minayo (2008), a escolha metodológica para a investigação de um fenômeno social pode ser entendida como uma trajetória delimitada pela escolha do objeto a ser estudado, amparada pelos pressupostos teóricos e as hipóteses do investigador, delimitada pelo tempo e espaço em que a pesquisa será desenvolvida, seguindo pela escolha das técnicas de obtenção dos dados e de análise para, por fim, produzir o conhecimento sobre a realidade investigada.

2.1 NATUREZA DA PESQUISA

Ao se estudar saúde mental e trabalho, considerando o trabalho como atividade humana por excelência, é preciso entender os modos de interferência dessa atividade no processo saúde-doença do trabalhador. Assim, só é possível desvelar esse objeto buscando compreender o “porquê” e “o como” os trabalhadores percebem e vivenciam seu processo de trabalho.

De acordo com Codo (2002), o trabalho é sempre objetivo, subjetivo e transubjetivo. É objetivo porque é possível determinar e descrever suas etapas de realização. É subjetivo porque incorpora os sentimentos do trabalhador e suas percepções em relação ao controle e significado do trabalho. Concomitantemente, o trabalho é social, em sua formulação e apropriação coletiva, portanto inserido em uma dimensão transubjetiva (CODO, 2002). Sendo assim, esse estudo considera todas essas dimensões do trabalho para aprofundar o conhecimento do objeto de estudo e propor estratégias de intervenção no campo da saúde do trabalhador.

Opta-se, então, por uma estratégia de pesquisa que busca desenvolver uma pesquisa social em saúde, de natureza qualitativa, crítico-analítica, com triangulação metodológica, configurando em estudo de caso.

Em um primeiro momento, a fim de identificar os aspectos objetivos do trabalho, a pesquisa é descritiva, compreendendo-se, como em Leopardi (2003), que os estudos descritivos são aqueles que atendem à necessidade de explorar uma situação pouco conhecida. Na pesquisa descritiva, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem, contudo, modificá-la. Não há a pretensão de explicar a realidade, apenas descobrir e observar os fenômenos, procurando descrevê-los e classificá-los (LEOPARDI, 2003).

Como o objetivo da pesquisa é compreender se há relação entre o perfil de trabalho e o perfil de saúde mental dos profissionais da atenção primária, a mesma pode ser considerada uma pesquisa social, visto que investiga o ser humano a partir de suas relações em sociedade e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Além disso, especificamente, pode ainda ser caracterizada como pesquisa social em saúde, pois trata do processo saúde/doença mental na perspectiva de suas representações pelos sujeitos (MINAYO, 2008).

A escolha da natureza do estudo ocorre embasada pelo objeto e pela realidade empírica que se pretende conhecer. Nesse estudo, pretende-se investigar as relações entre trabalho e saúde mental, considerando as dimensões do controle e do significado do trabalho no adoecimento mental dos trabalhadores. Portanto, deve-se considerar a complexidade desse objeto, abrangendo todos os aspectos objetivos da atividade laboral, a partir da descrição das ações desenvolvidas, da sequência e do ritmo, além dos aspectos subjetivos, presentes no sentido dado pelo trabalhador ao trabalho.

Assim, opta-se pela triangulação dos dados para um maior aprofundamento do objeto que será desvelado. A triangulação busca a combinação de diversos métodos e técnicas, sobretudo busca respeitar a complexidade do real: dimensões mensuráveis e dimensões não mensuráveis, em dinâmica articulação. Dentre as classificações desta perspectiva, como definidas por Flick (2009), utilizar-se-á, nesse estudo, a triangulação metodológica, que pode ser subdividida em “triangulação dentro do método” e “triangulação entre métodos”.

Para a compreensão da totalidade da realidade investigada, adotaram-se os dois subtipos da triangulação metodológica, visando fundamentar os resultados e as conclusões obtidas, combinando-se métodos de natureza qualitativa, como entrevistas e observação, e de métodos quantitativos e qualitativos, como informações qualitativas complementadas por dados obtidos por questionários

estruturados. As diferentes perspectivas metodológicas se complementam, entretanto, com predominância da natureza qualitativa, por considerar que o objeto desse estudo traz consigo aspectos históricos, culturais, políticos e ideológicos que, por conta de sua essência, não podem ser apenas quantificados. A pretensão de desvelar essa realidade social dinâmica, repleta de significados e subjetividades, só pode ser alcançada a partir de uma perspectiva histórica e social (MINAYO, 2008), condizente com essa abordagem qualitativa.

O estudo analítico, segundo o pensamento cartesiano, consiste em desmontar fenômenos complexos em pedaços a fim de compreender o comportamento do todo, a partir das propriedades de suas partes. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, e considera que o fenômeno social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (DESLANDES, 1994).

O estudo crítico, por sua vez, se baseia no pensamento marxista, compreendendo o processo saúde doença a partir da perspectiva das forças políticas e econômicas, que padronizam as relações, moldam os comportamentos, geram significados socialmente compartilhados e condicionam experiências coletivas (MINAYO, 2008). Portanto, o estudo crítico estabelece critérios de valor, aceita ou rejeita teses, contextualiza os fenômenos estudados e os reconstrói, teoricamente, realizando uma aproximação com a lógica dialética.

Opta-se, nessa perspectiva, pela lógica dialética como referencial teórico-metodológico, paradigmático. Essa escolha ocorre pelo entendimento de que o objeto desse estudo possui historicidade e dinamismo, o que exige um processo de análise, síntese, crítica teórica e contextualização histórica, a partir de suas contradições.

A dialética possui caráter de abrangência para se compreender todas as mediações e correlações do objeto, dentro de uma perspectiva histórica. Busca-se apreender e compreender as práticas sociais empíricas dos indivíduos em sociedade (MINAYO, 2008) que, nesse estudo, envolve as práticas profissionais dos grupos/categorias de trabalhadores da atenção básica em saúde.

Nesse estudo, trabalhou-se com a proposta de Sampaio (1998), que sistematiza a aplicação da dialética marxista nas pesquisas do campo social, especificamente na área da saúde/saúde mental. De acordo com o autor, os principais eixos de caracterização passam pelo conceito de totalidade, pela garantia

de preservação do valor heurístico dos dados e pela revelação do concreto como processo marcado por um movimento do real e da razão. A interpretação se faz por meio da elaboração de categorias capazes de descrever o empírico historicamente saturado.

Ainda de acordo com Sampaio (1998), considera-se a dialética marxista como o melhor método para o estudo dos fenômenos sociais, porque permite a análise dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares de mudança, além de explicar relações, regularidades e modificações dos fenômenos nas condições efetivas de suas produções.

A triangulação metodológica será utilizada como uma estratégia de envolvimento de múltiplas técnicas e métodos, com o fim de ampliar a compreensão do objeto que se pretende desvelar. Assim, métodos quantitativos e qualitativos se articularão, se agregarão e se complementarão para que possam ser atingidos os objetivos propostos (MINAYO, 2008).

A técnica para a operacionalização da lógica qualitativa-descritiva, na perspectiva dialética, será a do estudo de caso, pois o mesmo possibilita investigação em profundidade de uma situação em que se busca sistematizar um conjunto muito grande de informações, oriundas de campos diversos do pensamento e das práticas, interpretando-o em contexto histórico (LEOPARDI, 2003).

O estudo de caso consiste em uma investigação determinada de um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização, uma cidade, um país. Não constitui técnica específica, é um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Deve ser compreendido aqui de uma forma ampla. Refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular. Investiga-se um fenômeno contemporâneo dentro de contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não se apresenta evidente (TURATO, 2003).

2.2 CATEGORIAS OPERACIONAIS:

Os primeiros instrumentos da investigação são teóricos, expressos por meio das categorias com as quais o pesquisador entra em campo, a partir do horizonte teórico pelo qual optou. O campo SM&T tem poucos grandes autores e eles se distribuem basicamente pela França (Le Guillant, Dejours ou Naville), Suíça (A Escola de Psicologia Concreta) e América Latina, destaque para o Brasil

(Seligmann-Silva, Lane, Sato, Codo e Sampaio). É respaldado em Leontiev e Vigotsky, Politzer e Adorno, que Sampaio (1998) estabelece, como necessário a qualquer investigação, a construção das categorias teóricas de partida. Inspirando-se em Sampaio (1998), formulam-se aqui as categorias fundamentais da presente pesquisa:

- **Trabalho:** complexo de atividades que resulta na apropriação da natureza pelo homem, media os procedimentos de apropriação e reproduz o próprio homem, revestindo-se de formas específicas a cada modo de produção das condições de existência. No trabalho estão envolvidos os meios de produção - condições de trabalho, formas de exploração, sistemas de distribuição da riqueza produzida, processos técnicos, produtos - e a capacidade humana de criar e transformar - projeto, criatividade, sociabilidade, significados, resistências. O trabalho gera, portanto, utilidade e bens, mercado e mercadorias, valores e relações sociais, constituindo-se em atividade humana por excelência.

- **Trabalho em Saúde:** processo específico de trabalho, no campo dos serviços, que tem como finalidade as ações preventivas, promotoras, educativas, terapêuticas e reabilitadoras em saúde, sendo seu objeto indivíduos, grupos, comunidades ou populações, enfermos, expostos a risco especial ou sadios, que necessitam de medidas adequadas a cada situação. Procedimentos, instrumentos, habilidades, comportamentos e condutas representam o nível técnico do conhecimento, ou seja, o saber no campo da saúde e o seu produto final, a própria prestação da atenção à saúde, que é produzida no mesmo momento em que é consumida. O processo de trabalho em saúde é um trabalho vivo, que só existe em ato, em ação, no momento do trabalho em si.

- **Processo Saúde/Doença** – processo histórico, cuja essência dinâmica é uma tríplice, interdependente, contraditória natureza: biopsicossocial. Processo de expressão das condições da vida humana em sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências dos sujeitos para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças.

- **Processo Saúde/Doença Mental** – compreendido a partir da forma de expressão da personalidade, caracterizada pelo sucesso ou o fracasso em significar satisfatoriamente a relação entre os conteúdos intra e extrapsíquicos. Assim, a doença mental é a representação a partir de sintomas, da inadequação do uso dos modos de reapropriação ou a impotência deles, possibilitando maior ou menor

flexibilidade em discriminar objetividade de representação. Nesta perspectiva, há a saúde mental do trabalhador, influenciando e sendo influenciada pelo trabalho que, como já definido anteriormente, define-se como a capacidade do homem de transformar, de constituir a si próprio e aos seus pares, produzindo e reproduzindo a si próprio e a espécie. Quando essa capacidade é rompida, surge a doença mental relacionada ao trabalho.

- **Estresse:** É um estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, levam o organismo a secretar uma quantidade maior de adrenalina, provocando várias consequências sistêmicas. Ou ainda, constitui categoria que designa o processo contínuo de adaptação, desadaptação e readaptação de qualquer ser vivo a qualquer alteração do meio, expressando-se em inumeráveis maneiras, em acordo com cada vida singular, mas que é possível agrupar, segundo resultados e condições, em dois grandes grupos: *Eustress*, resposta positiva, superadora dos conflitos e das tensões, a partir de boas condições de viabilização; e *Distress*, resposta negativa, derrota diante dos conflitos e das tensões, a partir da ausência ou fragilidade das condições de viabilização.

- **Alienação:** Categoria genérica, filosófica, que sintetiza as experiências de contradição, estranhamento e antagonismo entre produtor e produto, criador e criatura, sujeito e objeto, subjetividade e objetividade. Expressa-se psicologicamente e, desde sua forma mais genérica, ligada ao próprio surgimento do psiquismo, universaliza-se a partir da expansão da divisão do trabalho, do assalariamento, da urbanização, da terciarização, da burocracia, da terceirização, do trabalho morto, do capital especulativo e do produto abstrato de trabalho. Ou ainda, constitui categoria que designa o processo contínuo de estranhamento entre coisa, significado da coisa construído pelo sujeito, sujeito que significa a representação que o sujeito tem de si mesmo e a representação da capacidade de representar tantas contradições. São inúmeras as expressões, em acordo com cada sujeito, em dado momento histórico, mas que é possível agrupar, segundo o sentido, em dois grandes grupos: *Fetichismo*, em que coisas adquirem valores humanos e o sujeito se assujeita; e *Coisificação*, em que valores humanos são percebidos como coisas e o sujeito se nega.

2.3 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa ocorreu no município de Sobral, Ceará, precisamente nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF. O município de Sobral está localizado na região norte do estado do Ceará, distante 235 quilômetros da capital Fortaleza.

A cidade localiza-se entre o rio Acaraú e a serra da Meruoca, próximo ao rio Coreaú, situação que lhe permitiu, já no século XVIII, a consolidação urbana, com ligações econômicas diretas com a Europa, por meio de dois portos: Acaraú e Camocim. Atualmente, essa localização ainda apresenta vantagens por constituir-se em passagem do escoamento da produção para Piauí, Maranhão e estados da Região Norte do país.

O município é constituído por doze distritos rurais, totalizando uma área territorial de 2.120 km². De acordo com o Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, a população total é de 190.724 habitantes, predominando o gênero feminino, basicamente residente na zona urbana do município (IBGE, 2010).

Em relação à economia, a partir da década de 1990, houve um crescimento acentuado do setor industrial, destacando-se indústrias de transformação, principalmente a de calçados, responsável pelo emprego direto de aproximadamente 15 mil funcionários. No setor agrícola, observa-se o cultivo de algodão, milho e feijão. Apesar do incremento do setor industrial, o setor de serviços é o que concentra, aproximadamente, 68% do Produto Interno Bruto Municipal – PIBM (IBGE, 2010).

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários, secundários e terciários. Sobral integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, compondo a 11^a Coordenadoria Regional de Saúde, composta por 24 municípios e cerca de 630 mil habitantes. No âmbito macrorregional, a rede de serviços de Sobral é referência para 55 municípios, com um total de mais de um milhão e 600 mil habitantes, nos níveis de média e alta complexidade.

Quanto a infraestrutura e equipamentos de atenção à saúde, possui 33 UBASF, dois Centros de Especialidades Odontológicas-CEO, três unidades de atenção ambulatorial especializada, três Centros de Atenção Psicossocial-CAPS e

sete unidades de atenção hospitalar, três delas de média complexidade (SOBRAL, 2014).

A Rede Assistencial da Atenção Básica do Sistema de Saúde de Sobral adotou, desde 1997, como modelo de organização dos serviços, a Estratégia Saúde da Família. Atualmente, são 56 Equipes de Saúde da Família - ESF, 37 Equipes de Saúde Bucal - ESB, seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e três equipes de atenção domiciliar (SOBRAL, 2014).

2.4 UNIDADES, SUJEITOS E PROCEDIMENTO GERAL DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores que atuam nas Equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. O procedimento geral da pesquisa desenvolveu-se em duas etapas:

- PRIMEIRA ETAPA

Para a primeira etapa, representada pela aplicação do *Job Content Questionnaire* - JCQ, foram convidados a participar todos os profissionais da ESF de Sobral. À época, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, a quantidade de profissionais vinculados ao município era de, aproximadamente, 753 indivíduos.

O quadro abaixo indica a quantidade total de profissionais, divididos pelas categorias profissionais e a quantidade que compôs os sujeitos da Pesquisa (QUADRO 1):

Quadro 1 – Composição dos sujeitos da pesquisa na 1ª etapa

PROFISSIONAL	QUANTIDADE TOTAL	QUANTIDADE DE SUJEITOS
Médicos	34*	11
Enfermeiros	113	68
Auxiliar de Enfermagem	129	79
Agentes Comunitários de Saúde	403	210
Cirurgiões-dentistas	37	35
Auxiliar de Saúde Bucal	37	30
TOTAL	753	433

Fonte: Elaborado pelo autor

Nessa primeira etapa, a população de sujeitos foi composta por

433 profissionais, representando 57,5% da população total. A perda de sujeitos ocorreu devido a recusa em participar da pesquisa, ao absenteísmo no momento da aplicação do questionário ou por motivo de férias e licença saúde.

Ressalta-se também que se optou pela exclusão dos profissionais recém contratados, com menos de um mês de atuação, excluindo-se os profissionais médicos vinculados ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, pois, no momento da pesquisa, o município estava iniciando a adesão a esse Programa.

- **SEGUNDA ETAPA:**

Para a segunda etapa, representada pela aplicação da Entrevista de Aprofundamento Clínico e Representação do Trabalho-EART (ANEXO A), a escolha dos sujeitos ocorreu a partir dos resultados obtidos da aplicação do JCQ.

A partir dos resultados, os sujeitos foram categorizados em 12 estratos, construídos por agrupamentos derivados da condição sanitária resultante da aplicação do JCQ (duas condições = favorável e desfavorável à saúde) e pelas categorias profissionais envolvidas na Estratégia Saúde da Família (seis categorias = médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde). Duas condições sanitárias *versus* seis categorias profissionais resultaram em 12 estratos.

Para aplicação da EART, foram sorteados, aleatoriamente, um sujeito de cada estrato, cada qual representativo de seu respectivo estrato, dada a homogeneidade garantida pelo método de sua construção.

Esperava-se, portanto, a existência de 12 sujeitos nessa segunda etapa, entretanto, na categoria médico, foram identificados apenas dois sujeitos na condição sanitária de desfavorável à saúde mental, os quais não mantinham mais vínculo empregatício com o município. Dessa forma, ao invés de 12 sujeitos, a EART foi aplicada a onze profissionais, conforme distribuição a seguir:

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa na 2ª etapa

Identificação (Código)	Categoria profissional	Idade (anos)	Sexo	Susceptibilidade ao adoecimento mental no trabalho
ENT1	Auxiliar de Enfermagem	53	Feminino	Baixa
ENT2	Enfermeira	63	Feminino	Baixa
ENT3	Auxiliar de Saúde Bucal	41	Feminino	Baixa

ENT4	Agente Comunitária de Saúde	47	Feminino	Baixa
ENT5	Cirurgião Dentista	41	Feminino	Alta
ENT6	Médica	27	Feminino	Baixa
ENT7	Enfermeira	29	Feminino	Alta
ENT8	Agente Comunitária de Saúde	52	Feminino	Alta
ENT9	Cirurgiã Dentista	26	Feminino	Baixa
ENT10	Auxiliar de Enfermagem	38	Feminino	Alta
ENT11	Auxiliar de Saúde Bucal	36	Feminino	Alta

Fonte: Elaborado pelo autor

2.5 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Para o processo de investigação utilizou-se cinco ferramentas: o questionário sócio-demográfico-profissional; a versão em português do *JCQ*; a versão em português do *Self Report Questionnaire-SRQ-20*; a *EART* e o diário de campo.

Antes do início do processo de investigação em campo, foi realizado um pré-teste dos questionários com um grupo de 30 profissionais da ESF do município de Santana do Acaraú, adjacente ao município de Sobral. Para a realização do pré-teste, solicitou-se autorização da Secretaria de Saúde do município e a assinatura de um termo de consentimento de pré-teste por cada participante (APÊNDICE A). O intuito dessa atividade foi verificar se os instrumentos estavam adequados ao entendimento de todos os profissionais.

Após o pré-teste e os ajustes dos instrumentos realizados, passou-se para a fase inicial da pesquisa em campo. Inicialmente, realizou-se uma sensibilização com os gestores de saúde do município de Sobral a fim de obter as devidas autorizações. O projeto foi encaminhado para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, onde obteve declaração favorável à sua execução (ANEXO B). Obtida a autorização, prosseguiu-se à etapa de campo com a coleta por meio dos três questionários escolhidos, aplicados a todos os profissionais da rede de atenção básica do município.

Para melhor operacionalização dessa etapa, pactuou-se entre a gestão e

a pesquisadora que a aplicação dos questionários ocorreria durante as reuniões semanais das equipes, afim de não prejudicar a prestação do cuidado em saúde.

O questionário sócio-demográfico-profissional (APÊNDICE B) abrangeu questões objetivas de múltipla escolha referentes à caracterização dos sujeitos quanto a idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, perguntas referentes à categoria profissional, à presença de outro vínculo empregatício e à remuneração.

Para identificar os sujeitos expostos ao risco de adoecimento mental relacionado ao trabalho, utilizou-se o JCQ, de Karasek *et al.* (1998), validado para o português por Alves *et al.* (2004) (ANEXO C).

De acordo com Schmidt (2009), Karasek foi um dos pesquisadores pioneiros em pesquisas que buscam relações entre ambiente de trabalho e fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador. Portanto, propôs um modelo teórico com foco na organização do trabalho, em que relaciona dois aspectos, as demandas e o controle no trabalho, ao risco de adoecimento. Dessa forma, a demanda, nesse modelo, pode ser entendida como pressões de natureza psicológica, que podem se configurar em: quantitativa, como tempo e velocidade na realização do trabalho; como de aspecto qualitativo, como conflitos entre demandas contraditórias. O controle, por sua vez, pode ser entendido como a utilização, por parte do trabalhador, de suas habilidades intelectuais para realizar o trabalho, assim como possuir autonomia para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo.

Esse modelo passou por uma mudança e incorporou também a dimensão do apoio social no ambiente de trabalho (THEORELL *et al.*, 1988), que pode ser definida como os níveis de interação social existentes no trabalho, aspecto esse que possui também influências negativas ao estado de saúde dos trabalhadores.

O JCQ, por sua vez, mensura essa relação a partir de suas questões, as quais cinco delas são para avaliar a dimensão da demanda; seis avaliam a dimensão controle e as outras seis avaliam o apoio social. As opções de resposta variam entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”, nas questões de demanda e controle, e variam entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente” no bloco referente ao apoio social (SCHMIDT *et al.*, 2009).

Assim, após o preenchimento do JCQ, os escores são alocados da seguinte forma: nas perguntas referentes a demanda e controle, variam de 1 a quatro pontos, em que a opção “frequentemente” recebe quatro pontos, enquanto a

opção “nunca” recebe um ponto; nas perguntas referentes a escala de apoio social, a opção “concordo totalmente” recebe quatro pontos, enquanto a de “discordo totalmente” recebe um ponto (SCHMIDT *et al*, 2009). Dessa forma, a soma dos escores das questões relativas à demanda varia de cinco a vinte, em que quanto maior o escore, maior a demanda; enquanto que a soma dos escores das questões referentes ao controle e ao apoio social variam de seis a vinte-quatro, compreendido da mesma forma, quanto maior o valor, maior o controle e melhor o apoio social.

Depois de realizado o somatório dos escores, relacionando demanda, controle e apoio social, quatro situações com riscos variáveis de adoecimento serão esperadas, como indicados abaixo e representados na figura a seguir.

- Altas Demandas e Baixo Controle: Essa situação gera desgaste no trabalhador, o que favorece o aparecimento de situações desfavoráveis à saúde.

- Baixas Demandas e Baixo Controle: Essa situação é considerada a de um trabalho passivo, em que pode haver perda de habilidades e conseqüente desinteresse por parte do trabalhador.

- Altas Demandas e Alto Controle: Nessa situação, tem-se uma situação favorável a saúde, visto que os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma ativa, pois, apesar de apresentar demandas excessivas, o trabalhador tem a capacidade de escolher como agir de acordo com seu ritmo biológico, podendo criar estratégias para lidar com as dificuldades.

- Baixas Demandas e Alto Controle: Essa situação é considerada a ideal, com pouco desgaste e com menores riscos de danos a saúde.

Figura 1 – Esquema do modelo de Demanda-Controle de Karasek adaptado por Alves (2004)



Fonte: Alves (2004)

Então, conforme esse modelo, o estresse no trabalho é resultante da interação entre muitas demandas e pouco controle no processo de trabalho, associados ao menor apoio social recebido de colaboradores e chefes.

Além dos dados coletados pela aplicação do JCQ, aplicou-se o SRQ-20 (ANEXO D) para estimar a prevalência de transtornos mentais comuns-TMC nesse grupo de profissionais. O SRQ-20 foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como instrumento de rastreamento dos TMC e foi validado no Brasil por Mari e Willians (1986). Avalia elementos relativos à saúde mental de diferentes instrumentos, como o *General Health Questionnaire* – GHQ, o *Present State Examination* – PSE e o *Patient Symptom Self Report* – PASSR (SANTOS, ARAÚJO e OLIVEIRA, 2009).

É um instrumento auto aplicável, de triagem de morbidade psíquica, amplamente utilizado em estudos em todo o mundo e consiste de 20 itens, dos quais quatro se referem a queixas somáticas e 16 a sintomas psíquicos, com escore zero ou 1 relacionados aos sintomas, em que zero indica ausência do sintoma nos últimos 30 dias e o escore 1 indica a presença. Ao final, realiza-se o somatório dos escores e considera-se o ponto de corte como o escore total 7, ou seja, quando o

somatório de presença de sintomas for maior ou igual a 7 é considerado caso, indicando presença de sintomas psiquiátricos menores (DE MARCO *et al*, 2008).

Após a etapa de seleção dos sujeitos com maiores e menores riscos de adoecimento, conforme explicado anteriormente, foi aplicada a EART.

A EART é um instrumento desenvolvido por Sampaio (1998), Sampaio, Borsoi e Ruiz (1998), que busca contrapor representações (do pesquisador sobre o sujeito e do sujeito sobre si mesmo) e captar o modo como o trabalho comparece na subjetividade do trabalhador. Esse instrumento está dividido em módulos:

Módulo I - Exame mental clássico.

Módulo II - Questões fechadas de identificação e de consumo, questões fechadas de história de vida, de trabalho e de reapropriação.

Módulo III - Questões abertas sobre representação da personalidade, família de origem e constituída, vida sexual, apetite, sono, trabalho, projetos e locus de controle.

Módulo IV - Questões semiestruturadas de representação do trabalho.

Em consideração à ausência de médico psiquiatra na equipe de pesquisa, entre o orientador e a pesquisadora estabeleceu-se o acordo de não aplicar o Módulo I, próprio da anamnese médica. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em ambiente reservado. Registradas por meio de gravação e, posteriormente, transcritas para análise e construção das categorias. Apenas uma entrevistada não permitiu a gravação, sendo realizada a aplicação da EART em formulário preenchido pela pesquisadora.

O diário de campo foi utilizado transversalmente, durante todo o processo de pesquisa, com o objetivo de apreender informações por meio da observação direta.

De acordo com Minayo (2008), o diário de campo é um instrumento em que se registram todas as observações e informações que não estejam presentes nas entrevistas formais. Constitui um instrumento que possui observações sobre conversas informais, comportamentos, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa, possibilitando a expressão da subjetividade do pesquisador.

A observação teve como focos de atenção a organização e as condições de trabalho, as relações interpessoais entre os trabalhadores, e desses com os gestores e usuários, além das reações dos participantes diante das questões

propostas pelo objeto de pesquisa.

2.6 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE INTERPRETAÇÃO

Para a primeira etapa, por tratar-se de uma etapa predominantemente quantitativa, os dados coletados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Science-SPSS* e analisados a partir do referencial teórico de Karasek e Theorell (1990), o modelo de Demanda-Controle, já explicado anteriormente.

Para a análise da segunda etapa da pesquisa, utilizou-se o referencial teórico de Orlandi (2002), utilizando-se da técnica de Sampaio (1998).

O processo de interpretação dos dados se iniciou após a transcrição do discurso dos sujeitos. Os dados da entrevista foram analisados a partir de identificação de categorias, pela Análise de Discurso de Orlandi.

Segundo Orlandi (2002), a partir da análise do discurso do sujeito, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

Minayo (2008) afirma que o objetivo básico da Análise do Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação do discurso, compreendendo o modo de funcionamento e as formas de produção social do sentido.

Dentro do discurso, o texto é a unidade de análise, que é completo enquanto *corpus* e infinitamente inacabado enquanto objeto teórico, pois a análise recupera a consistência e a totalidade, permitindo múltiplas possibilidades interpretativas (MINAYO, 2008).

Para a interpretação das entrevistas, adotou-se os processos de análise propostos por Sampaio (1998), com os devidos ajustes práticos à realização do presente estudo, assim:

a) 1º processo de análise: realizou-se em cada entrevista três leituras – cursiva, analítica e crítica, destacando elementos que possam ser usados e objetivando dominar os textos.

b) 2º processo de análise: avaliou-se as questões abertas de cada entrevista, identificando a lógica de cada sujeito e destacando conceitos e categorias, além de frases paradigmáticas.

c) 3º processo de análise: comparou-se os destaques das entrevistas,

buscando agrupar as ideias divergentes, convergentes, complementares e diferentes.

Dessa forma, a partir do material construído durante as entrevistas e as observações realizadas, buscou-se o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico, o que, referendado por Triviños (1992) e Flick (2009), possibilita que as várias dimensões do processo investigativo confrontem-se entre si e se complementem.

Para Minayo (2008), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos.

2.7 DIMENSÃO ÉTICA

A primeira etapa, após a qualificação do projeto, foi o encaminhamento para apreciação da Comissão Científica do Sistema Municipal de Saúde do município de Sobral, a fim de obter a permissão para a entrada no campo com a finalidade de realizar a pesquisa, com os devidos esclarecimentos aos gestores.

Obtida a declaração de anuência da instituição co-participante, seguiu-se a etapa de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, de acordo com o que determina a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que rege a ética da pesquisa em seres humanos. Após a análise dos objetivos, riscos e benefícios, foi emitido o parecer de número 880.187 autorizando a realização da pesquisa (ANEXO E).

Para a coleta de dados, todos os participantes foram informados quanto aos objetivos e técnicas da pesquisa, cientes da possibilidade de recusa. Após os esclarecimentos, solicitou-se a participação voluntária por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Para preservar o sigilo e a privacidade das informações, todas as informações da pesquisa (gravações, questionários preenchidos e anotações) foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

Na prerrogativa de preservar o anonimato dos participantes, os recortes de falas apresentados nos resultados foram codificados, por meio de uma sigla, devidamente seguida de um algarismo arábico.

2.8 MODO DE EXPOSIÇÃO

Esta tese encontra-se organizada da seguinte forma: Introdução, Metodologia, dois capítulos referentes à análise e discussão dos resultados e as Considerações Finais.

Na Introdução, busca-se delimitar o objeto de estudo, apresentando os principais conceitos necessários à sua compreensão. A partir dessa delimitação, delineiam-se as questões norteadoras, os pressupostos teóricos e a fundamentação teórica. Com o arcabouço teórico elaborado, apresentam-se os objetivos, a relevância e a justificativa da pesquisa.

Na Metodologia, são apresentadas a abordagem e o desenho geral da pesquisa, definindo as categorias operacionais norteadoras da análise. Descreve-se o cenário e o processo de seleção dos sujeitos do estudo, tanto na primeira quanto na segunda etapa de coleta de dados. Além disso, há uma exposição e discussão sobre os procedimentos gerais da pesquisa, envolvendo as técnicas utilizadas para apreensão, análise e interpretação do material empírico. Por fim, caracteriza-se a dimensão ética, considerando os aspectos éticos inerentes às pesquisas envolvendo seres humanos.

No Capítulo 1, intitulado **“Perfil de Trabalho, Perfil Psicossanitário e Transtornos Mentais em Profissionais da Atenção Básica de Sobral/CE”** busca-se descrever o perfil de trabalho, discriminando processo, jornada e condições de trabalho; descrever o perfil de características psicológicas, discriminando expressões do processo saúde/doença mental; e estimar a prevalência de transtornos mentais comuns nos profissionais da atenção básica de Sobral, Ceará.

No Capítulo 2, intitulado **“O Processo de Trabalho e suas consequências na Saúde Mental dos Profissionais da Atenção Básica de Sobral, Ceará”**, objetiva-se produzir mapa de relações entre o perfil de trabalho e o perfil psicológico identificados, qualificando as consequências na produção do cuidado. Busca-se compreender o significado do trabalho para o trabalhador, apreendendo a importância social do trabalho, o controle sobre as atividades que devem ser executadas e o sentido do trabalho; contextualizando as relações sociais de produção, o relacionamento interpessoal com colegas e gestão e os conflitos que surgem dessa interação.

As Considerações Finais estão organizadas em três tópicos:

Considerações Gerais, Conclusões e Recomendações. Nas conclusões, expressa-se a síntese dos principais achados da pesquisa, sistematizados no sentido de responder aos questionamentos do estudo, enquanto as recomendações contemplam as proposições de estratégias e ações voltadas a melhoria da saúde do trabalhador da atenção básica.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL DE TRABALHO, PERFIL PSICOSSANITÁRIO E TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SOBRAL/CE

O levantamento prévio sobre os profissionais da ESF/Sobral identificou a existência de 753 trabalhadores. Durante as intervenções de campo da pesquisadora, na 1ª etapa, estiveram presentes e aceitaram participar 433 deles, o que correspondeu a 58% do total.

Predominou a categoria profissional de ACS (48,5%, n=210), seguida dos auxiliares/técnicos de Enfermagem (18,2%, n=79), enfermeiros (15,7%, n=68), cirurgiões-dentistas (8,1%, n=35), auxiliares/técnicos de Saúde Bucal (6,9%, n=30) e médicos (2,5%, n=11).

A média de idade foi de 37 anos (DP = 9,08 anos), estando 35,3% na faixa etária de 31 a 40 anos. As mulheres representaram 87,8% (n=380), apresentando frequência superior em todas as categorias profissionais analisadas. Esses dados convergem com outros estudos que descrevem as condições sócio-demográficas de trabalhadores da ESF (TOMASI *et al.*, 2008; FARIAS, 2009; DILELIO *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2014)

Do total dos sujeitos analisados, a maioria tinha escolaridade de nível médio (57,5%, n=245), era casada (54,1%, n=232) e recebia até um salário mínimo (48,7%, n=208). Dos trabalhadores que possuíam nível superior, 37,2% (n=64) tinham de 1 a 5 anos de formados e, em sua maioria, com graduação cursada em instituições de ensino públicas do estado do Ceará, principalmente no município de Sobral.

Quanto ao tempo de atuação na atenção básica em Sobral, a distribuição dos sujeitos foi homogênea, com um percentual de 38% (n=157) de profissionais com mais de 11 anos de atuação, maior do que o encontrado no estudo de Dilelio *et al.* (2012), em que apenas 26% dos profissionais atuavam a mais de 5 anos. Essa diferença pode estar associada às características referentes à estruturação da ESF em Sobral, iniciada em 1997. Nesse período, implantaram-se 31 equipes de saúde da família (ANDRADE, 1999), com contratação por meio de concursos públicos, principalmente para a categoria de ACS, a maioria dos concursados atuais.

O vínculo de trabalho precário, representado pela terceirização, contrato de trabalho e cargo comissionado, foi informado por 50,6% (n=208) dos trabalhadores, com maior prevalência entre os enfermeiros (27,4%, n=57). Analisando isoladamente por categoria, verifica-se que, com exceção da categoria de ACS, em que 52,6% dos trabalhadores são concursados, todas as outras têm vínculos de trabalho precários, principalmente as categorias de cirurgião-dentista, enfermeiro e médico, que apresentam, respectivamente, 94,2%, 87,6% e 81,8% dos seus profissionais contratados por meio de contratos de trabalho ou nomeações, sem a garantia plena dos direitos trabalhistas.

Como forma de complementar a renda, 22,4% (n=97) exerciam outra atividade remunerada, a qual, em sua maioria (26,1%, n=28), na esfera pública, assistência hospitalar ou ambulatorial.

A porcentagem de 22,4% de profissionais que exercem outra atividade remunerada chama atenção quando se considera que em grande parte são mulheres (81%) e casadas (45%), o que faz supor que, além da alta demanda de trabalho, somando mais de 40 horas por semana devido a presença de mais de um vínculo de trabalho, ainda há as responsabilidades do desenvolvimento das atividades domésticas, como culturalmente é atribuída ao gênero feminino, compondo a jornada total ou carga total de trabalho. Esses múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade podem estar associados ao desenvolvimento de transtornos mentais e sofrimento psíquico (PEREIRA *et al*, 2014).

Apresentado e discutido o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da ESF de Sobral, segue-se à análise dos riscos psicossanitários, estimando a prevalência de TMC e os fatores que podem ou não estar associados aos quadros de desgaste mental relacionados ao trabalho na APS.

A prevalência total de TMC foi de 26,8% (n=116), valor superior aos 16% e inferior aos 42,6% encontrados, respectivamente, nos estudos de Dilelio *et al* (2012) e de Braga *et al* (2010). Não foram observadas associações estatisticamente significantes entre a ocorrência dos TMC e variáveis sociodemográficas como sexo, idade, situação conjugal, renda e escolaridade. Tais achados coincidem com os outros estudos (Braga *et al.*, 2010 e Dilélio *et. al*, 2012).

Apesar da prevalência de TMC dos trabalhadores da atenção básica de Sobral ter sido considerada intermediária, se comparada aos outros estudos

semelhantes, há de se considerar o denominado “efeito do trabalhador sadio”. Esse termo é utilizado quando não se consideram os casos de trabalhadores afastados da atividade laboral por possíveis casos de TMC, o que poderia ocasionar minimização da magnitude do problema. Nesse estudo, não foi possível obter o número de trabalhadores afastados por causas relacionadas ao adoecimento mental, já que muitas vezes há subnotificação e dificuldades em detectar esses problemas. Entretanto, é importante ressaltar que é objetivo desse estudo determinar qual a prevalência de TMC nos trabalhadores que estão prestando o cuidado ao usuário, justamente para se compreender se há impacto na prestação desses cuidados. Assim, a prevalência encontrada pode ser considerada fidedigna diante do objeto de estudo proposto.

Em relação às variáveis relacionadas ao trabalho, não foram encontradas, ao teste do Quiquadrado, associações entre as variáveis tempo de formado, tempo de atuação na atenção básica, local de trabalho, vínculo e exercer outra atividade remunerada com a presença de TMC. Todavia, entre as categorias profissionais, a associação foi estatisticamente significativa ($p=0,008$), apresentando-se maior entre ACS, enfermeiros e médicos; intermediária, em cirurgiões-dentistas; e menor, em auxiliares de enfermagem e de saúde bucal (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo categoria profissional e ocorrência de transtornos mentais comuns. Sobral, 2014

Categoria Profissional	Transtorno mental comum		Total N (%)
	Presente N (%)	Ausente N (%)	
Agente Comunitário de Saúde	70 (33,3)	140 (66,7)	210 (100)
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	12 (15,0)	67 (85,0)	79 (100)
Auxiliar Técnico de Saúde Bucal	3 (10,0)	27 (90,0)	30 (100)
Cirurgião-Dentista	7 (20,0)	28 (80,0)	35 (100)
Enfermeiro	21 (30,8)	47 (69,2)	68 (100)
Médico	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (100)
Total	116 (26,8)	317 (73,2)	433 (100)

Fonte: Elaborado pelo autor

Quiquadrado $p=0,008$

Comparando com outras pesquisas, tem-se que a prevalência de TMC em médicos, encontradas em outros estudos foi de 24% (ASSUNÇÃO et al., 2013) e 33,3% (BRAGA et al, 2010) diferentes da encontrada neste estudo em Sobral. Entretanto, é importante assinalar que o número de médicos participantes, apenas 11, pode ser considerado insuficiente para realizar comparações.

Em relação aos ACS, foi encontrada uma prevalência de 33,3% de TMC, inferior aos 43,3% encontrados no estudo de Silva e Menezes (2008) e os 50,7% encontrados por BRAGA et al. (2010). A prevalência de TMC das enfermeiras e auxiliares de enfermagem foi de 30,8% e de 15%, respectivamente, também inferiores ao estudo realizado com ESF de Botucatu (BRAGA et al, 2010), em que foram encontradas prevalências de 48% e 43,8%.

A prevalência de TMC da equipe de enfermagem também divergiu com o reportado por Araújo *et al.* (2003), na Bahia. No estudo baiano, com enfermeiras e auxiliares de um hospital público, a prevalência foi, respectivamente, 20,0% e 36,4% (ARAÚJO *et al.*, 2003). Todavia, é importante considerar que apesar de se tratar da mesma categoria, o ambiente de trabalho foi diferente, o que reforça a hipótese básica desta pesquisa que é a de que a produção da subjetividade tem relação com a produção de trabalho.

Analisando separadamente as categorias de enfermeiro e ACS, detentoras de maiores taxas de prevalência de TMC, aplicou-se o teste do Quiquadrado para verificar a associação da categoria com a presença de TMC. Nesse teste, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a categoria enfermeiro e a presença de TMC ($p=0,4$), entretanto, há associação entre ser ACS e apresentar TMC ($p<0,05$).

Esperava-se encontrar associação entre TMC e categoria, visto que há características específicas dos processos de trabalho e das condições de vida que são diversos entre os trabalhadores analisados e que podem interferir no processo saúde-doença mental. Como foi observado, os ACS apresentaram essa associação, o que pode ser explicado a partir do processo de trabalho dessa categoria que, na dinâmica da ESF, apresenta elevada sobrecarga de trabalho, grande responsabilidade, baixo controle sobre o que e como o trabalho deve ser realizado e baixa valorização social. A maior prevalência de TMC também está relacionada aos

escalões hierárquicos inferiores da ESF, em que há menores salários e maiores exigências (BRAGA et al, 2010).

A classificação dos sujeitos, segundo as quatro situações possíveis do modelo demanda-controle de Karasek, foi realizada a partir do cálculo do ponto de corte, obtido por meio da média das variáveis demanda, controle e apoio social. Assim, considerando todos os sujeitos, o ponto de corte ficou estabelecido como 18 para a demanda, 19 para controle e 22 para o apoio social.

Os resultados mostraram que a maioria dos trabalhadores (51,7%, n=224) se enquadravam na categoria de trabalho com baixa exigência, ou seja, com baixa demanda de trabalho e alto controle, enquanto que 4,8% (n=21) encontravam-se com alto desgaste, apresentando altas demandas no trabalho e baixo controle, valores divergentes ao encontrado em outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2003; NASCIMENTO-SOBRINHO *et al.*, 2006; BRAGA *et al.*, 2010) em que as autoras verificaram uma prevalência maior de indivíduos em situação de elevado desgaste e uma prevalência menor de indivíduos em situação de baixo desgaste do que as encontradas nesse estudo.

As situações de trabalho identificadas pelo modelo de Karasek não apresentaram associação estatística com as variáveis sócio-demográficas sexo, situação conjugal e escolaridade. Encontrou-se, todavia, associação estatisticamente significativa entre as situações de risco e as variáveis renda e vínculo de trabalho, conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, vínculo e situação de trabalho avaliada pelo modelo demanda-controle. Sobral, 2014

	Risco				Valor de p
	Trabalho Ativo N (%)	Alto Desgaste N (%)	Baixo Desgaste N (%)	Trabalho Passivo N (%)	
Sexo					
Masculino	7 (13,4)	1 (1,8)	24 (45,2)	21 (39,6)	0,255
Feminino	27 (7,2)	20 (5,2)	200 (52,6)	133 (35,0)	
Situação Conjugal					0,050

Solteiro	17 (11,0)	6 (3,9)	82 (53,2)	49(31,9)	
Casado/ União Estável	16 (6,8)	11 (4,7)	113 (48,8)	92 (39,7)	
Separado	1 (2,9)	1 (2,9)	22 (64,7)	10 (29,5)	
Viúvo	0 (0,0)	3 (33,3)	4 (44,4)	2 (22,3)	
Escolaridade					0,820
Ensino Fundamental Completo	3 (9,0)	1 (3,0)	17 (50,0)	13 (38,0)	
Ensino Médio Completo	19 (7,7)	15 (6,1)	108 (44,1)	103(42,1)	
Ensino Superior Completo	6 (7,8)	2 (2,6)	48 (63,2)	20 (26,4)	
Especialização	4 (6,1)	3 (4,6)	44 (67,7)	14 (21,6)	
Mestrado	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (50,0)	2 (33,3)	
Renda (em SM*)					< 0,001
Até um SM	20 (9,5)	14 (6,8)	84 (40,2)	91 (43,5)	
Entre 1 e 2 SM	7 (6,5)	3 (2,8)	58 (53,7)	40 (37,0)	
Entre 2 e 5 SM	5 (5,6)	4 (4,5)	65 (73,0)	15 (16,9)	
Entre 5 e 10 SM	2 (11,8)	0 (0,0)	14 (82,3)	1 (5,9)	
Acima de 10 SM	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	
Vínculo de trabalho					< 0,001
Contrato de Trabalho	3 (4,0)	3 (4,0)	42 (56,0)	27 (36,0)	
Terceirizado/Cooperativa	3 (5,8)	0 (0,0)	24 (46,1)	25 (48,1)	
Celetista	6(6,9)	5 (5,7)	34 (39,2)	42 (48,2)	
Concursado	12(10,3)	9 (7,8)	57 (49,1)	38 (32,8)	
Comissionado/Nomeado	9 (11,1)	4 (4,9)	56 (69,2)	12 (14,8)	

Fonte: Elaborada pelo autor

* SM = salário mínimo

Verifica-se, a partir dos resultados que, quanto maior o salário recebido, maior a tendência de se desenvolver um trabalho de baixo desgaste e passivo, isso é, os trabalhadores tendem a ter menor sobrecarga de trabalho e maior controle sobre o que vai ser executado.

Quanto ao vínculo de trabalho e a situação de trabalho, observa-se que os vínculos precários apresentam menores riscos. Esse resultado pode apresentar o viés da categoria, pois a categoria de ACS, que representa a maioria dos concursados, apresenta um processo de trabalho de alto desgaste, com altas demandas e baixo controle. Ao se ajustar a variável de risco de adoecimento mental em uma variável dicotômica, classificada em alto risco e baixo risco, não se encontra

mais essa associação. Portanto, é possível afirmar que, na realidade, a associação ocorre pela categoria, não necessariamente pela forma de contratação.

Analisando por categoria, a aplicação do teste do qui-quadrado apontou associação estatisticamente significativa entre as situações de trabalho e a categoria profissional ($p < 0,001$), conforme é apresentado na Tabela 3. Não houve nenhuma ocorrência de alto desgaste nas categorias de auxiliar/técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista e médico.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo categoria profissional e situação de trabalho avaliada pelo modelo demanda-controle. Sobral, 2014

Categoria Profissional	Risco				Total N (%)
	Trabalho Ativo N (%)	Alto Desgaste N (%)	Baixo Desgaste N (%)	Trabalho Passivo N (%)	
Agente Comunitário de Saúde	16 (7,6)	11(5,3)	99 (47,1)	84 (40,0)	210 (100)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	7 (8,9)	6 (7,6)	30 (38,0)	36 (45,5)	79 (100)
Auxiliar Técnico de Saúde Bucal	4 (13,3)	0 (0,0)	12 (40,0)	14 (46,7)	30 (100)
Cirurgião-Dentista	2 (5,7)	0 (0,0)	29 (82,9)	4 (11,4)	35 (100)
Enfermeiro	4 (5,9)	4 (5,9)	47 (69,1)	13 (19,1)	68 (100)
Médico	1 (9,0)	0 (0,0)	7 (63,4)	3 (27,3)	11 (100)
Total	34 (7,9)	21 (4,8)	224 (51,7)	154 (35,6)	433 (100)

Fonte: elaborada pelo autor

Os achados das tabelas 2 e 3 se complementam, na medida em que é possível observar que os profissionais que ocupam os escalões hierárquicos superiores, com maior escolaridade e maior renda, como cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos, se concentram na classificação de menor desgaste à saúde mental e conseqüentemente com menor risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Na classificação de alto risco ao adoecimento mental, representado pela alta demanda psicológica e o baixo controle no trabalho, 4,8% ($n=21$) dos sujeitos se

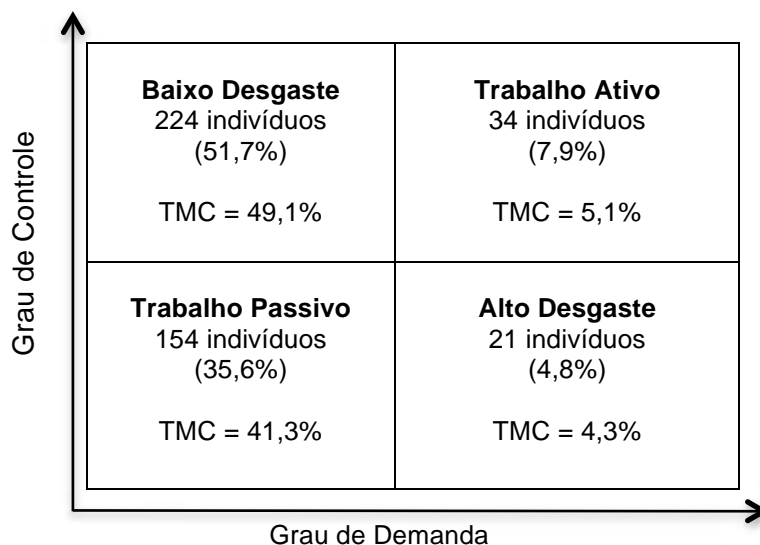
enquadraram, dos quais 7,6% (n=6) dos auxiliares e técnicos de enfermagem, 5,9% (n=4) dos enfermeiros e 5,3% (n=11) dos ACS.

Apesar de representar um cenário de risco ao adoecimento, esses valores são inferiores ao encontrado em outros estudos com profissionais de saúde. Em estudo com médicos de Salvador, a porcentagem de sujeitos classificados no quadrante de alto desgaste da saúde mental foi de quase 43% (NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006). Em outro estudo, desenvolvido com membros da ESF de Botucatu, a prevalência encontrada foi de 20% de profissionais com alto desgaste à saúde mental relacionado ao trabalho (BRAGA et al., 2010).

O fato destes achados serem inferiores aos relatados na literatura científica não significa que uma atenção especial a esses profissionais não deva ser prestada, em especial aos de categoria de nível médio, visto que, por causa das características inerentes ao processo de trabalho, apresentam maiores riscos de adoecimento mental relacionado ao trabalho.

Em relação à ocorrência de TMC e às situações de risco descritas por Karasek, apesar de haver uma maior frequência de TMC entre os trabalhadores expostos ao baixo desgaste, não foi encontrada nenhuma associação estatística entre as variáveis ($p=0,7$). A figura 2 apresenta essa distribuição.

Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo situação de trabalho avaliada pelo modelo demanda-controle e ocorrência de transtornos mentais comuns. Sobral, 2014



Fonte: Elaborada pelo autor

A hipótese do modelo de Karasek de que o trabalho com alto desgaste é um preditor de adoecimento mental não foi constatada nesse estudo, divergindo com o estudo de Braga *et al.* (2010), que encontraram associação estatisticamente significativa entre ocorrência de TMC e as situações de trabalho descritas no modelo de Karasek. Nesse estudo, a prevalência de TMC na situação de alto desgaste foi de 64,4%, quase quinze vezes maior do que a encontrada no presente estudo. Outros estudos, desenvolvidos com diversas categorias profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2003; REIS *et al.*, 2005; NASCIMENTO-SOBRINHO *et al.*, 2006; SOUZA *et al.*, 2010), também encontraram resultados semelhantes ao de Braga *et al.* (2010).

Fatores associados à alta demanda psicológica no trabalho justificam o elevado percentual descritos nos estudos, entretanto há necessidade de conhecimento de aspectos relacionados à organização do trabalho de cada categoria para explicação dessas divergências. Dessa forma, a análise estratificada pelas categorias de trabalho da ESF e um aprofundamento utilizando a perspectiva qualitativa contribui para a discussão dessas questões.

Diante do descrito acima, é necessário compreender qual a contribuição de cada variável do modelo Demanda-Controle no risco do adoecimento mental. Assim, a tabela 4 apresenta as prevalências de TMC de acordo com as dimensões de demanda, controle e apoio social.

Tabela 4 – Prevalência de TMC e razões de prevalência segundo dimensões do modelo demanda-controle. Sobral, 2014

Dimensão	TMC		RP* (IC 95%)	Valor de p
	n	%		
Demanda psicológica				0,22
Baixa	105	27,8	1	
Alta	11	20	1,53 (0,76-3,09)	
Controle sobre o trabalho				0,17
Alto	63	24,4	1	
Baixo	53	30,3	1,34 (0,87-2,06)	
Apoio Social				0,00
Alto	7	8	1	
Baixo	108	31,4	5,29 (2,36-11,84)	

Fonte: Elaborada pelo autor
* RP = Razão de Prevalência

Conforme observado na tabela 4, com a aplicação do teste do Quiquadrado, a variável demanda psicológica e controle sobre o trabalho não apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência de TMC entre os sujeitos estudados. Outros estudos que analisam demanda psicológica no trabalho e desenvolvimento de transtorno mental (ARAÚJO et al., 2003; REIS et al., 2005; NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006; SOUZA et al., 2010; BRAGA *et al.*, 2010) encontraram associação estatística entre essas variáveis, apontando a demanda psicológica como principal fator relacionado com a prevalência de TMC.

A relação do controle sobre o trabalho, determinada pela autonomia do sujeito em definir o que fazer e como fazer, apresenta contribuição ainda não muito clara na relação com o aparecimento de TMC. Apesar de não haver associação estatística significativa, há maior prevalência de distúrbios psíquicos menores em sujeitos expostos ao baixo controle, o que diverge do estudo com professores da Bahia, em que houve maior prevalência de TMC em sujeitos com alto controle no trabalho (REIS et al., 2005), reforçando a hipótese de que outros fatores de condições de vida e de organização do trabalho interferem nesse adoecimento.

Pode-se também afirmar que não foi encontrada relação entre o controle e o surgimento de TMC, o que converge com Araújo *et al.* (2003) que, ao analisar as categorias de professores universitários e cirurgiões dentistas, também não constatou essa associação. Diferentemente do encontrado por Nascimento-Sobrinho *et al.* (2006) que verificaram em uma amostra de médicos de Salvador que tanto a alta demanda psicológica como o baixo controle associavam-se estatisticamente com a prevalência de TMC.

Ao analisar apoio social, encontra-se associação ($p=0,00$) com a ocorrência de TMC, convergindo com estudo de Reis *et al.* (2005), em que também se constatou que em situações de baixo suporte social, há maior prevalência de TMC.

Chama atenção esse fenômeno ao fato de que os sujeitos que percebem um baixo suporte social no trabalho apresentaram cinco vezes mais TMC do que os que percebem elevado apoio social, sugerindo que o ambiente de trabalho, entendido pelas relações estabelecidas entre os colegas e chefia, influencia mais

fortemente para a ocorrência de TMC do que a sobrecarga de trabalho e a autonomia do trabalhador.

Analisando separadamente os ACS, buscou-se, a partir da aplicação do teste de quiquadrado e do cálculo da RP, analisar a prevalência de TMC e as dimensões do modelo demanda-controle nessa categoria em relação às demais da ESF (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência e Razões de prevalência das categorias de ACS e outros profissionais segundo TMC e dimensões do modelo demanda-controle. Sobral, 2014

	ACS		Outros profissionais		RP (IC 95%)	Valor de p
	n	%	n	%		
Transtorno Mental Comum						0,00
Ausente	140	66,7	177	79,4	1	
Presente	70	33,3	46	20,6	1,9 (1,24-2,96)	
Risco de Adoecimento Mental no trabalho						0,71
Baixo Risco	199	94,8	213	95,5	1	
Alto Risco	11	5,2	10	4,5	0,84 (0,35-2,04)	
Demandas psicológicas						0,92
Baixa Demanda	183	87,1	195	87,4	1	
Alta Demanda	27	12,9	28	12,6	0,97 (0,55-1,71)	
Controle no trabalho						0,04
Alto Controle	115	54,8	143	64,1	1	
Baixo Controle	95	45,2	80	35,9	1,47 (1,00-2,17)	
Apoio Social						0,00
Alto apoio	29	13,9	59	26,5	1	
Baixo apoio	180	86,1	164	73,5	2,23 (1,36-3,65)	

Fonte: Elaborada pelo autor

Constata-se, a partir do exposto na tabela 5, que a categoria de ACS, dentre todas da ESF, apresenta maior razão de prevalência de TMC, de baixo controle no trabalho e de baixo apoio social.

O controle no trabalho está relacionado com o processo saúde-doença mental, pois quando o trabalhador tem a capacidade de controlar o seu processo de trabalho, ele consegue alterar a realidade concreta, como o ritmo, as exigências e as consequências à saúde (SANTOS, GALERY, 2011). Outro fator que pode aumentar a sensação de baixo controle no trabalho relaciona-se ao baixo poder de agir dos ACS. De acordo com Vilela *et al.* (2010), há a necessidade de se assegurar meios e

recursos para a atuação do trabalhador a fim de não ocasionar conflitos e tensões que desencadeiem o adoecimento mental. Entretanto, o que os autores observaram é que aos ACS, ocorre o oposto, há carência de meios e recursos para executar a tarefa, o que ocasiona o sentimento de impotência e frustração, que podem propiciar ao aparecimento de transtornos mentais.

Estudo de Resende *et al.* (2011) encontrou uma alta prevalência de transtornos de ansiedade moderado e grave em uma amostra de ACS. Ainda de acordo com os autores, uma relação satisfatória com o trabalho, dependente dos suportes afetivo e social, minimiza o aparecimento desses transtornos.

O suporte social, percebido pelo ACS como baixo, aplica-se às relações que são estabelecidas entre os colegas de trabalho e usuários. Portanto, reforça a tese de que o ambiente do trabalho, do qual o suporte social é constituinte, interfere no adoecimento mental no trabalho. No caso da ESF de Sobral, os ACS perceberam 2,23 (1,36-3,65) vezes mais o baixo apoio social do que os outros profissionais.

Torna-se importante refletir sobre ações a serem implantadas na ESF para reforçar os laços afetivos interpessoais entre todos os profissionais, a fim de diminuir esse sentimento que, possivelmente, a longo prazo, pode acarretar adoecimento mental.

Para a segunda etapa do estudo, a seleção dos sujeitos ocorreu por meio de uma análise estratificada das categorias profissionais. Assim, para cada categoria, foi calculado o ponto de corte e feita uma nova classificação. A partir desse resultado, realizou-se o sorteio de um sujeito de cada estrato: estrato de alto desgaste e estrato de baixo desgaste.

Para a segunda fase da pesquisa, participaram do estudo onze profissionais de saúde, todos do sexo feminino. Devido ao método adotado na seleção dos sujeitos, em relação à categoria profissional, houve heterogeneidade na composição do grupo, como esperado.

Com exceção da categoria profissional médica, com um representante, os demais, em número, distribuíram-se em dois sujeitos por categoria: ACS, auxiliar/técnico de saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeira e cirurgião dentista.

O perfil etário variou de 26 a 63 anos, com média de 41,18 anos. Predominou a branca na autodeclaração de cor/etnia, com 45,4% (n=5), enquanto as raças negras e pardas foram declaradas, cada uma, por três entrevistadas

(27,3%), nenhum indígena. Em relação ao estado civil, houve heterogeneidade, pois quatro são solteiras, quatro são casadas e três declararam ser separadas ou divorciadas. Quanto aos filhos, quatro entrevistadas, três das quatro solteiras e uma divorciada, não os têm. Portanto, sete entrevistadas têm filhos, totalizando 15, uma média de 2,14, com predomínio de filhos do sexo feminino, com idades que variam dos 3 aos 34 anos. Apenas duas entrevistadas não são naturais de Sobral, mas o são de municípios próximos.

A escolaridade estava distribuída da seguinte forma: seis entrevistadas tinham o ensino médio completo, das quais quatro haviam cursado também curso técnico para o cargo que exerciam; cinco cursaram o ensino superior, das quais duas haviam cursado especialização em saúde pública.

Cada categoria da ESF apresenta suas competências necessárias e atribuições. No grupo analisado, todas as categorias técnicas, como ASB e auxiliares de enfermagem, possuíam curso técnico. Os ACS não possuíam nenhuma formação técnica complementar, entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991), a recomendação é que o ACS seja treinado, orientado e acompanhado permanentemente por um profissional de enfermagem, membro da equipe. A exigência é que ele seja alfabetizado, tenha idade mínima de 18 anos e tenha disponibilidade para exercer as atividades. Contudo, mesmo sem a formação técnica, os ACS do grupo em estudo afirmaram passar constantemente por processos de educação permanente.

A educação permanente em saúde é um conceito desenvolvido no campo da educação que busca articular educação e trabalho, a partir de uma aprendizagem significativa, considerando a relevância social do ensino e a importância da formação para o conhecimento e aplicabilidade prática (BRASIL, 2005). Assim, a educação permanente é um processo de aprendizagem que ocorre no serviço, no cotidiano das organizações, vivenciada a partir da problematização da realidade e da busca de enfrentamentos de problemas identificados nessa realidade. O resultado é a busca de soluções criativas e o desenvolvimento do trabalho em equipe, melhorando a qualidade do atendimento e a humanização do cuidado (SOUZA et al, 2008)

No município de Sobral, desde o ano de 1997, iniciou-se a implantação da Política Municipal de Educação Permanente, concomitantemente à reorientação do sistema de saúde municipal. Com a mudança na organização dos serviços de

saúde, se exigia a capacitação de profissionais para atuarem em conformidade a esse novo paradigma. Assim, em 1999, iniciou-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desencadeando, posteriormente, em 2001, a criação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia–EFSFVS. A partir de então, outros processos de Educação Permanente foram instituídos, como o Curso Sequencial de Agentes Comunitários, em 2002, e a Educação Permanente para o nível fundamental e médio dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família, em 2004 (SOUZA *et al*, 2008).

Partindo para a análise das famílias de origem, tem-se que nenhuma entrevistada é filha única, quatro afirmaram ser primogênicas, duas caçulas e seis em posição intermediária entre os irmãos. Oito referem pai vivo, com perfil etário variando de 57 a 72 anos de idade. Os três mortos encontravam-se profissionalmente ativos ao morrer, nas profissões de motorista, comerciante e agricultor. Dos pais vivos, metade encontra-se ainda em atividade, na seguinte distribuição: pedreiro, agricultor, representante de vendas e médico. Dos que estão aposentados, um exercia anteriormente a função de bancário, outro a de agente administrativo, enquanto outros dois eram comerciantes.

Os pais vivos encontram-se na faixa etária de 57 a 72 anos, com média de 64,6 anos de idade e curva bimodal (em 61 e 72 anos). O perfil das mães desses trabalhadores difere do perfil dos pais tanto quanto ao que se refere à maior expectativa de vida, quanto à atividade produtiva. Apenas uma entrevistada refere óbito da mãe. Em relação à idade, a média foi de 67,5 anos, com variação de 53 a 85 anos.

A situação profissional das mães pode ser sintetizada da seguinte forma: 40% declararam “dona de casa”, sem apresentar renda própria. Das 60% que apresentavam atividade economicamente ativa, 50% já estão aposentadas, antes trabalhavam como professora, comerciante ou dentista. As outras profissões citadas foram administradora e costureira. Nesse grupo, pode-se perceber que, como em muitas famílias no interior do Nordeste, há o predomínio de uma estrutura patriarcal, em que ao pai cabe o provimento dos recursos e sobrevivência da família e à mãe o cuidado com o lar e os filhos. Mesmo nos casos em que a mãe exerce/exercia atividade remunerada, essa ocorria, em sua maioria, na esfera doméstica, como no caso da costureira e comerciante, no âmbito da família, com características consideradas próprias da natureza feminina.

Analisando as mediações sociais dos sujeitos, a religião aparece como aquela com maior adesão. Todas as entrevistadas afirmaram seguir alguma crença. Apenas uma entrevistada afirmou ser evangélica, enquanto quase todas, 90% (n=10), afirmaram ser católicas. Desse total de católicas, 70% (n=7) declararam ser participantes assíduas dos ritos.

Outra forma de mediação social ocorre por meio dos sindicatos. Nesse caso, apenas seis entrevistadas afirmaram ser filiadas, das quais apenas uma afirmou ser militante, se fosse necessário. Percebeu-se que a escolha em se filiar ao sindicato ocorre mais por uma obrigação do que necessariamente por uma atitude política militante.

Participação política, questionada a partir da filiação e/ou militância a algum partido político, não foi apontada pela maioria das entrevistadas. Apenas uma afirmou ser associada. As demais entrevistadas apontaram falta de interesse e descontentamento, em especial com os principais partidos políticos atuais.

A participação em associação foi apontada por quatro das onze entrevistadas, as quais participam de associação comunitária, de moradores do bairro e de associações profissionais.

Todas as entrevistadas também afirmaram possuir algum hobby, do qual o mais frequentemente apontado foi a realização de atividade física, seguida de leitura e cinema. Além disso, costura e ida à igreja também surgiram como atividades realizadas em horário livre do trabalho.

Maior análise da relação das entrevistadas com as mediações sociais, representadas pela percepção de religião, sindicato, partido político e associação será contemplada no capítulo 2 dessa tese.

Em relação às condições de trabalho, apesar de todos os profissionais trabalharem na Atenção Primária a Saúde - APS, atuam em unidades básicas de saúde diferentes, portanto, apontam condições de trabalho que divergem entre si. A atribuição de valor aos aspectos ergonômicos e de insalubridade apresentam-se no quadro a seguir (QUADRO 3):

Quadro 3 – Atribuição de valor aos aspectos ergonômicos e de insalubridade no trabalho na ESF no município de Sobral. Sobral, 2014

	PÉSSIMO	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
--	----------------	-------------	----------------	------------	--------------

Iluminação	-	-	1	8	2
Ventilação	2	2	1	3	3
Ruído	1	1	6	1	2
Temperatura	3	1	1	4	2
Odor	-	-	-	6	5
Espaço	1	2	2	3	3
Infraestrutura	2	1	3	4	1
Equipamentos	1	1	3	5	1

Fonte: Elaborada pelo autor

A qualificação de cada aspecto variou de acordo com o posto e local de trabalho. Houve razoável homogeneidade na avaliação da iluminação e do odor, o que não foi observado nos outros indicadores.

A iluminação foi objetivamente bem avaliada, pois todas as entrevistadas atribuíram valor de regular a ótimo. Quanto à avaliação do odor, todas as entrevistadas afirmaram não incomodá-las, portanto consideraram como bom ou ótimo.

Considerando temperatura e ventilação, as ACS avaliaram de forma negativa, qualificando como péssimo, o que condiz com a realidade da execução do trabalho dessa categoria, que se dá ao ar livre, sujeito ao sol equatorial, ao forte calor, aos ventos secos com redemoinhos de poeira e à poluição atmosférica. As auxiliares de enfermagem também qualificaram de forma negativa esses aspectos, pois, de acordo com elas, há postos de trabalho na unidade que não têm ventilação suficiente e a temperatura não é agradável. Opinião diversa foi relatada pelas profissionais médicas, dentistas e enfermeiras, que desenvolvem suas atividades no interior do consultório, provido de ar condicionado.

Um outro aspecto que chamou a atenção foi o ruído, apontado por 72% como péssimo, ruim ou regular. As causas para a avaliação negativa desse aspecto foram o funcionamento de equipamentos, como compressores odontológicos e aparelhos do consultório odontológico, e o ruído externo dos usuários na sala de espera.

A avaliação do espaço apresentou distribuição variada. Das entrevistadas que avaliaram de forma negativa, ressalta-se a opinião da ACS que reivindicava

uma sala própria na unidade de saúde para reunião de sua categoria, o que não é previsto pela Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. As demais opiniões variadas podem ser explicadas pelas diferenças existentes e observadas na estrutura física das unidades de saúde. Das unidades visitadas durante a pesquisa, observou-se em algumas a ausência de salas para todos os profissionais, o que gerava a situação de dois ou mais profissionais dividirem a mesma sala durante o atendimento, o que certamente dificulta o desenrolar das consultas, o que implica em desqualificação do processo de cuidado. Entretanto, em outras, não só não haviam salas suficientes, como também espaço suficiente para a livre circulação das pessoas.

Utilizando-se das mesmas justificativas da avaliação do espaço, podem ser analisados o estado dos equipamentos e da infraestrutura. Por tratar-se de postos de trabalho diferentes, as condições variavam bastante de unidade para unidade. Apesar das divergências, um maior número de entrevistadas classificaram esses indicadores como regular a ótimo.

Marco *et al.* (2008) aponta que a saúde mental dos trabalhadores é influenciada diretamente pelas condições de trabalho. Assim, de acordo com os autores, quando há boas condições de trabalho, o que inclui a existência de infraestrutura adequada, há maior nível de satisfação do trabalhador e alcance dos objetivos do trabalho, refletindo de forma positiva na melhoria da saúde da comunidade.

Algumas medidas podem ser implantadas para a melhoria dessas condições de trabalho insalubres. Em relação à temperatura e ventilação, já existe o planejamento de visitas dos ACS apenas no turno da manhã e em horários com pouca irradiação solar, além da distribuição de protetores solares. Entretanto poderia haver também distribuição de chapéus e/ou bonés.

Quanto aos aspectos que estão relacionados à melhoria das unidades de saúde, tais como instalação de ventiladores e/ou ar-condicionado, aumento do espaço e melhorias de infraestrutura, é necessário haver uma discussão mais ampla da gestão com os trabalhadores para o desenvolvimento de uma política que vise minimizar os riscos, planejando ações a curto, médio e longo prazo.

Em relação às condições e a forma de executar o trabalho, buscou-se identificar as percepções das entrevistadas sobre acidentes e problemas de saúde relacionados ao trabalho.

Os acidentes de trabalho podem ser classificados em dois tipos: acidente típico, caracterizado como uma lesão corporal ou psíquica resultante de ação súbita de uma causa exterior e doença ocupacional, caracterizada por uma causa prevista, com lesão ou distúrbio de instalação lenta (CABRAL *et al*, 2014).

Assim, as doenças do trabalho podem ser entendidas como um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causado, desencadeado ou agravado por fatores presentes nos locais de trabalho, que podem ser agentes físicos, químicos, biológicos ou relacionados à organização do trabalho (BRASIL, 2001).

As queixas mais frequentes das entrevistadas foram dores musculares e articulares em membros superiores e inferiores, relacionadas ao esforço repetitivo; seguidas de transtornos mentais como ansiedade, depressão, sensação de cansaço, falta de memória e, como consequência, o surgimento de enxaquecas. De forma pontual, outros agravos foram apontados: como problemas na pele, devido à exposição solar; infecção urinária e cálculo renal, pela impossibilidade de ingestão de água durante o trabalho e alergias pelas condições de limpeza do ambiente.

Pereira *et al.* (2014) desenvolveram um estudo que buscou descrever morbidade referida dos trabalhadores da atenção básica de Minas Gerais. Os agravos mais prevalentes encontrados foram os relativos ao sistema circulatório, como hipertensão e arritmia, e aos do sistema músculo esquelético, como dores lombares, artrites e tendinites. Não foi encontrado um número significativo de transtornos relacionados à saúde mental, contudo, é importante assinalar que muitas vezes há invisibilidade dessas condições clínicas, sendo mais frequente a referência às morbidades consequentes do adoecimento psíquico, como a hipertensão, as lesões musculo esqueléticas resultantes do esforço repetitivo e as cefaleias.

As Lesões por Esforço Repetitivo – LER e as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT são agravos decorrentes da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, posturas inadequadas, monotonia e sobrecarga mental, associadas à ausência de controle sobre a execução das tarefas, ao ritmo intenso de trabalho, à pressão por produção, às relações conflituosas com as chefias e ao estímulo à competitividade exacerbada. Caracteriza-se por um quadro de dor crônica, sensação de formigamento, dormência, fadiga muscular e dor muscular ou nas articulações (BRASIL, 2001).

Nos últimos anos, percebe-se que doenças motivadas por fatores de riscos, ergonômicos e mentais, vêm superando os eventos traumáticos como causas de afastamento de trabalho. Significa que, apesar de ainda existir vários fatores físicos, químicos e biológicos causadores de adoecimento, são os aspectos relacionados à organização do trabalho os principais fatores associados ao adoecimento no trabalho.

Nesse contexto, os distúrbios osteomusculares e transtornos mentais têm representado as maiores causas de afastamento do trabalho, responsável por cerca de 20% dos benefícios Auxílio Doença concedidos pelo Ministério da Previdência Social, superiores aos 19% concedidos aos casos traumáticos (BRASIL, 2014).

Em relação aos afastamentos por LER ou DORT, preocupa o fato de que quase a totalidade desses afastamentos evolui para incapacidade parcial, e, em muitos casos, para a incapacidade permanente, com aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2014), trazendo impacto econômico, social e mental para o trabalhador.

Das onze entrevistadas, nove relataram sintomas relacionadas à LER, com histórias de afastamentos parciais, diagnóstico médico relacionando o agravo ao trabalho, constante uso de medicação, além de sintomatologia dolorosa constante. Não houve diferenciação da doença por categoria, mas sim da localização. As profissionais ACS relatam dores nos membros inferiores, as profissionais médica e enfermeira relatam dores no punho e as profissionais da equipe de saúde bucal relatam dores nos membros superiores e costas. Apesar das dores possuírem origem multifatorial, revela-se, a partir dos discursos das trabalhadoras, a associação aos aspectos organizacionais do trabalho, pois, de acordo com as entrevistadas, o surgimento da sintomatologia dolorosa depende da sobrecarga de trabalho e da alta demanda de atendimento.

Ao serem questionadas à respeito da ocorrência de acidente de trabalho típico, quatro entrevistadas relataram episódios de acidentes com instrumentais perfuro cortante. Os acidentes relatados ocorreram com auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e cirurgião dentista. Em comum, há o fator causal associado à organização do trabalho, pois a negligência, no manuseio de agulhas e instrumentais pontiagudos, ocorreu principalmente diante da sobrecarga de trabalho. Diante do acidente, as trabalhadoras agiram de forma diferente: enquanto uma ignorou o risco e não tomou nenhuma atitude, três foram ao centro especializado de atendimento às doenças infecciosas do município.

Os estudos que exploram esse tema abordam os trabalhadores de enfermagem de ambiente hospitalar, com predomínio de acidentes durante o manuseio de agulhas (LIMA, PINHEIRO, VIEIRA, 2007; MOURA, GIR, CANINI, 2006; OLIVEIRA, GONÇALVES, 2010). Estudo demonstra que ainda há subnotificação que inviabiliza a prevenção com quimioprofilaxia, monitoramento e acompanhamento sorológico dos trabalhadores (MARZIALE, RODRIGUES, 2002).

Uma das medidas que pode ser tomada para evitar a ocorrência de acidentes de trabalho é o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual-EPI. Das entrevistadas, nove afirmaram utilizá-los sempre, enquanto duas afirmaram utilizar esporadicamente quando identificavam situações de risco. Chama atenção, e torna-se um fato preocupante, a negligência ao uso de barreiras de proteção.

Apesar do estudo de Lima, Pinheiro e Vieira (2007) ter apontado a falta de educação continuada como uma explicação à não adesão dos EPI, essa não parece ser a causa em Sobral, visto que as trabalhadoras envolvidas nos acidentes de trabalho afirmaram participar quinzenalmente de encontros de formação continuada ofertados pelo município.

As causas, portanto, mais prováveis estão relacionadas com a organização do trabalho, pois diante de um processo de trabalho que exija o desenvolvimento de diversas atividades em pouco tempo, as trabalhadoras tendem a negligenciar os cuidados de prevenção ou a minimizar os riscos aos quais estão expostas, estando mais vulneráveis aos acidentes.

A inexistência de uma Política de Segurança e Saúde do Trabalho-PSST e de uma Comissão Interna de Prevenção a Acidentes – CIPA também pode ser apontada como um fator adicional à não adesão do uso de EPI e do risco de acidentes de trabalho. Ao serem questionadas, 73% afirmaram não conhecer qualquer tipo de política voltada à sua segurança no trabalho e todas revelaram o desconhecimento da existência de CIPA.

Em relação ao processo de trabalho, buscou-se compreender, a partir das entrevistas, a jornada e os turnos de trabalho, a existência de intervalos e socialização no ambiente laboral e o conhecimento dos trabalhadores sobre a organização e a estruturação da instituição.

Referente ao turno de trabalho e a carga horária, encontrou-se algumas diferenças entre as categorias. Com exceção da médica e de uma auxiliar de enfermagem, que cumprem 32 e 20 horas semanais, respectivamente, todas as

demais cumprem uma carga horária semanal de 40 horas. A médica cumpria apenas 32 horas semanais porque era contratada a partir do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, do Ministério da Saúde, possuindo a prerrogativa de oito horas livres para estudos à distância. Quanto à auxiliar de enfermagem, de acordo com seu próprio discurso, a sua carga horária semanal reduzida havia sido solicitada e pactuada com a Secretaria de Saúde municipal porque, no outro turno, ela trabalhava no Hospital Regional. De forma geral, com exceção de uma cirurgiã-dentista que atendia em alguns turnos à noite, por limitações da estrutura física do consultório, todas as profissionais trabalhavam em horários comerciais, sem atendimento em regime de plantão ou nos finais de semana.

Longas jornadas de trabalho apresentam interferência negativa no tempo disponível para descanso e lazer, pois trabalhadores expostos a alta carga de trabalho, incluindo regime de plantão noturno, tendem a apresentar dificuldades no sono, irritabilidade, fadiga crônica, exaustão e distúrbios psicossociais (SILVA *et al.*, 2011).

Ainda em relação à jornada de trabalho, todas as entrevistadas afirmaram ter horário, em sua maioria, de duas horas, para o almoço, que é realizado em casa com a família. Também foi referida a existência de pequenos intervalos para realização de lanches, no decorrer dos turnos de trabalho.

Inexiste um limite ou um padrão para uma extensão de jornada de trabalho que seja seguro à saúde, pois há variáveis relacionadas à intensidade, às pausas e às frequências de repetição que interferem nessa jornada. Portanto, não se pode afirmar que, no presente estudo, com jornada de trabalho de 40 horas, sem regime de plantão e com intervalos regulares para almoço e lanche, não exista impacto negativo na saúde mental dos trabalhadores, consideradas a alta pressão das demandas e a natureza conflitiva das relações.

Quando comparado a outros estudos realizados com profissionais de saúde, entretanto no âmbito hospitalar (MASSON *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2013; ASSUNÇÃO *et al.*, 2013), a sobrecarga de trabalho na ESF é menor e menos nociva a saúde. O estudo de Masson *et al.* (2007), por exemplo, apontou que muitas vezes as profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva-UTI não conseguiam ter um horário para o almoço e quando tinham, o fazia no próprio local de trabalho.

Diante disso, é necessário conhecer as atribuições previstas de cada profissional e analisar a demanda de trabalho de cada categoria. O quadro a seguir (QUADRO 4) descreve as principais atividades previstas, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (BRASIL, 2012), e as atividades realizadas por cada categoria profissional.

Quadro 4 – Resumo das principais atividades previstas dos profissionais da ESF no Município de Sobral, segundo a PNAB (BRASIL, 2012). Sobral, 2014

Categoria	Principais Atividades Previstas
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento ambulatorial à demanda programada e espontânea; - Atividades com grupos na unidade de saúde e/ou em espaços sociais; - Visita domiciliar; - Encaminhamento aos outros pontos de atenção; - Realização e participação nas atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; - Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento ambulatorial à demanda programada e espontânea; - Atividades com grupos na unidade de saúde e/ou em espaços sociais; - Visita domiciliar; - Acompanhamento das ações desenvolvidas pelos ACS; - Realização e participação nas atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; - Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.
Cirurgião- Dentista	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento ambulatorial à demanda programada e espontânea; - Atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletivo; - Coordenação e participação em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; - Acompanhamento e desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe; - Supervisão técnica de Auxiliares de Saúde Bucal - ASB e Técnico em Saúde Bucal - TSB; - Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.
Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Auxílio, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, no atendimento ambulatorial à demanda programada e espontânea; - Realização de ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; - Participação em atividades de educação permanente; - Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado

	funcionamento da unidade de saúde.
ASB/ TSB	<ul style="list-style-type: none"> - Auxílio ao cirurgião-dentista, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, no atendimento ambulatorial à demanda programada e espontânea; - Auxílio ao cirurgião-dentista na atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletivo; - Acompanhamento e participação em atividades referentes à saúde bucal com toda a equipe; - Participação nas ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; - Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.
Agente Comunitário de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Cadastramento de todas as famílias de sua microárea; - Orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; - Acompanhamento, por meio de visita domiciliar, de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; - Integrar a equipe de saúde e a população adscrita; - Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Fonte: Elaborada pelo autor

Algumas atividades não descritas são realizadas pelos profissionais de Sobral. Pode-se citar as atividades de educação permanente que, apesar de não estarem previstas pela PNAB, são realizadas com enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares e ACS. É importante a existências dessas atividades pois, de acordo com o modelo demanda-controle (KARASEK, 1998), a oportunidade de aprender coisas novas no trabalho representa um fator de redução do risco ao desenvolvimento de adoecimento mental no trabalho. Outra atividade que não está prevista na PNAB é a realização de visitas domiciliares pela ESB, que também é realizada em Sobral. A execução dessa atividade permite ao cirurgião-dentista e às ASB/TSB o desenvolvimento de funções que ultrapassem o ambiente clínico, o que também pode contribuir como um fator atenuante do adoecimento mental, visto que permite a vivência de outras situações que divergem da rotina clínica.

Também existem atividades previstas que não são realizadas, como no caso da categoria médica, em que é prevista a participação em grupos e na educação permanente, entretanto, segundo a médica entrevistada, a alta demanda para o atendimento clínico dificulta e impossibilita a participação em grupos

operativos de educação em saúde, e o baixo interesse da categoria, inviabiliza a organização de atividades de educação permanente.

Para todas as trabalhadoras entrevistadas, não é o tipo de atividade que deve ser desenvolvida que acarreta em sobrecarga de trabalho, mas o ritmo e a demanda exigida pela população, que faz com que as ações tenham que ser realizadas de forma rápida e intensa.

O tipo de vínculo de trabalho e as relações trabalhistas são aspectos que também necessitam ser analisados na busca da compreensão do adoecimento mental relacionado ao trabalho. No grupo analisado, todas afirmam não possuírem nenhum tipo de Plano de Cargos, Carreiras e Salários-PCCS e a maioria (54%) possui vínculo precário de trabalho, representado por meio de terceirização ou nomeação, sem os direitos trabalhistas garantidos. Apesar dessa situação parecer preocupante, as trabalhadoras não se referem a ela como algo gerador de tensão ou motivo de sofrimento, mostrando-se indiferentes a esse processo. O adoecimento mental surge quando há tensões ou conflitos entre o que é vivido e o que é percebido. Dessa forma, como o vínculo precário não é percebido, torna-se eventual fonte de desgaste, mas não necessariamente de sofrimento psíquico para esse grupo investigado.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SOBRAL, CEARÁ

Para compreender a relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da atenção básica de Sobral, faz-se necessária uma análise aprofundada de múltiplas vertentes.

É preciso considerar o significado do trabalho para o trabalhador, apreendendo a importância social do trabalho, o controle sobre as atividades que devem ser executadas e o sentido do trabalho, contextualizando as relações sociais de produção, o relacionamento interpessoal com colegas e gestão e os conflitos que surgem dessa interação. Além disso, há de se apreender as atitudes do trabalhador frente ao trabalho, envolvendo a (in)satisfação e o comprometimento, o como a atividade do trabalho o afeta e o modifica e o relacionamento com outras pessoas e em conflitos trabalho-família, a partir do suporte social e afetivo que o cerca.

Nesse capítulo busca-se desvelar esse fenômeno a partir da análise

crítica do discurso dos trabalhadores.

3.2.1 Opinião sobre si

Na EART, as questões subjetivas buscam apreender a opinião que o profissional de saúde da ESF do município de Sobral tem sobre si mesmo, de seu estado vital e de suas relações constituídas dentro e fora do ambiente de trabalho, passando pelas instâncias de mediação que ele identifica em seu cotidiano, suas perspectivas futuras, até alcançar a sua opinião sobre o trabalho.

Partindo da questão norteadora: “*Fale sobre você e diga o que pensa e sente sobre si mesmo*”, tem-se o momento de reflexão e expressão da autoimagem de cada trabalhadora entrevistada. Busca-se apreender como essas trabalhadoras se percebem, se avaliam e se expõem.

Diante dessa questão, foi observado empiricamente e registrado no diário de campo um desconforto em todas as entrevistadas, variando de quase imperceptível a leve, em lidar com a questão, expressa por longas pausas no modo fluente do discurso ou pela verbalização da dificuldade em responder.

Os modos básicos que as trabalhadoras usaram para falar sobre o si mesmo, podem ser divididos em: 1) exposição direta, fluente, confessional; 2) exposição direta, concisa e contida; 3) exposição difícil, declarando dificuldade em tratar o tema.

A maioria (n=6, 54,5%) não revelou dificuldade em lidar com a questão, apresentando um discurso direto sobre o que pensa e sente sobre si mesma, buscando apresentar-se de forma sincera. Algumas, por características inerentes à personalidade, apresentaram-se de forma mais concisa, enquanto outras, de comportamento mais desinibido, apresentaram-se de forma mais articulada.

As demais trabalhadoras, apesar de verbalizarem a dificuldade em lidar com o tema, conseguiram, passado o desconforto inicial, apresentarem a sua autoimagem.

Houve homogeneidade na forma como as trabalhadoras se auto-definiram, compreendendo-se a partir de suas crenças, religião, trabalho e família, transitando entre a (in)felicidade pessoal, (in)satisfação e realização familiar e profissional.

No processo de construção identitária, os meios de trabalho fornecem fortes referências estruturantes para o indivíduo. Assim, o papel que o sujeito desempenha no trabalho tem influência sobre a identidade construída e a forma como ele se vê e se apresenta. As representações de si são também elaboradas pelas atividades profissionais exercidas (CHANLAT, 2011). Exemplo disso pode ser constatado no fato de que oito trabalhadoras (72,7%) citaram o trabalho ao se auto definirem, apresentando opiniões diversas sobre a importância da atividade profissional na constituição da identidade.

Na análise das entrevistas, outros tópicos discursivos surgiram, ao que convém uma interpretação mais acurada da distribuição e da ocorrência de todos esses tópicos para avaliar a importância que o trabalho ocupa dentre todas as categorias encontradas na elaboração do discurso de auto-representação dos sujeitos.

Durante a interpretação das onze respostas à proposição, surgiram 22 tópicos discursivos, a saber: comodidade, conformismo, disciplina, estudo, felicidade, insatisfação profissional, objetividade, perfeccionismo, pessimismo, realização pessoal, realização profissional, rebeldia, reconhecimento, religiosidade, sociabilidade, solidão, solidariedade, temperamento, timidez, trabalho, tristeza e vaidade.

Desses, 12 tópicos apareceram apenas uma vez, estabelecendo marcas pessoais, individuais, idiossincráticas, enquanto outros apresentaram maior ocorrência e foram analisados particularmente. O tópico trabalho, como já referido anteriormente, apresentou-se predominante nos discursos, seguido por: felicidade, com ocorrência em cinco (45,4%) entrevistas; realização pessoal e tristeza que surgiram em três (27,3%) entrevistas; e aparência, reconhecimento profissional, estudo, perfeccionismo e realização profissional, que apareceram em dois (18,2%) discursos cada.

O objetivo da análise relaciona-se à experiência de trabalho a partir de suas relações e a partir das representações e significados advindos de sua natureza. Assim, para se atingir esse objetivo, agregou-se alguns tópicos relacionados ao trabalho, onde serão discutidos separadamente. Os tópicos agrupados foram: trabalho, reconhecimento profissional, estudo, perfeccionismo e realização profissional. De outro lado, agruparam-se os tópicos relacionados às experiências pessoais das entrevistadas, como realização pessoal e aparência. Os

tópicos tristeza e felicidade apareceram tanto nas representações que envolvem o trabalho quanto nas que envolvem os aspectos pessoais, sendo impossível dissociá-los.

Os tópicos realização pessoal e felicidade aparecem simultaneamente em dois discursos, como pode ser observado abaixo:

Eu me sinto bem, me sinto realizada com a minha vida. Eu sou feliz, com sinceridade, eu sou feliz no que eu faço, na minha família, na própria comunidade, com quem eu convivo. O que eu posso dizer de mim é isso: estou bem e sou feliz, como eu sou e onde eu estou até hoje (ENT1).

Pessoalmente, estou feliz porque casei, tenho uma filha de três anos que é uma benção, a alegria da casa. Eu me sinto hoje muito feliz, realizada, tanto na vida pessoal, como profissional (ENT11).

A dupla formada pelos tópicos realização pessoal e tristeza aparece em uma entrevista.

Eu acho que eu tenho uma vida boa. Eu tenho minha casa própria, tenho meu transporte para andar, tenho meu salário que dá para me sustentar no mês, ajudo minhas filhas, eu acho minha vida boa. Mas eu sou uma mulher solitária, tive um marido que me deu duas filhas, mas me deixou por outra, hoje eu vivo só, e às vezes me bate uma tristeza (ENT8).

Observando os trechos expostos, percebe-se que a (in)felicidade e a realização pessoal estão relacionadas ao fato de constituir família, formada por parceiro e filhos, situação que condiz com as crenças e a formação cultural que lhes preparou para casar, ter filhos e assim alcançar a felicidade. Um padrão diferente desse, como no caso da entrevistada 8, pode ser um produtor de sofrimento e tristeza.

Tal situação é melhor ilustrada quando se analisa o tópico tristeza, separadamente. Em duas situações em que emergiu esse tópico, o mesmo se encontra associado ao aspecto pessoal, como a solidão causada pela ausência de um companheiro e/ou dos filhos. Nesses casos, o sentimento de tristeza surge pela separação e perda do papel de cuidadora dos filhos, mesmo quando essa não é a ocupação principal da mulher.

A Síndrome do Ninho Vazio-SNV pode explicar esse sentimento expressado pelas entrevistadas. A SNV é definida como o desconforto sentido pelos pais ao vivenciarem a saída dos filhos de casa que, por ser uma fase carregada de emoções, é experimentada de formas diferentes. Quando a mulher não se adapta a essa nova etapa, podem surgir sentimentos de baixa autoestima, tristeza, sofrimento e depressão (SARTORI e ZILBERMAN, 2009).

No outro caso em que tristeza surge no discurso da entrevistada, há uma relação com aspectos do trabalho, em especial, com a incapacidade de realizar as atividades laborais por causa de um problema de saúde, diagnosticado como artrose, relacionada ao trabalho.

Hoje, o que eu puder fazer no trabalho, eu faço, e quando eu não posso, eu fico triste. É lamentável uma pessoa que aprendeu a viver com sofrimento, com a batalha, com a luta, aprendeu a ter amor pela profissão, não poder ir mais além. Eu estou em um lugar que eu poderia ir muito mais, só que não depende mais de mim. Me sinto imobilizada (ENT11).

A tristeza surge no discurso, não mais associada aos aspectos pessoais, pelo contrário, a entrevistada relata felicidade e realização pessoal, mas sim com questões decorrentes da falta de capacidade no trabalho. Para a entrevistada, estar acometida de uma doença, causada pelo trabalho, e ainda não ter autonomia e controle para mudar a forma como o trabalho é executado é origem de infelicidade.

Brant e Minayo-Gomes (2008) pesquisaram a tristeza em uma empresa de serviços de São Paulo e destacaram, assim como observado no presente estudo, que a tristeza surgia caracterizada por uma imobilização diante da possibilidade de perda de controle.

Ao partir para a análise do tópico aparência, percebe-se que esse é o centro da descrição de duas entrevistadas. Ao refletirem sobre a pergunta “quem sou eu?”, a questão da aparência/vaidade é trazida à tona, conforme pode ser observado a seguir:

Eu não estou dando importância a mim, estou deixando de me preocupar comigo, estou deixando de dar atenção a mim. Eu acho que o amor que tenho por mim é muito pequeno. Eu estou precisando emagrecer e fazer uma atividade física (ENT5)

Eu me considero muito ansiosa com as coisas e às vezes isso me abre muito o apetite. Nesses últimos meses tenho engordado bastante. Às vezes tem horas que eu gosto muito de mim, tenho aquela vaidade, mas tem horas que a vaidade fica mais escondida (ENT7).

A aparência tem uma estreita relação com a forma negativa com que essas trabalhadoras se enxergam. As entrevistadas que se auto-representaram por meio de elementos de aparência demonstraram ansiedade e baixa auto-estima, que parecem interferir nos aspectos pessoais e na relação com o trabalho, pois elas tendem a apresentar um comportamento mais ansioso e, conseqüentemente, mais susceptível ao sofrimento mental.

Colocando o trabalho no centro da análise, parte-se então para a discussão dos tópicos relacionados, que foram reconhecimento profissional, estudo, perfeccionismo e realização profissional, buscando, a partir da fala das entrevistadas, compreender como o trabalho comparece na construção da identidade de cada uma.

Nos oito discursos em que o trabalho aparece, é referido e posto como um dos elementos constituintes das experiências de vida, assumindo ora um papel central, ora um papel lateral, na composição da identidade.

Para duas entrevistadas, o trabalho é incorporado de forma lateral na representação de si, mas visto como essencial constituinte do ser. Nestes discursos, o significado atribuído ao trabalho associa-se às categorias de realização profissional e felicidade.

Eu sou assim: muito extrovertida, faço amizades e gosto de conversar. Eu me sinto bem, me sinto realizada. Eu sou feliz no que eu faço, na minha família, na própria comunidade, com quem eu convivo. Eu me sinto bem, bem mesmo, bem útil (ENT1).

Eu me sinto muito feliz, tanto na vida pessoal, como profissional. Aqui foi o grande motivo da minha maior mudança pra melhor, devido ao tempo de profissão, pela profissão que eu tenho, pelo lugar onde eu trabalho, eu me sinto uma pessoa melhor pra mim e para o próximo (ENT11).

A satisfação com o trabalho, entendida pelas entrevistadas como realização, e a felicidade emergem nos discursos a partir da família e trabalho, instituições que compõem a existência do ser social. O trabalho exerce um papel positivo na constituição do viver dessas trabalhadoras, sendo operador de saúde. Nas duas entrevistas, há uma relação intrínseca entre realização profissional e felicidade.

Há a manutenção da saúde quando o trabalhador tem a possibilidade de se reconhecer no que faz e enxerga a coerência da atividade com o seu ofício (SILVA, TAMMINGER, 2014). Apesar da premissa de que essas duas trabalhadoras, por ocuparem cargos de auxiliares e, portanto, terem menor controle, autonomia e contradições no processo de trabalho, apresentariam maior propensão a sofrerem adoecimento mental pelo trabalho, tal fenômeno não se observa. Pelo contrário, há o reconhecimento de que o produto do trabalho é útil e de que o sujeito-trabalhador faz parte desse processo, o que propicia um equilíbrio entre as perspectivas do agente e sua produção.

Nas outras seis entrevistas, apesar de o trabalho não apresentar a constituição principal da identidade, a categoria de análise surge de forma destacada, central, nos discursos. Os tópicos reconhecimento profissional, estudo e pessimismo aparecem destacados nessas entrevistas.

Para três sujeitos, o trabalho parece não trazer realização e satisfação, pois emergem sentimentos de conformismo, insatisfação e falta de reconhecimento, expressos da seguinte forma nos discursos:

Tem outros concursos que fiz, por exemplo, para o INSS, mas eu queria era Saúde Pública. Eu não sei se foi bom para mim. Talvez não. Se eu trabalhasse no INSS, eu ganharia mais dinheiro, era mais despreocupada, era completamente diferente o trabalho. Mas eu era muito jovem, desisti do concurso e fiquei na saúde mesmo. Agora não quero mais me preocupar com isso não, o que passou, passou, e eu não posso voltar atrás (ENT2).

Eu tenho muita vontade de continuar estudando. Espero que a gente seja reconhecida profissionalmente, porque é um trabalho que todo mundo elogia, mas na hora do reconhecimento financeiro, não tem. Todo mundo elogia, mas na hora do reconhecimento mesmo do trabalho... Eu acho que falta reconhecimento financeiro, falta reconhecimento dos profissionais e falta reconhecimento da área em relação ao trabalho da gente (ENT4).

Algumas coisas da Enfermagem me deixam entristecidas, como por exemplo, o fato de a gente ficar de mãos atadas, a questão mesmo do próprio salário, não ter um vínculo empregatício ou planos de cargos e carreiras, essas coisas. Aí isso me entristecia bastante, aí eu fui cursar Direito (ENT7).

Os trechos das entrevistas acima refletem de forma qualitativa o que os dados apresentados no Capítulo I apontaram, de que as categorias de ACS e enfermeiros são as que mais estão susceptíveis a um desgaste mental no trabalho, e, no caso dos ACS, agravados pelo baixo controle e baixo apoio social no trabalho.

A entrevistada 2 aponta dúvidas em relação à escolha profissional, mas demonstra conformismo com a situação em que se encontra. Estudo de Sampaio (2001) também verificou situação semelhante no estudo com trabalhadores petroleiros *off shore*.

O conformismo pode ser definido como atitude de quem se conforma com algo, de quem se resigna a uma situação (FERREIRA, 2000), o que parece corresponder ao sentimento expressado pela entrevistada 2.

A entrevistada 4, a partir de seu discurso, transparece insatisfação profissional decorrente da falta de reconhecimento da categoria. A visibilidade e o reconhecimento são elementos centrais da relação do ser humano com seu trabalho, tendo relação com os sentimentos de prazer ou sofrimento experimentados

na atividade laboral (CHANLAT, 2011). Em toda instituição, há postos com diferentes graus de visibilidade, dos quais depende o reconhecimento. No caso da ESF, a categoria de ACS apresenta-se dessa forma. Os ACS, por ocuparem uma posição hierárquica inferior na equipe, porém colocados no front do conflituoso enfrentamento com as carências populares, experimentam uma sensação de falta de reconhecimento por parte da gestão, dos profissionais de nível superior e dos próprios usuários.

Para Chanlat (2011), o reconhecimento passa por dois julgamentos, o julgamento da beleza, por meio dos pares; e um outro julgamento da utilidade, por meio dos resultados e da opinião dos usuários.

O reconhecimento é a retribuição proferida por outros indivíduos acerca da beleza e da utilidade da contribuição do sujeito na organização do trabalho. Então, se o reconhecimento social do fazer, da utilidade, é importante para a satisfação do trabalhador, é o reconhecimento dos pares que efetivamente confere sentimento de pertencimento e de significado (BRITO *et al.*, 2012). Entretanto, na dinâmica das atividades, pelas quais se busca eficácia, cumprimento de tarefas e de metas, o julgamento de utilidade torna-se mais importante que o julgamento da beleza. Para Chanlat (2011), o ideal na organização do trabalho seria uma relativização do julgamento de utilidade, que deveria ser equitativo, considerando os resultados diante das dificuldades existentes para realizá-los.

Todavia, não é o que ocorre no contexto da ESF, pois não se avalia a importância ou a beleza do trabalho executado, e sim, quantos usuários foram atendidos ou visitados e se a meta de atendimento foi atingida. Nesse sentido, produzir muito, em ritmo intenso, torna-se a referência para se atingir o reconhecimento.

A partir do discurso da entrevistada 4, pode-se supor que há uma contradição em relação à dinâmica de reconhecimento do trabalho, pois parece existir o reconhecimento pelo julgamento da beleza, quando ela afirma que todo mundo elogia o seu trabalho, contudo depois ela afirma que falta reconhecimento dos profissionais. Portanto, para essa profissional, o elogio de seu trabalho não é suficiente para despertar o sentimento de reconhecimento. Ainda pelo discurso dela, não parece existir o julgamento da utilidade e dos resultados do seu trabalho, o que se expressa a partir do trecho: “mas na hora do reconhecimento financeiro, não tem”. Quando, mesmo diante do esforço, o reconhecimento não surge, pode

desencadear sentimentos de insatisfação e frustração, propiciando o adoecimento mental do trabalhador.

Em estudo de Azambuja *et al.* (2007), os ACS também eram os profissionais da ESF com maiores sentimentos de ausência de reconhecimento no trabalho, entretanto, percebiam valorização e reconhecimento advindo da comunidade, diferente do relatado pela entrevistada no presente estudo.

A entrevistada 7, em seu discurso, também demonstra insatisfação com a falta de reconhecimento. Nesse caso, principalmente com a organização e as condições de trabalho, que se manifestam por meio de vínculos precários e baixo salário. Além disso, o processo de trabalho dos profissionais tem adotado princípios de organização baseados no Taylorismo-Fordismo, com a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no “fazer”, a distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência, não permitindo liberdade na forma de executar as tarefas (PIRES *et al.*, 2004). Tal situação é sentida pelos profissionais de Enfermagem, cujos cuidados são, muitas vezes, prescritos pelos médicos.

A consequência dessa situação é a insatisfação pela falta de autonomia e o baixo controle sobre o que é realizado, que se apresentou prevalente e estatisticamente significativa nos enfermeiros analisados nesse estudo. A sensação de impotência diante das demandas surgidas em seu processo de trabalho aparece quando a trabalhadora afirma sentir-se de mãos atadas, sentimento que pode levar ao desânimo, à desmotivação e interferir negativamente na forma como o trabalho é executado.

3.2.2 O ser saudável e sua relação com o trabalho: o corpo que sente e cuida

Para analisar o adoecimento, é necessário investigar qual a concepção das trabalhadoras sobre saúde e sobre como a díade saúde-doença é compreendida e relacionada com o trabalho. Assim, parte-se da questão inicial “Você é ou se sente saudável” para apreender esses sentidos.

O conceito de saúde-doença é complexo e multifacetado, além de pessoal, subjetivo e individual. Cada pessoa experimenta o processo a partir de suas crenças, cultura, formação e experiência de vida. Assim, diante da pergunta, a determinação do processo saúde doença foi predominantemente atribuída à dimensão biopsicossocial, todavia, apresentada a partir de noções

predominantemente biológicas. Houve uma distribuição semelhante das respostas, pois quatro entrevistadas afirmaram ser saudáveis, quatro afirmaram não ser e três afirmaram ser parcialmente, pois identificavam ser saudáveis em algum aspecto, físico ou mental, mas apresentando algum desequilíbrio em outro aspecto, como representados abaixo:

Falando em saúde mesmo, do meu corpo, eu não me sinto saudável. Espiritualmente eu me sinto bem, como eu sou católica praticante, quando eu pratico, buscando Deus, junto com os irmãos, rezando, é um momento em que me sinto muito bem espiritualmente (ENT3).

Eu me acho saudável, porque eu tenho muitos problemas de saúde, mas é como se eu não tivesse. Eu rio dos problemas que eu tenho. Apesar de tudo, não me deixo abater (ENT4).

Eu não me acho saudável fisicamente, mas psicologicamente eu acho que eu sou (ENT11).

Há, para essas trabalhadoras, uma diferença entre o que seja mente e corpo, espiritual e carnal, psicológico e biológico. Ao realizarem a separação dessas dimensões, entendem o processo saúde-doença de forma fragmentada. Essa fragmentação, derivada do modelo cartesiano, não se restringe apenas aos corpos dos indivíduos, mas na forma como esses se percebem. O indivíduo separa a mente do resto do corpo, com a função de controlá-lo, e assim entende o adoecimento também de forma fragmentada (NUTO, 2006).

Assim, cada entrevistada vai apresentar e expressar sua opinião de ser saudável a partir do conceito de saúde individualmente elaborado. Para a entrevistada 3, percebe-se uma forte influência religiosa na sua concepção de saúde-doença. É a partir do contato com o divino, crenças e ritos, que ela se aproxima da condição de saudável. A vertente religiosa, no mundo ocidental, tornou-se forte a partir da Idade Média, quando a saúde, a causa das doenças e a cura estavam relacionadas com o pecado, a virtude e a vontade de Deus. No Nordeste brasileiro esta ambiência cultural permanece muito forte e é comum encontrar essa vertente como explicação causal de cada uma das categorias, o castigo para o pecado, na doença, e a graça para a virtude, na saúde (NUTO *et al.* 2006).

A entrevistada 4 expressa um sentimento de ser saudável, mesmo quando não sabe não ser. Almeida-Filho e Paim (2014) explicam esse fenômeno a partir de uma formulação teórica denominada “fenomenologia da saúde”, de Porn-Nordenfeld (2005), que estabelece uma distinção entre doença objetiva e doença subjetiva. A doença objetiva é definida pelo potencial de capacidade funcional não

atingido por causa da doença, enquanto a saúde objetiva corresponderia ao efetivo exercício dessa capacidade funcional. A condição de não doença subjetiva teria dois componentes: a consciência e o sentimento de doença. Dessa maneira, o indivíduo é considerado subjetivamente sadio se, e somente se, não se encontra subjetivamente enfermo; acredita que está sadio; e não experimenta um estado mental associado a alguma moléstia objetiva existente. Tal condição é encontrada no discurso da entrevistada 4.

A saúde, como fenômeno, também pode ser conceituada como fato, evento, estado, condição ou processo, a partir de perspectivas positivas ou negativas. No recorte positivo, saúde pode denotar desempenho, capacidades e funcionalidades, enquanto no recorte negativo pode denotar mera ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades (ALMEIDA-FILHO, PAIM, 2014). Nessa classificação colocada pelos autores, tem-se a vertente positiva na perspectiva holística do processo saúde-doença, enquanto a vertente negativa na perspectiva biomédica da díade saúde-doença.

Analisando as trabalhadoras que afirmaram ser ou não saudáveis, predominou a concepção biomédica do processo saúde-doença, referida por sete entrevistadas, enquanto a concepção sistêmica foi referidas por apenas uma trabalhadora.

A concepção sistêmica pode ser entendida a partir do conceito de que a determinação causal não se limita a apenas as questões de saúde, mas a todo contexto familiar e social e a trama de relações na qual o indivíduo encontra-se inserido, como pode ser exemplificado abaixo:

Eu me acho saudável porque eu durmo bem, meu corpo funciona bem, a relação com a minha família é muito boa, sou feliz no meu trabalho, consigo arranjar tempo pra malhar, pra estudar, pra conversar com minhas amigas (ENT 6).

Como é possível perceber, a entrevistada compreende a saúde, não apenas a partir do funcionamento do corpo ou da ausência de doenças, mas pelas relações estabelecidas com família, amigos e no trabalho, que propiciam a um sentimento de bem estar e de salubridade. A concepção de saúde enquanto bem estar social, característica da retórica contemporânea de qualidade de vida, concebe a saúde como função social ou estado ótimo de capacidade para o desempenho das tarefas socialmente valorizadas (ALMEIDA-FILHO, PAIM, 2014).

As trabalhadoras que apresentaram a concepção predominantemente biomédica ao elaborarem o discurso sobre ser saudável podem ser classificadas em três categorias. Na primeira, se enquadraria uma (12,5%) trabalhadora que concebe o processo saúde-doença a partir de desequilíbrio das funcionalidades vitais, interferindo na habilidade do organismo em manter-se íntegro. Na segunda, enquadram-se as duas trabalhadoras (25%) que compreendem o ser saudável a partir da sua relação com o trabalho. E na terceira categoria, encontram-se as outras cinco trabalhadoras (62,5%) que conceberam a díade saúde-doença a partir do estilo de vida individual.

No caso da 1ª categoria, tem-se a única representação:

Ser saudável é sadia de corpo e de mente, que eu acho que sou. Tenho vivido momentos de fases. Por exemplo, eu estou passando pelo período da menopausa. Tenho vivido alguns altos e baixos que para muitas mulheres pode se tornar um bicho de sete cabeças, que destrói até a própria vida. E eu enfrento isso com muita naturalidade, pois eu já sabia. E quando começou a acontecer, tudo o que eu sentia, e tudo o que eu estou sentindo hoje, tudo de uma forma natural, sem me deixar abater. Então me considero uma pessoa saudável (ENT1).

Percebe-se que a trabalhadora concebe o processo saúde/doença de forma cíclica, que em alguns momentos pode sentir-se saudável e em outros não. Entende a díade saúde-doença de forma dinâmica, com o que ela refere como “altos e baixos”, que, em determinados momentos, podem interferir em seu equilíbrio e causar incapacidades funcionais.

As trabalhadoras classificadas na 2ª categoria associam seu adoecimento às condições de trabalho, com elaborações diferentes sobre o ser saudável e o papel do trabalho nesse processo:

Até eu descobrir a artrose, eu me achava saudável... mas descobri essa artrose e estou assim, me sentindo não tão bem. Eu ainda vou conversar com a fisioterapeuta, pra ela me dizer o que é isso que eu tenho. Já fui em ortopedista, reumatologista... Independente disso, eu me acho saudável (ENT 8).

Fisicamente, eu não sou saudável. Agora, psicologicamente eu acho que eu sou, e eu devo isso muito ao meu trabalho, à minha profissão. Mas as dores que eu sinto, me incomodam e o que vem no meu pensamento é: “Por que que aconteceu isso? Porque eu estou assim tão cedo?” Eu queria poder fazer mais do que eu faço aqui, mas não consigo (ENT 11).

As entrevistadas têm em comum o fato de apresentarem lesões articulares e esqueléticas decorrentes do trabalho. A entrevistada 8 pode ser enquadrada também na formulação teórica da fenomenologia da saúde descrita anteriormente. Apesar de existir indícios objetivos de moléstia, a trabalhadora não

experimenta estado mental de sentir-se com a doença. Subjetivamente, sente-se saudável e concebe a díade saúde-doença com uma vertente individual e biológica, não associando sua condição de saúde à forma como seu trabalho é organizado.

Para a entrevistada 11, há uma concepção fragmentada do que é biológico e psicológico, ao separar o ser saudável nessas duas dimensões. O trabalho se incorpora no processo saúde/doença de uma forma produtora de saúde e não há o reconhecimento de que as condições e o processo de trabalho interfiram em seu adoecimento. Além disso, não há uma visão do trabalho a partir de uma relação de causa ou determinação de doença, mas como um processo social que fica incapacitado de ser realizado diante das limitações físicas. Portanto, apesar de inserir o trabalho no seu discurso, esse aparece periférico, secundário, no entendimento do processo saúde/doença e a concepção de ser saudável ou enfermo permanece individual, biológica e fragmentada.

A 3ª classificação, dominante no grupo, expressa a concepção individual e de entendimento do processo saúde-doença a partir de cuidados com o corpo e adoção de estilos de vida considerados saudáveis, como observa-se nos trechos seguintes:

Eu me sinto saudável, ainda estou saudável, mas se tivesse que nascer de novo, eu faria muitas mudanças na minha qualidade de vida. Eu me cuidaria mais, pois eu não cuidei muito bem de mim. Eu fui cuidar de mim há pouco tempo (ENT2).

Não sou saudável e não estou fazendo com que eu fique mais saudável. Eu estou precisando fazer algumas coisas por mim que eu não estou fazendo, como atividade física, emagrecer (ENT 5).

Não sou saudável, minha alimentação é uma correria, mal consigo me alimentar direito. Geralmente eu me alimento demais a noite e não faço atividades físicas. Preciso ter um pouco mais de tempo pra mim para fazer uma atividade física (ENT 7).

Me acho saudável porque procuro sempre fazer atividade física e ter uma alimentação mais adequada (ENT9).

Não sou saudável porque estou acima do peso (ENT 10).

Nessa classificação, há uma responsabilização individual por estar ou não saudável. Não há uma visão sistêmica de que outros fatores como trabalho, família, lazer interfiram nesse processo.

Essa visão de saúde biologicista e de culpabilização da vítima é preocupante, por duas razões. A primeira razão seria que, embasadas por essa concepção, as trabalhadoras passem a não perceber as condições de vida e de

trabalho adoecedoras às quais estão expostas, apresentando menor potencial em resolvê-las. A segunda razão está ligada à relação profissional-usuário, visto que todas essas trabalhadoras são responsáveis pelo ato de orientar e assistir aos usuários no processo de cuidar. Assim, tenderão a repassar essas concepções aos usuários que apresentam necessidades e demandas que ultrapassam a esfera individual e biológica.

Investigou-se a existência de algum evento causador de perturbação na vida das trabalhadoras. É importante considerar, na contemporaneidade da entrevista, se há algum acontecimento que possa ressignificar as tendências ou alterar as percepções e analisá-las.

Apenas duas entrevistadas (18,2%) afirmaram ausência de algum evento perturbador atual em suas vidas. Das nove restantes, sete afirmaram experimentar alguma perturbação de ordem pessoal, relacionada consigo mesmo, com os filhos ou com quadros de saúde. As outras duas entrevistadas acusaram alguma perturbação no âmbito profissional.

No âmbito pessoal, as considerações foram as seguintes:

Com a menopausa, eu estou suando muito e isso me incomoda. Mas eu sei que é normal. É natural. Não é o tempo todo e nem a vida toda... É uma situação pontual, que a qualquer momento também pode cessar (ENT1).

O que está me perturbando é a minha filha. Ela está entrando na adolescência e esse ano eu estou com esse problema, que ela está tirando notas baixas e isso me perturba, porque eu não estava acostumada a ver ela tirando notas baixas, isso me deixa triste. Na verdade, eu não queria que ela estivesse passando por esse momento, embora seja uma fase, mas é uma fase que pra mim é negativo, traz algo negativo pra ela (ENT3).

Me preocupa a minha filha, que engravidou agora e ainda não casou, quer casar, mas a gente está em dúvida se ela fica na minha casa, se fica na casa dos pais do marido... Isso me perturba um pouco, porque não é isso que a gente idealiza (ENT4).

São os problemas do meu filho, que eu que estou cuidando (ENT5).

O que me perturba é a incerteza do futuro. Terminei uma segunda graduação e não sei qual o próximo passo. Faculdade, especialização, continuar na saúde ou tentar um concurso (ENT7).

São coisas pessoais, minhas mesmo (ENT10)

Me perturba essa minha doença, minhas dores. E o que vem no meu pensamento, por que que aconteceu isso e porque que eu estou assim tão cedo, eu queria fazer mais do que eu faço (ENT11).

Seja qual for a razão da perturbação – problemas pessoais dos filhos, como gravidez na adolescência ou comportamentos diferentes, ou sentimento de

impotência perante uma doença; ou incertezas para o futuro – as questões do trabalho surgem agravando ou agudizando o problema. São constantes nas falas as consequências da perturbação sentida no ambiente de trabalho, por meio de expressões como “acabo levando as preocupações para o trabalho”.

Nos relatos das entrevistadas, observa-se que, mesmo sem assumirem, as perturbações e preocupações domésticas podem acabar sendo levadas para o ambiente de trabalho, causando um sofrimento que é ainda maior à mulher, justamente porque, na maioria das vezes, é a ela atribuída a responsabilidade em administrar e gerenciar os problemas pessoais, que somados à sobrecarga de trabalho gera situações de tensão.

Observa-se que, para algumas trabalhadoras, não há como separar a esfera pessoal da profissional, a vida e o trabalho, pois sempre há relação e influência entre elas, em que as preocupações pessoais podem potencializar as tensões e o sofrimento no trabalho, que são sentidos e experimentados com diferentes consequências, como relatado a seguir:

E com esse problema, acabo ficando mais desligada ou até mesmo posso responder mal o meu colega (ENT4).

Os problemas interferem porque eu acabo tendo mais enxaqueca e faltando ao trabalho (ENT5).

Para as entrevistadas 4 e 5, o trabalho é afetado por suas perturbações pessoais, com manifestações tanto psicológica, como estar mais irritada ou impaciente e destratar um colega, ou como manifestação física, expressa pela presença da enxaqueca. As trabalhadoras passam a vivenciar a dificuldade de lidar com os problemas externos ao trabalho no seu ambiente de trabalho, prejudicando a forma como executa e realiza suas atividades.

Para outras duas (18,2%) entrevistadas o trabalho comparece como a principal causa de perturbação, como expresso em:

Me perturba a questão da pressão no trabalho. Eu tento ter menos cobrança, mas isso é uma coisa que eu ainda não consegui tirar... essa cobrança de mim, de ser boa, de fazer o melhor (ENT6).

Eu queria ter uma coisa mais segura pra mim. Estou trabalhando em três lugares, nenhum com carteira assinada. Um até tem alguns direitos, que é esse da atenção básica, e os outros não. Eu ganho se eu produzir. Se eu ficar doente 15 dias, aí o salário diminui a metade. E aí eu penso em fazer um concurso, ter um salário mais fixo mesmo, por que realmente eu sei que nessa rotina que eu levo de trabalho eu não vou aguentar muito tempo. Me preocupo em não ter um trabalho mais estável (ENT 9).

Para a entrevistada 6, características inerentes de sua personalidade, de “se cobrar muito” interferem na relação com o trabalho. O perfeccionismo e a ansiedade em buscar fazer o melhor parecem ser suas preocupações. Essas características não podem ser consideradas de forma negativa, principalmente porque fazem com que a execução do trabalho ocorra de forma adequada. Entretanto, quando existem fatores e/ou condições no trabalho que escapam do controle e da responsabilidade do trabalhador, podem surgir sentimentos de frustração e impotência, ocasionando sofrimento para o trabalhador.

A entrevistada 9 traz à luz da discussão um problema que interfere muito na saúde mental do trabalhador, que é a precariedade do vínculo empregatício. A preocupação referente ao trabalho ocorre pela falta de condições adequadas ao exercício profissional e baixa remuneração, o que ocasiona a busca por múltiplos empregos e, conseqüentemente uma sobrecarga de trabalho. Esse cenário parece fazer parte da realidade da ESF no Brasil, pois já foi reportado em outros estudos (COTTA *et al.*, 2006, TOMASI *et al.*, 2008).

No estudo de Cotta *et al.* (2006), metade dos profissionais da ESF entrevistados estavam insatisfeitos com salário e o vínculo de trabalho, o que os obrigava a acumular diversos empregos. Além disso, o vínculo de trabalho precário impede a educação continuada, dificulta a fixação do profissional na ESF e interfere na forma como o cuidado é prestado à população. Situação semelhante foi observada por Tomasi *et al.* (2008), em que foi observado que mais da metade dos profissionais da ESF das regiões Sul e Nordeste do Brasil não haviam ingressados no serviço público por meio de concursos e ainda mais de um terço possuía vínculo precário de trabalho. Os autores destacaram que essa é uma preocupação dos profissionais de saúde.

O trabalhador, na sociedade capitalista, é visto como digno quando trabalha muito para manter seu padrão de consumo (MEDEIROS *et al.*, 2006), nem que para isso prejudique suas relações sociais e seu modo de vida. Tal situação é mais preocupante quando se trata da iniciativa privada, em que a carreira e o salário dependem do livre mercado e da exploração da força de trabalho.

Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre o vínculo empregatício e o maior risco ao adoecimento mental dos trabalhadores da atenção primária de Sobral, encontrou-se uma alta prevalência do vínculo considerado precário, como terceirização, contrato de trabalho e cargo

comissionado, sem garantia dos direitos trabalhistas, o que, de acordo com alguns estudos (BRAGA *et al.*, 2010, DILÉLIO *et al.*, 2012, CARREIRO *et al.*, 2013) podem estar associados com o maior risco de adoecimento mental no trabalho.

É importante ressaltar que o sentimento da trabalhadora em relação à precariedade do vínculo empregatício não ocorre no contexto da atenção básica, mas nos outros empregos da iniciativa privada. Embora não haja garantia total dos direitos trabalhistas em sua contratação como membro da ESF, ela não experimenta e percebe essa precariedade, portanto não há tensões ou conflitos, conseqüentemente não parece haver o adoecimento por essa razão.

Em relação ao apetite, oito (72,7%) entrevistadas afirmaram ter alimentação adequada, sem nenhuma alteração ocasionada por fatores relacionados ao modo de vida ou trabalho. As outras três (27,3%) apontaram vivenciar alteração no comportamento alimentar ocasionado por motivos variados, como problemas pessoais, ansiedade e sobrecarga de trabalho.

Meu apetite estava um pouco confuso por causa da falta de tempo, já que eu trabalho de manhã e estava tendo aula à noite. Nesses últimos dias, eu tenho conseguido melhorar (ENT 7).

Há um ano atrás, eu emagreci seis quilos. Foi na época que eu estava com problemas com meu namorado. Acabamos e evito de falar com ele por causa disso, porque eu perco o apetite e volto a fumar cigarro. Eu não fumo a três anos, mas se eu voltar com ele, eu fumo, porque o cigarro me acalma (ENT8).

Tenho um apetite muito grande por causa da minha ansiedade. Engordei muito em pouco tempo. Até já tomei medicação para a ansiedade e depressão (ENT10).

Apesar de o trabalho comparecer implicitamente na fala da entrevistada 7, ao relatar a falta de tempo, é apenas para a entrevistada 10 que a relação trabalho-apetite é estabelecida. A organização e as condições de trabalho se mostram geradoras de tensão e de ansiedade capazes de alterar a alimentação e favorecer o ganho de peso para essa trabalhadora.

A ansiedade, que surge a partir de um acontecimento pessoal ou pelas situações de trabalho, é então apontada como a causa para a alteração do apetite e, diante dessa situação, busca-se o uso do tabaco ou de medicamentos controlados como forma de aplacá-la, sem com que as trabalhadoras percebam e interfiram nas causas primárias do problema.

Em relação ao sono, exceto por seis entrevistadas que afirmaram ter boa qualidade de sono, as outras cinco apresentam alguma dificuldade em iniciar o sono,

interrupções ou insônia.

Às vezes, me sinto muito ansiosa, dá até uma falta de ar, aquela coisa que não sei explicar o que é. Às vezes eu perco o sono, porque a jornada de trabalho da gente é muito cansativa e são tantas preocupações que eu perco o sono (ENT4).

Quanto ao sono, eu estava com um pouco de dificuldade porque tinha essa questão de não conseguir dormir suficiente por causa de prova, das demandas que eu levava do posto para casa. Às vezes, acordava 4h da manhã pra terminar o prontuário que não terminei à noite (ENT7).

O que acontece é que, com as coisas do trabalho, eu demoro a “pegar” no sono. Eu fico pensativa, até tarde da noite, e só depois que eu pego no sono. A minha cabeça fica todo tempo pensando o que eu devo fazer para resolver as coisas do trabalho (ENT8).

O meu sono não é bom. Tenho muitas dificuldades em dormir e sempre tenho um sono sobressaltado, acordando de madrugada (ENT10).

Quando eu tenho alguma coisa pra resolver do trabalho, por exemplo, um paciente vai perder uma vaga de um canal, eu não durmo enquanto eu não falar com o paciente pra ele ir. Quando amanhece, eu vou na casa do paciente porque eu sinto como se aquela pessoa fosse deixar de ter saúde por minha causa. Então com isso, eu não consigo dormir (ENT11).

Surpreende o alto número de entrevistadas que afirmaram sofrer com alterações do sono, pois, analisando o processo de trabalho na atenção básica, observa-se que não há jornadas de trabalho noturnas, ou regime de plantões que justifiquem o comprometimento do sono, como ocorre em outros trabalhadores (SAMPAIO, 2001, BORSOI, 2005, SILVA *et al.*, 2011, SILVA *et al.*, 2013, FONSECA, ARAÚJO, 2014).

O trabalho em turno noturno se mostra nocivo, pois impede a reconstituição da força física e mental do indivíduo, sendo comum sua relação com o adoecimento do trabalhador. Nenhuma trabalhadora tinha jornada de trabalho na atenção básica com comprometimento do sono, entretanto, aquelas que acumulavam mais de um emprego, como a entrevistada 10, apresentava jornada de trabalho com plantões, o que pode justificar a má qualidade de sono referida pela entrevistada. O quadro de acúmulo de empregos é uma característica do profissional de enfermagem que agrega empregos de jornada diurna com empregos no âmbito hospitalar, com jornadas noturnas. Assim, há a redução do sono, pois o tempo que seria destinado ao repouso, normalmente o turno da manhã, é preenchido pelo outro vínculo empregatício ou pelas atividades domésticas (SILVA *et al.*, 2011).

A entrevistada 7, também da equipe de enfermagem, atribui a má qualidade do sono à sobrecarga de atividades, relativas ao trabalho e ao estudo. No

caso dessa trabalhadora não é a superposição de trabalhos que prejudica seu descanso, mas o acúmulo de atividades variadas, como o trabalho na atenção básica e a graduação em Direito no turno noturno. A justificativa para a segunda formação é a busca de uma melhor remuneração e estabilidade de emprego. Isso se dá por uma exigência do sistema capitalista que converte o tempo livre em um tempo de consumo para o capital, em que o indivíduo sente-se impelido a capacitar-se mais para melhor competir no mercado de trabalho (AZAMBUJA *et al.*, 2007).

As entrevistadas 4, 8 e 11 atribuem a dificuldade do sono a transtornos de ansiedade. Atualmente, ansiedade, assim como estresse, veem sendo amplamente referidos como justificativas para consequências negativas à saúde do trabalhador, sendo considerados males da sociedade contemporânea e consequências do modo de produção capitalista. A ansiedade, experimentada pelas trabalhadoras, pode surgir como resposta aos eventos externos ou ser gerada internamente por medo ou insegurança. Abrange sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, que podem se manifestar por meio de constrição respiratória, levando à hiperventilação, além de tremores, inquietação e desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo, como a perda do sono (RESENDE *et al.*, 2011).

Em relação à vida sexual, os registros do diário de campo indicam sensação de desconforto e reação inicial de vergonha em frente à pergunta. Provavelmente por conta do gênero feminino, há certa dificuldade em falar abertamente sobre o assunto. Além disso, em meio aos risos nervosos, há tentativas constantes de fugir da questão.

Das onze entrevistadas, quatro (36,3%) responderam de forma genérica, curta e objetiva, com respostas do tipo “está tudo bem”, “tranquilo”, “sem problema”. Dessas quatro entrevistadas, apenas uma (25%) é casada. Observou-se e registrou-se no diário de campo um incômodo e decisão de não detalhamento, de buscar artifícios para encerrar o assunto. Quando se descreve algo que não se dá importância, tende-se a fazê-lo com poucas palavras e concisão. Nesse sentido, a personalidade, nível de escolaridade, renda e categoria profissional não influenciam.

Das sete entrevistadas que discorreram sobre o tema, é possível classificar em duas categorias: as que apresentam a vida sexual como interrompida e as que apresentam a vida sexual influenciada por questões relacionadas ao trabalho.

Quatro entrevistadas afirmaram estar com a vida sexual parada, conforme discursos a seguir:

A vida sexual está parada. Dei umas férias e não sei se essas férias vão voltar, se vão terminar (ENT1).

Vida sexual parei foi cedo. Mulher que trabalha como eu não tem vida sexual. A mulher precisa ter tempo para ela, e eu nunca tive (ENT 2).

Faz um ano que eu não tenho relacionamento com ninguém (ENT5).

Vida sexual eu não estou tendo, nem quero ter. Eu estou preferindo evitar, eu não quero não (ENT8).

As justificativas para a interrupção da vida sexual são diferentes e devem ser analisadas. Apenas a entrevistada 2 é casada e as demais estão separadas. As que estão separadas parecem experimentar a insatisfação com a vida sexual depois de fracassos em seus matrimônios, com histórias de traição e abandono. Para as entrevistadas 1 e 5, a falta de um relacionamento estável parece ser a justificativa para a interrupção, enquanto para a entrevistada 8, as decepções amorosas recentes são as justificativas para a falta de vontade e desejo em manter a atividade sexual.

A entrevistada 2, diferente das demais, justifica a interrupção da vida sexual em decorrência do trabalho, que se mostra, na fala da entrevistada, como o fardo que a impede de ter vida pessoal a seu modo.

O estilo de vida imposto pela situação de sobrecarga de trabalho torna-se um desafio para os casais, em especial às mulheres, que carregam um ônus desigual, relacionado principalmente com o acúmulo de jornadas de trabalho, o desempenho de múltiplos papéis e funções e o alto nível de exigência pessoal, do cônjuge e da sociedade. A falta de igualdade na divisão de tarefas domésticas, na administração da casa e na educação e cuidado dos filhos são fatores que geram tensão na esfera familiar e, somados a percepções diferentes entre os parceiros acerca de seus papéis no casamento e na família, transformam-se em dilemas e desafios na vida cotidiana do casal. Na maioria das vezes, é a mulher quem tem que abdicar de seus interesses pessoais em favor das necessidades do grupo familiar. Essas diferenças, na forma de conciliar família e trabalho, vividas por homens e mulheres, podem afetar a satisfação no casamento, interferindo na vida sexual (PERLIN, DINIZ, 2005).

Entretanto, no discurso das outras três trabalhadoras, a categoria trabalho

e, principalmente, as consequências decorrentes da sua sobrecarga, interferem diretamente e influenciam na vida sexual.

Com as coisas do trabalho, me sinto muito ansiosa, aí interfere diretamente no relacionamento principalmente no relacionamento a dois (ENT4).

A vida sexual está boa, mas diminuída pela correria. A gente acaba percebendo, que nessas últimas semanas acabei pegando plantão todo final de semana, aí chego do plantão, cansada e vou dormir. Então, acaba que está diminuindo, mas normalmente é tranquilo (ENT6).

O médico já me disse que eu tenho muita ansiedade e que está relacionada com as dificuldades pessoais e principalmente com a sobrecarga no trabalho. Com isso, tenho pouca vontade na atividade sexual (ENT 10).

Os discursos nessa classificação remetem a uma associação entre trabalho e qualidade da vida sexual, atribuindo a influência na vida afetiva às condições e organização do trabalho. Parece ser o trabalho, principalmente sua organização, que dita e dá o tom de como a vida pessoal se conforma, e as consequências dessa forma de viver, interferindo nas relações pessoais e afetivas, refletindo na diminuição do desejo sexual.

No caso da entrevistada 6, não é o trabalho na atenção primária que influencia, mas o acúmulo de empregos, que aumenta a carga horária total dedicada ao trabalho e diminuída para os relacionamentos pessoais e afetivos. Além disso, a situação é posta como transitória, sem estar completamente afetada.

As entrevistadas 4 e 10 trazem à luz da discussão, mais uma vez, a questão da ansiedade advinda do trabalho, afirmada por ambas como fator que interfere na vida sexual. Pessoas acometidas por quadros de ansiedade tendem a se perturbar facilmente, maximizam os efeitos negativos de eventos externos e apresentam pouca motivação para mudanças, o que pode desencadear dificuldades em controlar as emoções e reações, prejudicando suas relações sociais e em seu trabalho (RESENDE *et al.*, 2011).

Ao se analisar a ansiedade, é necessário considerar os aspectos individuais de cada sujeito, como os elementos de sua personalidade, nas avaliações das relações do trabalho como determinante causal. Os resultados do SRQ-20 das duas trabalhadoras apresentaram-se positivo para a sintomatologia de TMC, porém a interação entre os fatores causadores é complexa e modulada por características não apenas profissionais, mas também individuais e sociais.

Em estudo de Oliveira (1996) com bancárias e profissionais de saúde, as relações sexuais foram referidas como frequentes e satisfatórias, entretanto com um

significativo número de trabalhadoras que afirmaram que o trabalho influencia na vida sexual, por meio do cansaço, esgotamento, tensões e fadigas musculares.

No estudo de Sampaio (2001) com petroleiros, algumas diferenças foram encontradas comparando com o presente estudo. A primeira diferença relaciona-se aos sujeitos investigados, que foram predominantemente do gênero masculino, e a outra diferença refere-se à organização e as características do trabalho, que se realizava em alguns períodos distantes fisicamente dos cônjuges, quando os trabalhadores estavam embarcados. Não se encontram essas situações nesse estudo, todavia, em comum, encontra-se a categoria trabalho perpassando pelas experiências na vida sexual e a influenciando, com a diferença de, naquele estudo ter sido encontrado o trabalho não apenas como cerne causador de insatisfação, mas também como motivo de orgulho, de ascensão e satisfação, que eram direcionados para a vida sexual. Também se observou que a organização dos turnos de trabalho, com os períodos distantes de casa, reativavam a vida sexual e era responsável por revitalizar a relação. Portanto, percebe-se que, nesse sentido, a organização do trabalho tende a influenciar na forma como ocorre a vida sexual dos trabalhadores diferenciando, todavia, por características individuais e de gênero.

3.2.3 Relação entre família de origem e família constituída

Considerando o referencial teórico adotado nessa pesquisa, a família representa um importante elemento para a análise do processo saúde-doença mental dos trabalhadores. Concordando com o que afirma Sampaio (2001), embasado pelas formulações de Adorno (1950), o indivíduo, diante de sociedades complexas, divididas em classes e imersas na alienação, resignificará a sua existência a partir de instâncias de mediação como escola, igreja, sindicato, partido político e família. Portanto, torna-se essencial conhecer as opiniões das entrevistadas sobre a estrutura familiar para compreender a relação com o trabalho.

A família pode ser considerada a principal responsável, não só pela consciência do indivíduo, mas também pela construção da identidade, a partir da transmissão dos valores, crenças e normas.

Analisando as famílias de origem das entrevistadas, percebe-se, em algumas, relatos de histórias de vida permeadas por separações ou distanciamentos dos pais, situações que obrigaram a elas assumirem prematuramente o papel

materno e a responsabilidade do cuidado da família, principalmente dos irmãos, além da inserção precoce no mercado de trabalho. Também é possível perceber que, além da separação dos pais, há uma dificuldade na aceitação e no relacionamento com a figura paterna, como é possível observar nos trechos abaixo:

Os meus pais são separados. A minha mãe era muito sofrida, porque o meu pai tinha outra mulher. Aí, ela arranhou outro marido e saiu de casa. Com 14 anos, eu tive que assumir sozinha toda a família, cuidando dos meus 6 irmãos. Comecei a trabalhar nova para ajudar a sustentá-los (ENT10).

Eu fui uma menina criada sem mãe, porque minha mãe morava no interior e eu vim estudar aqui. Com pouco tempo, a minha mãe faleceu. Eu morava com uns parentes, mas depois meu pai construiu uma casa por aqui e aí vieram todos os filhos. Eu, como era a mais velha, cuidava de todos os filhos. O meu pai, assim que minha mãe morreu, me deu uma madrasta e ela não foi essas maravilhas... o que dificultou o relacionamento com ele. (ENT2)

minha relação é bem melhor com minha mãe, uma pessoa mais acessível. Com meu pai é um pouco mais difícil, infelizmente a gente não tem [um relacionamento] (ENT6).

Além do cuidado dos irmãos, consequência do distanciamento dos pais, a necessidade de estudar e de trabalhar prematuramente como forma de sobrevivência é constante nos discursos dessas entrevistadas:

Meus pais se separaram eu tinha quinze anos, aí comecei a batalhar cedo por consequência disso, sempre tive pai e mãe ausente e só tinha uma coisa que eu focava na vida: era terminar o segundo grau. Apoio eu nunca tive, nem de pai, nem de irmão nem de ninguém (ENT11).

Meus pais morreram muito cedo. Eu era muito nova, quando meus pais morreram. Eu tinha sete anos quando meu pai morreu e doze quando minha mãe morreu. E eu fui morar com minha irmã e meu cunhado. E era eu e mais outro irmão, mais novo. Nós fomos morar com a minha irmã e eu tive que começar a trabalhar muito cedo (ENT1).

Sem os meus pais, eu comecei a trabalhar nova para ajudar a sustentar a família, os meus irmãos (ENT10).

Não é possível afirmar precisamente qual peso essas experiências tiveram na conformação da identidade de cada trabalhadora, ou qual foi a influência para o processo saúde doença-mental, entretanto, verifica-se que o rompimento do vínculo com a família é visto como uma experiência dolorosa e de difícil enfrentamento.

Quando eu tinha cinco anos minha mãe biológica chegou a falecer. Aí, desde os cinco anos eu já fui criada por outra família. Quando eu perdi minha mãe, que fui pra essa outra família, pra mim foi um choque muito grande e isso me afetou muito na minha infância, minha infância não foi boa por conta disso (ENT3)

Buscando analisar as interferências das famílias de origem na constituição das novas famílias, sistematiza-se a seguir a comparação dos discursos das oito entrevistadas que constituíram família.

Quadro 5 – Distribuição comparativa dos discursos sobre estrutura familiar na família de origem e na família constituída

<p>“Meus pais morreram muito cedo. Eu era muito nova, quando meus pais morreram. E eu fui morar com minha irmã e meu cunhado. Não faltou nada. Estudei e comecei a trabalhar muito cedo. Faziam minhas vontades. Minha família me apoiou sempre em tudo (ENT1).</p>	<p>Eu tive uma pessoa por 10 anos, mas não tive filhos. Foi uma coisa boa, mas acabou não dando certo. Ai eu disse que não queria mais ficar com ele e minha família, que foi minha irmã e meu cunhado, me apoiou (ENT1).</p>
<p>Minha mãe faleceu quando eu era muito nova. O meu pai, assim que minha mãe morreu, me deu uma madrasta e ela não foi essas maravilhas, o que dificultou o relacionamento com eles. Eu cuidava de todos os filhos. Eu tenho 6 irmãos, 5 formados (ENT2).</p>	<p>Meu marido é uma pessoa muito boa, mas dificilmente consegue um trabalho. Sou eu que sustento tudo, trabalhando de manhã, de tarde e de noite. Minha meta eu consegui: formar os meus filhos (ENT2).</p>
<p>Quando eu tinha 5 anos, minha mãe faleceu e eu fui criada por outra família. Para mim foi um choque muito grande e isso me afetou na minha infância. Minha infância não foi boa por conta disso, mas a minha família que me criou me acolheu muito bem. Foi com ela que eu aprendi a ser quem eu sou hoje, responsável (ENT3).</p>	<p>Eu passei 9 anos casada, ai separei. Ficou só eu e minha filha. Passei 6 anos sozinha. Agora eu tenho um noivo e vou casar daqui a uns dias. Eu consegui ser mãe e pai até hoje. Eu me realizei como mãe. Somos felizes, eu e minha filha (ENT3).</p>
<p>A minha mãe é uma heroína. Meu pai sempre foi um homem namorador, mas ela nunca deixou a gente saber. Somos 8 irmãos loucos por ele e a gente atribui isso à forma como a nossa mãe criou a gente, ela não deixou a gente saber (ENT4).</p>	<p>Eu sempre dou o exemplo da minha mãe para os meus filhos. Tenho um marido muito bom, um exemplo para os filhos. Tenho filhos adolescentes que acabam me preocupando. Estou na luta ainda para a criação deles (ENT4).</p>
<p>Eu tive uma infância muito boa, meu pai sempre fez tudo que a gente queria, sempre foi um paizão. Mas ele era mulherengo e perturbava a minha mãe, que não consegue se conformar até hoje. Ele tem uma vida meio dupla, continua aqui e no meio do mundo. Mas minha família é muito família, muito próximo, todos se protegem (ENT5).</p>	<p>Eu casei com meu marido aos 17 anos e tive meu primeiro filho. Me separei aos 23, porque ele arrumou outra pessoa. Arrumei outra pessoa, outro namorado que foi com quem eu tive minha segunda filha. Mas nunca deixei ninguém entrar na minha casa, nunca quis mais casar com ninguém. Eu tinha medo que alguém fizesse alguma coisa com meus filhos, eu sempre protegi muito meus filhos (ENT5).</p>
<p>Eu só tenho mãe e meus irmãos, que somos muito unidos. Nunca brigamos, meu relacionamento com a minha família é ótimo. Quando me separei, minha família me deu todo apoio. Na hora em que eu preciso, todos estão ali para ajudar (ENT8).</p>	<p>Eu fui pai e mãe, mas as minhas duas filhas são ótimas. Estão casadas, vivem em suas casas. A família que eu constituí é ótima, apesar de às vezes me sentir só. E aí eu vou para onde está a minha família para receber apoio (ENT8).</p>
<p>Os meus pais eram separados, meu pai tinha outra mulher e minha mãe arranhou outro marido e saiu de casa. Com 14 anos, tive que assumir sozinha toda a família, cuidando dos meus 6 irmãos. Atualmente, cuido e ajudo minha avó como se fosse minha mãe. Não falo com minha mãe há 12 anos. Ela acha que não preciso dela, mas não é assim, eu preciso muito (ENT10).</p>	<p>Tenho uma família maravilhosa. A minha filha é tudo na minha vida. O amor entre a mãe e o filho é o maior amor que existe (ENT10).</p>
<p>A minha família é muito pequena, sempre tive pai e mãe ausente e só tinha uma coisa que eu focava na vida: terminar o segundo grau. Apoio eu</p>	<p>Quando casei, a família do meu esposo me acolheu mais do que a minha própria família. Eu tenho três filhas mulheres e acredito que como</p>

nunca tive, nem de pai, nem de irmão nem de ninguém (ENT11).	mãe, eu não sou das piores. Eu sou para as minhas filhas o que eu não tive. Meu maior medo é elas não enxergarem isso. Eu dou o melhor de mim para a minha família, como mãe (ENT11).
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor

Tem-se nas famílias de origem, seis casos (75%) em que há a ausência da figura materna, paterna ou de ambas, seja por óbito (50%, n=4), separação (12,5%, n=1) ou ausências por causa desconhecida (12,5%, n=1). Há também relatos de traições afetivas dos pais (37,5%, n=3), que culminaram em separação ou em aceitação e submissão da mulher.

Nas famílias constituídas, essa ausência não é diferente, pois quatro mulheres (50%) relatam também histórias de separação e, no caso de três delas, a criação sozinha dos filhos.

A criação dos filhos também é um aspecto importante para análise. Para as sete entrevistadas que tem filhos, verifica-se um esforço em desempenhar o papel de mãe de uma forma que considerem satisfatória. Para as que vivenciaram ausências das figuras paternas e/ou maternas, a maternidade é vista como uma forma de constituir um laço entre os filhos que não foi construído em sua família de origem. No caso das que não vivenciaram essas ausências, o esforço é em repetir a forma como foi criada.

Em relação ao trabalho e à família, mesmo estando presentes de forma implícita nos discursos das entrevistadas, apenas uma trabalhadora remeteu diretamente sua articulação com a família que constituiu.

Sou eu que sustento tudo, trabalhando de manhã, de tarde e de noite. Minha meta eu consegui: formar os meus filhos (ENT2).

Nesse caso, a entrevistada repete o comportamento adquirido na sua família de origem e toma para si o papel de provedora do lar e da responsabilidade na educação dos filhos, enfatizando a importância e centralizando o papel do trabalho no alcance de seus objetivos.

Repetição de comportamento, ao comparar as famílias, também pode ser observado no discurso da entrevistada 5, que se apresenta como uma mãe protetora, tal e qual caracteriza sua família de origem.

Para a continuidade da análise do processo saúde-doença mental das trabalhadoras, é preciso compreender também como ocorre a separação entre

trabalho e vida familiar. Entender a magnitude dessas relações e intersecções e, principalmente, a maneira como vivenciam isso, é importante para desvelar os conflitos e as consequências para a saúde mental.

Estando o ser humano intrinsicamente ligado à família e ao meio social, esses atuam tanto como fonte de pressões, como também de apoio. A família representa um dos suportes afetivos necessários para a busca de sentimentos de segurança, apoio, conforto e confiança. Assim, a ruptura desse suporte, pode afetar a saúde mental do sujeito (CARREIRO *et al.*, 2013).

A partir dos discursos, foi possível realizar uma classificação do modo como a interinfluência família-trabalho ocorre, categorizando em três modos: Desconhecimento de qualquer interferência mútua entre trabalho e família; Reconhecimento de interinfluência entre família e trabalho; Reconhecimento de interinfluência e o predomínio do trabalho sobre a família.

1. Desconhecimento de qualquer interferência mútua entre trabalho e família:

Das onze entrevistadas, três relataram ter capacidade de controlar a influência dos problemas familiares no ambiente de trabalho, assim como a capacidade de não permitirem a interferência das demandas do trabalho nas suas relações pessoais.

Nessa classificação, encontram-se expostos a seguir:

Se eu venho trabalhar eu só venho trabalhar. Problemas praticamente todos nós temos, mas problemas que dê pra se estender até a unidade eu não tenho. Não trago problemas. Eu tento resolver em casa, na família... sem nenhuma intercorrência no trabalho. Consigo muito bem diferenciar, e até distanciar se for o caso, aqui é meu trabalho, é o que eu faço. Na minha casa, é outra coisa (ENT1).

Chego em casa e esqueço o trabalho e quando eu chego aqui, eu esqueço a minha casa. Eu procuro não trazer os problemas de casa para o trabalho. Eu chego aqui e procuro me envolver com o meu trabalho. Mesmo se eu estiver passando por algum problema, por mais difícil que seja, eu consigo com que isso não me atinja no meu trabalho (ENT3).

Eu consigo separar casa e trabalho, porque para mim, quando tenho algum problema, eu chego no meu trabalho e ele me melhora (ENT5).

As entrevistadas 1 e 3 afirmam ter capacidade em separar as dimensões do existir em comportamentos estanques e que não se interferem, mas sem detalhar exatamente como esse processo ocorre.

Na teoria marxista, o homem, a partir do trabalho, modifica a natureza, se modifica e produz a si mesmo. Assim, nesse processo intrinsecamente humano, o homem é capaz de adaptar-se ao meio e recriá-lo para viver melhor.

Para a entrevistada 5, o trabalho é percebido com um aspecto terapêutico, por facilitar a solução dos problemas que são trazidos do âmbito pessoal. Para ela, a realização da atividade laboral transforma a si mesma, agindo como promotora de sua saúde. O trabalho, nesse contexto, adquire um significado diferente, não apenas como uma ferramenta causadora de adoecimento e alienação, mas como operador de saúde e realização pessoal.

Clot (2011) afirma que, à medida que o trabalho é uma causa preocupante de numerosas doenças, é também invariavelmente vital para a saúde. De acordo com o autor, os trabalhadores tendem a exigir do trabalho muito mais do que ele pode proporcionar, nutrindo a esperança não apenas de sobreviver em um contexto, mas de (re)produzir um contexto para viver.

Os indivíduos não são meros executantes do trabalho prescrito, como o modelo Taylorista pressupõe, mas são sujeitos ativos que utilizam o trabalho como ferramenta para demonstrar suas competências e desenvolver as habilidades de enfrentamento das exigências presentes no contexto laboral, visando à promoção da saúde e o poder de agir (BRITO *et al.*, 2012).

2. Reconhecimento de interinfluência entre família e trabalho:

Três trabalhadoras afirmaram não conseguir fazer a separação entre casa-trabalho ou trabalho-casa, assumindo que, algumas vezes, os problemas pessoais interferem em seu processo de trabalho e na forma como executa suas tarefas, assim como os problemas do trabalho interferem na dinâmica familiar.

Às vezes não consigo separar. Tem vezes que perco uma noite de sono pensando em determinados problemas da área e tem vezes que a gente está trabalhando e se pega pensando em algum problema familiar (ENT4).

Às vezes, a gente sai do trabalho cansada, não tem nem coragem de conversar com a família. Se acontece alguma confusão em casa, acabo vindo trabalhar um pouquinho sem querer vir, com dor de cabeça, e pouco disposta. Mas, respiro e digo: “tenho que ir porque os pacientes precisam de mim.” Quando escuto a queixa do paciente, que é maior que a minha, acabo esquecendo (ENT6).

Se eu tenho um problema em casa, não tem como deixar totalmente de levar para o trabalho. Mas não acredito que fique nada no trabalho prejudicado por conta disso, só que eu sei que estou me esforçando mais, que está sendo mais difícil, mas eu tento fazer. E em casa, quando chego mais cansada, não quero ouvir nada, nenhum tipo de problema, pois acabo dizendo alguma grosseria (ENT9).

Nesse estudo, por conta de todas as entrevistadas serem do gênero feminino, há de se considerar, na análise, as assimetrias entre os sexos nas relações domésticas e de trabalho. As mulheres, social e culturalmente, tendem a ter maior responsabilidade sobre os afazeres e a organização doméstica do que os homens (BRITO *et al.*, 2012). Assim, há situações em que esses dois espaços, casa e trabalho, podem se interrelacionar e se interinfluenciar, interferindo na forma como as atividades são executadas e na saúde dessas trabalhadoras.

As entrevistadas apresentam um esforço em evitar as interferências família-trabalho, seja pelo esforço de evitar pensar nos problemas familiares, ou por meio do estabelecimento de empatia com as demandas apresentadas pelos pacientes. Brito *et al.* (2012) detectaram que esses artifícios são comuns às trabalhadoras da saúde que, a partir do envolvimento com a prestação do cuidado e com as necessidades do paciente, obedecem a uma regra implícita do ofício de cuidar que é a de garantir a atenção à saúde mesmo diante de adversidades.

Provavelmente, todas as situações apontadas e artifícios empregados pelas trabalhadoras geram tensões que, em alguns casos, podem desenvolver um sofrimento mental.

3. Reconhecimento de interinfluência e o predomínio do trabalho sobre a família:

Cinco entrevistadas não conseguem evitar que as questões conflituosas vivenciadas no trabalho sejam transferidas para o âmbito doméstico, impactando em diferentes graus as relações familiares.

Se eu não fizer tudo direito no trabalho, eu fico me questionando: “eu devia ter feito isso, porque eu não fiz?” Às vezes, fico acordada pensando que atitude vou tomar no outro dia, que caminho vou tomar (ENT2).

Às vezes, eu tenho que levar trabalho para casa, para fazer no final de semana, por exemplo. Mas eu tento separar essas relações. As pessoais não influenciam no trabalho, mas as do trabalho influenciam nas pessoais. Já cheguei a levar coisas pra fazer na faculdade ou então em casa. Geralmente eu levo muita coisa pra fazer no final de semana (ENT7).

Às vezes, a gente tem que levar trabalho para casa, porque a gente não dá conta. Eu não trago meus problemas de casa para cá, mas eu levo os daqui lá pra casa. Quando tem um problema no trabalho, eu não durmo de noite, enquanto não chega o outro dia para eu tentar resolver. Fico estressada, tento esquecer, mas não consigo. É muito ruim, fico preocupada, porque tem uma pessoa que está precisando (ENT8).

Acho que não consigo separar os problemas do trabalho, eu levo para casa. No trabalho, o paciente chega com um problema, quer ser bem tratado, então não vou descontar em cima do paciente. Quando estou com problemas no trabalho, me estresso em casa, desconto em casa. Me estresso com minha filha, as vezes brigo com meu marido, eu acho que eu desconto em casa (ENT10).

Em casa, eu levo problema do trabalho sim. Às vezes, eu me sinto incapaz. Porque eu quero fazer algo, mas não depende de mim, aí eu me chateio. Aí quando chego em casa, eu jogo essa raiva que a gente não pode explodir aqui, aí explodo em casa. Aqui a gente tem que ter ética, tem que ser compreensiva e quando eu chego em casa eu explodo. Às vezes, meu esposo diz: "Você sai daqui tão bem, quando chega é dessa forma." E eu digo: "É porque eu não posso agir dessa forma lá, aqui é o meu lugar, aqui eu sou eu. Então se tem um lugar que eu posso ter liberdade é na minha casa (ENT11).

No caso do profissional de saúde, o exercício do trabalho inclui uma relação afetiva com o paciente para a produção do cuidado. Essa relação estabelecida, quando permeada por sentimentos de vínculo e responsabilização, afeta o profissional em suas instâncias subjetivas. A empatia estabelecida com o problema do usuário faz com que o profissional busque a solução de problemas que muitas vezes não tem capacidade de resolver, o que pode gerar frustração e sentimento de fracasso, ocasionando um sofrimento mental.

O modo como o trabalho é estabelecido organiza o cotidiano das pessoas, determina e interfere nos vínculos familiares, afeta o suporte social, o suporte afetivo e as relações trabalho-família (CODO, 2002). Os discursos apontam para uma visão do trabalho a partir de um impacto negativo nas condições de vida, gerador de angústias e sofrimento. Em todos os discursos, há aspectos relacionados à sobrecarga de tarefas, que compromete às demais esferas de viver humano. Relatos de conflitos familiares, diminuição do tempo dedicado ao lazer e à família e angústias pessoais diante da incapacidade de solução dos problemas são frequentes.

O trabalho consome não só o tempo cronologicamente medido no ambiente institucional, mas também envolve e consome o tempo extra a partir da realização de atividades burocráticas, de planejamento. O trabalho prescrito difere do trabalho real, pois as atividades voltadas à realização do trabalho ultrapassam a carga horária prevista e interferem nas outras instâncias de vida.

As ACS aparentaram apresentar maior dificuldade em lidar com as interferências do trabalho sobre a família. Os elementos característicos do trabalho dessa categoria podem interferir na capacidade de enfrentamento dos conflitos do trabalho, o que podem ocasionar sofrimento e adoecimento mental. Esses trabalhadores, por vivenciarem a realidade do bairro onde moram e trabalham e conhecerem as dificuldades e demandas, sentem uma maior responsabilidade na

resolução dos problemas das famílias (AZAMBUJA *et al.*, 2007). Contudo, ao passo que sentem a necessidade em resolvê-los, não possuem poder suficiente. Acrescido a isso, há a sobrecarga do trabalho e a geração do conflito do que é trabalho e do que é pessoal, pois o acesso dos usuários, muitas vezes vizinhos, pode ocorrer em horário extra ao trabalho (SILVA; MENEZES, 2008), muitas vezes na própria residência do ACS, interferindo na esfera familiar. A forte relação de vínculo, proximidade e de confiança com a comunidade, diferente dos demais profissionais da ESF, justifica esse comportamento.

Diante de todas as exigências internas do trabalho, pela sobrecarga e baixa capacidade resolutiva, das exigências externas por parte da família, as trabalhadoras, principalmente às de nível médio, sentem uma sensação de incompetência, de cansaço, sofrimento, desgaste que interferem em sua saúde mental.

Na entrevista 11, chama atenção a ênfase que a trabalhadora dá para a liberdade de desabafar seus problemas em casa. Mesmo o ambiente familiar sendo também um local de conflitos, é o local de pertencimento do sujeito, portanto percebido como suporte necessário para o extravasamento de emoções, onde o desabafo e o compartilhamento das angústias advindas do próprio ambiente familiar e do ambiente de trabalho toma espaço.

3.2.4 Relações sociais e conflitos no trabalho

Em qualquer análise do processo saúde/doença mental no trabalho não se pode compreender o trabalhador sem considerar seus laços afetivos mais íntimos e suas relações com as outras pessoas.

Assim, é pertinente compreender como os indivíduos se relacionam entre si, em sociedade, e como são afetados por esses relacionamentos. Socialização e sociabilidade são conceitos utilizados pela psicologia social e sociologia para designar os fenômenos estruturais da vida humana, sem os quais não é possível entender produção e difusão de noções, conceitos, categorias, representações, ideologias, comportamentos, atitudes e compartilhamento das visões de mundo (SAMPAIO, 2001). O Marxismo, ao utilizar a expressão “ser social”, estabelece uma categoria explicativa para os conjuntos de probabilidades genéticas, econômicas,

culturais e psicossociais que um indivíduo atualiza ao nascer, por emergir em certa família, etnia, classe social, país e período histórico (CODD *et al.*, 1993).

Pretende-se estabelecer, portanto, o quanto das experiências de relacionamento social e das interações interpessoais profissionais repercute nas percepções e opiniões que as entrevistadas formulam sobre o trabalho.

Entre as trabalhadoras predominou, a partir da afirmação de sete (63,6%) entrevistadas, a opinião de que vivenciavam bom relacionamento social. Esse subgrupo pode ser dividido em dois perfis: as sociáveis por características de personalidade e as sociáveis que relacionam o trabalho com esse comportamento, contribuindo ou impedindo.

São quatro as que compõem o subgrupo de sociáveis por características inerentes à sua personalidade. Essas trabalhadoras associaram o bom relacionamento às características de extroversão e desinibição, como percebido a seguir.

Meu relacionamento é muito bom. Me sinto uma pessoa bem relacionada com todo mundo. Eu não tenho nenhuma pessoa que diga assim: "Ah, eu não gosto dela ou ela não gosta de mim". Sempre estou a inteira disposição. E tenho um bom relacionamento de boas amizades que me fortalecem (ENT1).

Meu relacionamento com as pessoas está ótimo. Não tenho problemas com ninguém (ENT3).

Eu me sinto muito bem relacionada com a comunidade. Com as pessoas aqui da unidade de saúde, de uma forma geral, me relaciono muito bem também. Eu gosto muito de conversar, sou muito extrovertida (ENT8).

Com as que convivem comigo, meus amigos próximos e as do trabalho, meu relacionamento está ótimo. Mas eu sou mais na minha. Por exemplo, tem gente que chega em um ambiente e logo conversa e cria amizade com todo mundo. Eu não, sou mais na minha, preciso de mais tempo para me relacionar, mas sem dificuldades (ENT9).

Me relaciono bem com as pessoas (ENT10).

As sociáveis, principalmente as entrevistadas 1, 3, 8 e 10 apresentam-se com esse comportamento atribuindo-o às suas características de personalidade. O relacionamento com as pessoas ocorre de forma natural, tanto no ambiente de trabalho como nas relações pessoais. A entrevistada 9, apesar de apontar comportamento com retraimento e certa timidez, indica que não há problemas de relacionamento decorrentes desse modo de ser.

Duas entrevistadas podem ser classificadas no subgrupo de sociáveis em que o trabalho associa-se à esse comportamento.

Tenho um bom relacionamento com as pessoas, mais com minha família e amigos. Do trabalho, é pontual. Tenho um relacionamento bom com o pessoal que eu dou plantão, já fizemos até viagem juntos. Quando estamos lá, a gente conversa, janta juntos, fala sobre as dificuldades do plantão e nas unidades de saúde. Eu estou convivendo mais com eles, porque com a rotina de estudo e trabalho, tenho pouco tempo para a família e meus outros amigos (ENT6).

Meu relacionamento está bom, converso com todo mundo, respeito religião, opinião e todas as pessoas. Aí se torna uma convivência boa, porque existe o respeito. Uma coisa que eu aprendi aqui no meu trabalho foi a conviver com diferentes tipos de pessoas (ENT11).

Para essas trabalhadoras, a organização do trabalho é responsável em favorecer ou impedir as relações sociais, comparecendo e imergindo nos discursos a partir de um papel central na constituição desses relacionamentos. O trabalho é visto como uma forma de inserção social concreta, valorização pessoal e profissional e de sentimento de pertença a um contexto em que, historicamente, o trabalho forma, transforma e recria as relações humanas (AZAMBUJA *et al.*, 2007).

Para a entrevistada 6, o trabalho exerce um papel antagônico, pois representa o meio de relacionar-se com as pessoas, ao mesmo tempo em que também é responsável, a partir da sua organização e condições, pelo afastamento do convívio de familiares e outros amigos. Para a entrevistada 11, há uma associação do trabalho e, principalmente, das relações estabelecidas nesse local, com a forma de relacionar-se com as pessoas. É o trabalho que garante o suporte e a aprendizagem necessária para conviver com outros, suas diferenças e personalidades.

As outras quatro (36,3%) trabalhadoras compartilham o sentimento de retraimento, timidez e opção por afastamento das outras pessoas, como expostos a seguir

Eu estou mais fechada por causa do cansaço com o trabalho e isso acaba interferindo na maneira como eu me relaciono com as pessoas (ENT2).

Eu sou conhecida como zangada, “pavio curto”. Eu tenho me trabalhado ao longo dos anos, mas não consegui chegar aonde eu queria. Então, por isso, tenho dificuldades nos relacionamentos, mas já melhorei bastante (ENT4).

De forma geral, eu estou um pouco afastada das pessoas, quase não estou saindo de casa, estou mais isolada. Tem épocas que eu me isolo um pouco mais, e essa época é agora, nesse momento (ENT5).

Eu me relaciono bem, mas eu sou muito reservada, não é com todo mundo que eu me abro, que eu falo, que eu desabafo. Eu tento ser mais reservada com algumas coisas. Lógico que a gente se decepciona com algumas pessoas, com amigos e tudo mais. Acho que foi por isso que eu me eduquei desse jeito, de não me abrir demais (ENT7).

Esse comportamento de afastamento e insociabilidade por parte das trabalhadoras se manifesta de formas diferentes. Pode-se classificá-las em dois grupos: as que vivenciam o trabalho como impeditivo da sociabilidade e as que por características inerentes à personalidade apresentam dificuldades de interação com outras pessoas.

A entrevistada 2 enquadra-se no primeiro grupo, ao afirmar que as condições de trabalho interferem em suas relações sociais. A sobrecarga de trabalho tende a gerar cansaço e, conseqüentemente, impedir o desenvolvimento dessas relações. Nesse caso, o trabalho emerge como interferência nas relações.

As entrevistadas 4, 5 e 7 apresentam características de timidez, retraimento e de irritabilidade que, de acordo com elas, interferem na forma de relacionar-se com as pessoas. Nesses casos, são características pessoais que compõem a interferência das relações.

Nas organizações de saúde, em que os processos de trabalho ocorrem por meio de interações entre os sujeitos, sempre se estabelecerá diversas manifestações de relações sociais, permeadas entre os trabalhadores, entre trabalhadores e usuários e entre trabalhadores e chefia.

O mais referido pelas trabalhadoras, em 54% das entrevistas, foi o de relacionamento saudável no ambiente de trabalho, entre os pares e gestão, expressando-o ora de forma positiva, como o trecho extraído da entrevista 1, apontando a importância das boas relações no trabalho, ou ora de forma indiferente, quando não há relacionamento suficiente para a existência de tensões, tal como apresentado nos trechos das entrevistas 6 e 9.

Meu relacionamento com os colegas é muito bom. Tenho contato, rio, brinco e me divirto. Me sinto muito à vontade com eles (ENT 1).

Meu contato com ou outros é muito escasso, tenho mais contato com a minha atendente, quando vem aqui, mas o restante é muito superficial (ENT 6).

O contato com a gerente é muito pouco, só nas reuniões de roda. E durante o atendimento, o relacionamento com os outros é ótimo, porque eu fico mais só (ENT 9).

O trabalho em equipe se conforma a partir da relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes do trabalho. Essa articulação ocorre por meio da mediação simbólica da linguagem (PEDUZZI, 2001). Portanto, o bom relacionamento pessoal entre os membros da equipe apresenta-se como um fator

que facilita o processo de trabalho, ao passo que facilita a integração dos agentes e, conseqüentemente, favorece ao desenvolvimento e ao fortalecimento das ações de atenção a saúde (FARIAS, SAMPAIO, 2011).

Nos trechos dos discursos, é possível distinguir a diferença nas relações a partir da inserção social no trabalho. A posição que as trabalhadoras ocupam interfere na forma como vivenciam o ambiente de trabalho e apresentem distintas concepções dessas relações.

Por um lado, tem-se uma auxiliar de enfermagem (ENT 1), que, por ocupar uma posição mais periférica no processo e na dinâmica de trabalho da ESF, precisa estar em contato mais próximo e constante com os demais profissionais da ESF e com a gerência, relações essas que podem ser positivas, como descrita, ou negativa, quando se estabelece o conflito. Do outro lado, tem-se as profissionais médica (ENT 6) e a cirurgiã-dentista (ENT 9), que por estarem em uma posição mais nuclear no processo de trabalho da ESF, atuam em ambientes protegidos, com maior controle de seu trabalho e com menor contato com os demais profissionais.

Farias e Sampaio (2011) afirmaram que há, na equipe de saúde da família, um distanciamento dos médicos em relação aos demais profissionais. Os estudos convergem na constatação de que os médicos raramente participam de reuniões e de momentos de interação e relacionamento com os demais profissionais da equipe.

Na existência de interação entre os sujeitos no ambiente de trabalho, é comum o surgimento de desentendimentos, sejam entre os membros da equipe de saúde, entre os profissionais e a gestão ou entre os profissionais e os usuários, o que acarretam em conflitos.

O termo conflito denota uma situação de divergência e tensão por conta de distintas posições e opiniões, podendo se manifestar por meio de desrespeito, desentendimento e injúria, envolvendo frequentemente a esfera emocional dos sujeitos envolvidos. Durante um conflito, surgem, na maioria das vezes, sentimentos negativos relacionados aos valores, crenças e percepções dos indivíduos na sua relação com o outro, decorrendo também das vivências e trajetórias de vida anteriores (CARVALHO *et al.*, 2014).

Carvalho *et al.* (2014) elaboraram uma tipologia dos conflitos presentes no ambiente de trabalho a partir da interação entre profissionais e chefias, classificando-os em conflitos relacionados à aspectos microssociais e

macrossociais. Os denominados conflitos afetos à aspectos microssociais estão relacionados à falta de colaboração entre os pares, ao desrespeito decorrente de relações de trabalho assimétricas, ao comportamento problemático de algum funcionário e aos problemas pessoais. Os conflitos de ordem macrossocial são os conflitos relacionados com os aspectos sistêmicos da normatização, organização e funcionamento do SUS como a assimetria com outros níveis de gestão e infraestrutura e organização deficitária dos serviços.

Analisando a existência de conflitos entre os profissionais e gestão no ambiente de trabalho da ESF de Sobral, foi possível perceber e classificar nos seguintes tipos: conflitos de ordem microssocial, como de tensões decorrentes de relações assimétricas, as de falta de colaboração e de ordem pessoal; e conflitos de ordem macrossocial, relacionados com a infraestrutura e organização dos serviços.

Na tipologia do conflito a partir de relações de trabalho assimétricas, tem-se maior exemplo desse fenômeno no trecho a seguir:

O vínculo entre agentes de saúde é muito bom, a gente é muito unida, mesmo com as diferenças no jeito de ser. Mas a gente percebe que, muitas vezes, não somos bem aceitas, bem recepcionadas por alguns profissionais (ENT 4).

Estudos de Carvalho *et al.* (2014) e de Sampaio (2001) também verificaram relações de trabalho assimétricas. Ao analisar as relações sociais no trabalho de petroleiros, Sampaio (2001) percebeu que as diferenças sociais, representadas a partir da distinção por meio de cargo hierárquico, escolaridade e organização do trabalho, interferiam na forma como as relações pessoais se conformavam no ambiente de trabalho.

Há também no trecho extraído da entrevista com a trabalhadora 4 o sentimento de falta de estima dos outros e de baixo valor social enquanto membro da equipe. Tais sentimentos podem existir nas relações de trabalho, em que há hierarquia de poder e de valorização, como ocorre em uma equipe de saúde da família. A sensação de pouca importância, apoio e pertencimento à equipe podem estar presentes, em especial, naqueles profissionais de menor valor social da equipe, como os ACS.

Essa forma de organização do trabalho da ordem macrossocial, interfere na ordem microssocial de valorização do trabalhador, interferindo a sua subjetividade e influenciando ao surgimento de tensões e contradições, que quando presentes podem causar o adoecimento mental.

Na tipologia do conflito a partir de relações em que há falta de colaboração, tem-se exemplificado a seguir:

Eu dizia: 'nós somos uma equipe de quatro pessoas e, quando eu não estiver, tem que andar'. Mas não, todos esperavam por mim. Quando eu não estava, as coisas falhavam. Chegou a um ponto que esgotou, não dava mais para mim (ENT 11).

Esse tipo de conflito ocorre quando o indivíduo não percebe a colaboração dos outros trabalhadores da equipe, fazendo com que surja um sentimento de injustiça e desigualdade por conta da sobrecarga de trabalho. Há um afeto da estima social, ao passo em que, na visão do trabalhador, existe um rompimento das normas de trabalho pré-estabelecidas (CARVALHO *et al.*, 2014). As contradições e tensões surgem pela dificuldade de confiar no outro a realização das atividades previstas, o que pode ser piorado quando não existe uma comunicação e integração da equipe.

No estudo de Camelo e Angerami (2007), as autoras também verificaram o conflito no trabalho em equipe como uma dificuldade encontrada no cotidiano do processo de trabalho. Apesar de os trabalhadores reconhecerem a importância do trabalho em equipe, na prática, a relação era conflituosa e atribuída à falta de formação específica.

No caso da entrevistada 11, é relatado que a sensação de sobrecarga devido à falta de colaboração dos colegas ocasionou episódios de crises de ansiedade, caracterizados por choro, enxaqueca e desmaios. A solução encontrada pela trabalhadora foi o diálogo franco com a equipe a fim de obter uma contratualidade sobre as normas e deveres de cada membro da equipe.

A falta de coesão no grupo, vista como uma falta de apoio social, é uma característica que pode gerar frustrações, insatisfações e desgaste nas relações, interferindo no processo saúde-doença mental do indivíduo (CAMELO e ANGERAMI, 2007).

Três trabalhadoras apontaram situações de relações sociais que podem ser tipificadas como conflitos de ordem pessoal, caracterizadas por situação de falta de empatia mútua e presença de fofocas, como desveladas a partir dos seguintes trechos dos discursos:

Meu relacionamento com a gerente eu acho ruim, porque acho que ela não gosta de mim. Eu me sinto rejeitada por ela (ENT 10).

A gerente fala pelas “costas”, fica falando as coisas para os outros antes de falar comigo, antes de chegar e falar... É uma pessoa que não é confiável, não merece confiança, aí me afasto (ENT 5).

Aqui tem muita fofoca, aquelas conversinhas de um lado e do outro. Assim, eu converso com todo mundo, não tenho intriga com ninguém, mas eu evito ter um relacionamento mais pessoal com eles. Porque, justamente por isso, por causa simplesmente dessas conversinhas, dessas fofocas que eu não gosto muito (ENT 6).

O fenômeno da fofoca, referido pelas entrevistadas 5 e 6, é comum em interações sociais, as quais o ambiente de trabalho se inclui. Não foi possível extrair quais temas estão presentes nessa comunicação informal, entretanto, são situações vistas de forma negativa e que interferem na forma como o relacionamento e o apoio entre os colegas se estabelecem.

Na entrevista 5, a trabalhadora aponta a gerente, ou seja, o cargo de gestão imediata, como uma das pessoas que incentivam esse tipo de comportamento, salientando que tal atitude afasta trabalhador da chefia e propicia rompimento de relação.

Sampaio (2001) observou que nos modelos de gestão em que inexistiam diálogo e participação dos trabalhadores, a fofoca tornava-se mais presente e disseminada. Situação semelhante à do presente estudo, no qual se verifica que, nas unidades de saúde em que as entrevistadas relataram ocorrência de fofocas, haviam formas de gestão rígidas, pouco democráticas.

Há também os conflitos que surgem da ordem macrossocial, relacionados com a infraestrutura e organização dos serviços de saúde.

Quando se trata de gestão dos serviços de saúde, é comum a existência de cobranças por parte dos gestores aos trabalhadores. Essas cobranças são vistas pelas trabalhadoras de forma verticalizada, normatizada e com pouca flexibilidade, ocasionando dificuldade na aceitação das ordens e gerando tensões, principalmente diante da impossibilidade de realizá-las, sobremaneira quando não existem condições necessárias para esse fim. Alguns trechos abaixo exemplificam esses conflitos:

A gerente cobra e fala: ‘eu quero produção’. Se quer produção, me dê o material para que eu possa trabalhar (ENT 11).

A gerente cobra demais. Entendo que ela cobra porque é cobrada também pela gestão maior (ENT 2).

Quando precisa pedir a opinião da gente ou dialogar, ela [a gerente] não dialoga, ela decide. Eu até já falei pra ela que está faltando diálogo (ENT4).

Ela [a gerente] ia direto no consultório, cobrando o tempo todo, cobrando trabalho, cobrando serviço, como se a gente não trabalhasse. Ela me pressionava o tempo todo que eu cheguei a adoecer por conta disso (ENT5).

Mesmo quando estou sobrecarregada, ela [a gerente] ainda pede para fazer algo mais. Aí eu acabo não entendendo como é que ela não pode estar vendo isso e acabo levando mesmo para o lado pessoal (ENT 6).

Em comum, os discursos apresentam a dificuldade das trabalhadoras executarem seus trabalhos quando não há controle sobre os meios necessários para esse fim. Os recursos humanos e materiais insuficientes foram identificados como agravantes para a execução do trabalho. O conflito, entretanto, surge da impossibilidade de compreensão e apoio da gestão diante da situação vivenciada pelas trabalhadoras. A sensação de falta de empatia da gestão gera maior desgaste dessa relação.

3.2.5 Locus de controle e condições de vida e trabalho dos profissionais da atenção básica de Sobral

A teoria do locus de controle foi desenvolvida por Rotter, em 1966, e propõem a compreensão da percepção das pessoas sobre o controle que exercem em relação aos eventos de suas vidas. De acordo com as formulações teóricas, são identificadas duas tendências, interna e externa, para explicar o controle que o indivíduo exerce sobre si mesmo. Na tendência interna, o indivíduo localiza em si o controle, acreditando que os resultados dos eventos de sua vida são dependentes das ações tomadas. Para os indivíduos que apresentam tendência externa, os resultados e o controle que exercem sobre sua vida não estão relacionados com a ação individual, mas com ações ou forças externas, que podem ser outras pessoas, entidades ou mesmo o acaso (DELA COLETA, 1979; DELA COLETA, 1987; FARO e PEREIRA, 2012). Portanto, o locus de controle está diretamente representado pela relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo e com o seu meio social (RODRIGUES e PEREIRA, 2007).

A concepção de locus de controle desenvolvida por Levenson, em 1973, concebe-o como um construto tridimensional: uma interna e duas externas. A dimensão denominada interna é relacionada com a ação do indivíduo; a dimensão externa defensiva é relacionada com outras fontes, como outras pessoas ou Deus; e

a dimensão externa autêntica está relacionada com o acaso, azar, sorte e destino (DELA COLETA, 1987, RODRIGUES e PEREIRA, 2007). Tais dimensões também foram nomeadas por Pasquali *et al.* (1998) como pessoal, social e impessoal, respectivamente. Adotando a perspectiva teórica de Levenson, estes pesquisadores afirmam que o *locus* de controle não pode ser entendido de forma estática, como um traço de personalidade, mas em um estado do indivíduo, passível de modificação de acordo com a situação e o contexto de vida.

O estudo do *locus* de controle como uma variável de personalidade pode ser importante para o entendimento dos fenômenos pertinentes à interação indivíduo-trabalho-organização. Para a compreensão das condições de vida e trabalho na ESF de Sobral, buscou-se apreender qual o entendimento do grupo de trabalhadoras, a partir da pergunta geradora: “*Você tem alguma ideia sobre a causa das coisas boas e más que acontece a você?*”. A partir dessa questão, o enfoque principal da análise foi compreender como os indivíduos lidam com as situações de dificuldade a partir do crivo do suposto controle e origem, interna ou externa, ao estímulo adverso. É nesse contexto que o estudo dessa relação, entre o indivíduo e o evento adverso, adquire relevância, pois se pretende distinguir o papel que as mediações cognitivas assumem no processo de adaptação a situações estressoras (FARO, PEREIRA, 2012).

Ao analisar a opinião das trabalhadoras sobre o controle de eventos relacionados às suas vidas, verifica-se que duas (18,2%) apresentaram tendência interna como forma explicativa, atribuindo às suas ações o controle e origem desses eventos, enquanto seis (54,5%) apresentaram uma tendência externa, atribuindo ao acaso, destino ou à Deus a responsabilidade da ocorrência e do controle dos eventos relacionados às suas histórias de vida. Há ainda as trabalhadoras que apresentaram uma opinião que une as duas tendências, como no caso de três (27,3%) trabalhadoras que explicavam a ocorrência e controle dos eventos associando uma ou mais categorias, atribuindo a si mesma e ao acaso ou a si mesma, ao acaso e à Deus.

Entre as que tudo atribuem aos seus atos individuais, tem-se os seguintes depoimentos:

Eu acho que tudo é uma consequência do que faço (ENT3).

Eu acho que coisas más acontecem porque a gente mesmo procura e as coisas boas acontecem porque estou merecendo. Se acontecer alguma coisa comigo, eu penso dessa maneira: se é uma coisa boa é porque eu

mereci, eu fiz por onde merecer, e se é uma coisa ruim, é porque eu também fiz alguma coisa para merecer. Eu sou a responsável por tudo que acontece na minha vida (ENT8).

Percebe-se uma ideia centrada na responsabilidade individual como causa para os acontecimentos da vida. Esse padrão de explicação para o *locus* de controle é perpassado pelo entendimento de que a história de vida pessoal é experimentada por meio de eventos dinâmicos produzidos pelo indivíduo, associando a causalidade ao livre arbítrio. Apresenta, portanto, uma tendência interna, entendendo o controle e a origem dos eventos como resultantes da conduta pessoal.

Há estudo que relaciona de forma positiva a tendência interna ao bem-estar psicológico, justificando que os indivíduos que apresentam essa tendência, por terem atitude mais ativa e responsável perante os eventos de sua vida, são mais capazes de utilizarem estratégias cognitivas eficazes que inibam o desenvolvimento de distúrbios psicopatológicos (BANDEIRA *et al.*, 2005). Ferreira (2012 apud CARNEIRO, 2013) complementa afirmando que o autoconceito mais positivo favorece ao sujeito a percepção de suas atividades profissionais como mais complexas e instigantes, permitindo a realização do trabalho de forma satisfatória e à busca de resultados favoráveis que os tornem mais felizes. Quanto maior o nível de internalidade, maior a percepção de bem-estar quanto a identificação com o trabalho, crescimento/autonomia, identificação com a organização, salário, relação com os colegas de trabalho, valorização do trabalho, relação com os clientes, suporte ambiental e relação com a chefia (CARNEIRO, 2013).

Entretanto, é importante salientar que esses estudos utilizaram de escalas pré-determinadas e instrumentos de abordagem positivista para chegarem a essas conclusões. Além disso, é preciso considerar diversas outras variáveis presentes nessa relação entre *locus* de controle e bem estar no trabalho. No que se refere à relação com o trabalho, ressalta-se que o processo é dinâmico, em que o *locus* de controle afeta o comportamento e as consequências dos comportamentos também modificam o *locus* de controle (CARNEIRO, 2013).

A tendência externa, que associa causas externas de si mesmo como explicação para o controle e origem dos eventos, pode ser classificada em social e impessoal, quando se refere à Deus e ao acaso, respectivamente. O acaso ou o destino, concebidos a partir do entendimento de predeterminação e fatalidade,

aparece no discurso de cinco trabalhadoras ao explicar a atribuição de causalidade dos eventos positivos ou adversos de suas vidas.

Eu acho que acontece porque tem que acontecer. Ninguém pode se livrar de certas coisas. Não sei se é o destino ou se é a casualidade. Eu não vou atrás de saber se algo que aconteceu na minha vida foi um castigo ou alguma outra coisa (ENT1).

Eu acho que o que acontece na minha vida é a minha história de vida. Cada um tem sua história. Se eu tivesse nascido em outro lugar, a minha história talvez seria outra ou talvez até pior. Tem coisas que a gente simplesmente não sabe. Tudo é incerto. As coisas simplesmente foram acontecendo (ENT2).

Acho que é o curso da vida mesmo. As coisas acontecem porque tem que acontecer (ENT5).

Acho que acontecem porque tem que acontecer (ENT10).

Não tenho como dizer qual a causa das coisas. Acho que é o destino mesmo (ENT7).

A entrevistada 1 atribui à tendência externa impessoal a causalidade dos eventos da sua vida, refutando outra possibilidade de causa que seria a tendência externa social, atribuindo a algum ente poderoso externo, quando refere-se a algum “castigo”. Para a entrevistada 2, apesar de parecer que há um componente de internalidade, quando é utilizado o termo “minha história de vida”, percebe-se que há um distanciamento de si do controle dessa história de vida. Para ela, não há a percepção de si como a responsável, a agente, em escrever essa história de vida, mas como uma espectadora passiva dos acontecimentos transindividuais que, por acaso, destino ou comportamento coletivo, se sucederam. Da mesma forma, as entrevistadas 5, 7 e 10, de forma direta, objetiva e não muito elaborada, atribuem ao acaso os acontecimentos da vida.

No que se refere ao acaso, há uma tendência em responsabilizar a sorte por eventos bons ou ao azar por acontecimentos ruins. Tal percepção pode ser explicada pelo fato de as pessoas negarem suas responsabilidades, principalmente pelos seus fracassos. As superstições, o misticismo e atribuição ao destino são os instrumentos utilizados para o enfrentamento das incertezas, pois atribuir os acontecimentos a fatores externos pode fazer com que a pessoa torne-se mais tolerante consigo mesma (RODRIGUES e PEREIRA, 2007).

Ainda com a tendência externa para explicação dos acontecimentos da vida, apenas uma trabalhadora atribuiu unicamente a Deus a responsabilidade dos eventos de sua vida, como representado a seguir.

Para a minha religião, se acontecer alguma coisa de ruim é para a gente refletir, lembrar da existência de Deus e nunca esquecer que ele está ao nosso lado o tempo todo. A gente não deve procurar lembrar dele só quando acontece coisas ruins. O que vier a acontecer de ruim, não é Deus castigando, mas preparando para que eu tenha consciência que sempre vai acontecer coisas boas e ruins e, quando as coisas ruins acontecerem, se eu tiver fé em Deus eu não estou desamparada (ENT4).

Analisando a opinião da trabalhadora, pode-se afirmar que a atribuição divina aos eventos da vida está associada à fé e à ideologia oriundas da religião católica, auto declarada. Os acontecimentos adversos da vida são vistos como provações para aumentar a fé. Dessa forma, cabe ao indivíduo apenas o conformismo de aceitar os fatos como surgem e atribuir a um fator externo, de forma passiva, o controle de sua vida.

O sujeito pode também apresentar diversas tendências associadas na forma de perceber os eventos da vida, apresentando um sincretismo a partir da união das categorias Deus, destino e acaso na sua explicação de locus de controle. Essa associação das dimensões foi realizada por três trabalhadoras entrevistadas, como identificados nos trechos abaixo.

A maioria das coisas ocorre devido às minhas atitudes, mas existem também os acasos. É como se as coisas boas e ruins dependessem 80% de mim, mas o resto atribuo ao acaso. Por exemplo, a minha família pode estar bem e, de repente, aparecer uma doença. Veio porque veio, porque é para ter mesmo (ENT6).

Em relação às questões pessoais, eu não me culpo. Por exemplo, eu não me culpo por não ter dado certo o meu primeiro casamento ou por ter engravidado de um namorado. As coisas acontecem porque têm que acontecer. No trabalho, eu acho que tudo depende de mim, se eu for uma boa pessoa, eu vou ter pessoas boas na minha frente (ENT11).

Depende, se for uma coisa boa relacionada a um esforço meu, atribuo que eu até posso ter contado com certa ajuda, mas que o esforço foi meu. Tem outras coisas boas que eu acredito que são divinas. E as coisas ruins, penso do mesmo jeito. Se eu não fizer alguma coisa direito, pode acontecer consequência ruim, mas também pode, por um acaso, simplesmente aparecer uma coisa ruim (ENT9).

A entrevistada 6 apresenta uma percepção que associa o acaso e as responsabilidades individuais como causas dos eventos de sua vida. Entretanto, na própria fala da trabalhadora, percebe-se que ela atribui um peso maior à dimensão interna de explicação causal, acreditando que grande parte da origem e controle da sua história de vida depende de suas atitudes e comportamentos.

Ao analisar a entrevistada 11, percebe-se a seguinte contradição, nos aspectos relacionados diretamente com as questões pessoais, cujos atos foram

consequências de suas decisões e atitudes, ela atribui a causalidade a um fator externo a si, apontando o destino como categoria explicativa. Ao separar as dimensões vida e trabalho, sua percepção muda, pois ao analisar os eventos do trabalho, ela passa a apresentar uma tendência interna de explicação, o que reforça a afirmativa de Pasquali *et al.* (1998), de que o *locus* de controle é passível de modificação, de acordo com a situação e o contexto de vida.

Entretanto, diferente do que os estudos apontam (FERREIRA, 2012; CARNEIRO, 2013), a internalidade do *locus* de controle no ambiente de trabalho não foi o suficiente para garantir o bem estar da trabalhadora, visto que em outros momentos da entrevista, ela afirmou ter sofrido com crises de ansiedade e ter sido medicada para esta finalidade justamente por situações adversas no trabalho.

Portanto, reforça-se a ideia de que não se pode generalizar essa relação sem conhecer as demais variáveis que influenciam na satisfação no trabalho. Atribuir o *locus* de controle apenas a si mesmo pode também influenciar na saúde mental da trabalhadora, que diante das tensões e sobrecarga presentes no ambiente de trabalho, pode sofrer um desgaste e um possível adoecimento.

A entrevistada 9, por sua vez, não atribui apenas à sua história, às suas atitudes e ao seu comportamento a ocorrência dos eventos de sua vida, mas também associa com eventos relacionados a agentes externos, como Deus, sem contudo relacionar à uma religião específica, quando afirma acontecerem coisas “divinas”, além de associar ao acaso, quando emerge o significado de eventos que são aleatórios e não são produtos de nenhum antecedente.

Em relação ao futuro, se buscou conhecer qual a opinião das trabalhadoras sobre a situação e os rumos do país, apreendendo também quais são as perspectivas que elas vislumbram para o futuro. Sobre a opinião proferida a respeito da situação do país, classificou-se as entrevistadas em dois grupos opostos: as otimistas, que percebem o país de forma positiva, vendo melhorias alcançadas em relação ao passado; e as pessimistas, que encaram a realidade de forma negativa, sem perspectiva de melhoria da situação atual.

Ao tratar de um tema tão amplo e tentar realizar essa classificação, não se pretende polarizar as posturas, mas buscar, dentro de cada classificação, as nuances e vertentes de cada opinião, apresentando outras categorias que possam surgir a partir das percepções do assunto por cada trabalhadora. Para esse objetivo, utiliza-se também da classificação empregada por Sampaio (2001), baseada em

Hobsbawn (1981), que divide os indivíduos em três categorias: as otimistas, que se veem melhores que o passado, com tendência de melhorias e aperfeiçoamento; as pessimistas de direita, que imaginam que as coisas tendem a melhorar ou piorar de forma aleatória, dependendo da natureza humana egoísta e perversa; e as pessimistas de esquerda, que entendem que a partir de modificações do sistema é que se alcança novas formas de organização da produção e melhorias para a sociedade.

Assim, em uma primeira análise, verifica-se que prevaleceu a visão pessimista, referida por seis (54,5%) das entrevistadas, enquanto cinco (45,5%) apresentaram uma visão otimista do panorama do Brasil. Dentre as que apresentaram uma visão otimista, tem-se representado a seguir

Acho que as coisas melhoraram muito, mas ainda tem muito a se fazer (ENT1).

Eu vejo, em relação a pobreza, por exemplo, que a situação do país está melhor. Antigamente, eu encontrava muitas pessoas passando fome, eu visitava casas de família que não tinham o que comer. Hoje, nós temos mais empregos, temos o Bolsa Família que ajuda muita gente. Porém, em relação a segurança, por exemplo, está muito ruim. A saúde também tem que melhorar, porque ainda está um pouco precária (ENT4).

Eu vejo que hoje a população mais humilde está tendo acesso a educação, como por exemplo, aqui na educação de Sobral, que está com uma qualidade muito boa. Eu vejo os filhos da moça que trabalha na minha casa com acesso a mais educação, com uma noção política um pouquinho melhor, e espero que, no futuro, eles possam estar realmente elegendo pessoas boas. Mas uma coisa que me deixa triste é essa questão da política. Os candidatos pegam verba para fazer campanhas milionárias, só que é difícil a gente conseguir eleger, porque a gente sabe dos desvios de verba que tem. Infelizmente, pagamos imposto que não é aplicado. A gente não consegue eleger adequadamente os políticos que estão pra administrar e não sabe como cobrá-los (ENT6).

Eu acho que algumas coisas deviam ser mudadas, porque tem muita corrupção. As leis precisam ser mudadas, porque a sociedade mudou. Eu acho que deveria ter alguma alteração, mas não sei de que forma. Por exemplo, o bolsa família é uma boa proposta, mas viciou a população a só receber e não tem essas questão da contrapartida. Eu acho que deveria ter uma outra mudança, eu não sei dizer de que forma deveria ser essa mudança, mas que deveria ter uma nova visão das coisas (ENT7).

Acho que o Brasil não é um dos piores países, mas também não está nada perto de ser ótimo, de ser o que deveria, tanto na saúde, como na economia, na educação, tudo tem ainda muito a melhorar. Aqui não é o pior lugar, acho que existem locais piores (ENT9).

Todos os depoimentos, apesar de apresentarem nuances de otimismo, não são ideologicamente cegos, pois as trabalhadoras não se mostram alheias às dificuldades existentes, demonstrando capacidade em constatar os problemas e em

apontar as questões e mudanças que consideram necessárias. Surgem então, nos discursos, temas como educação, segurança, distribuição de renda, reforma política e postura honesta e competente de políticos.

As declarações refletem os contextos histórico e social ao qual as entrevistadas estão inseridas. Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado diversas mudanças no âmbito social, principalmente no combate à miséria e em maior distribuição de renda, proporcionado à partir de políticas públicas, das quais o bolsa-família se destaca.

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O programa garante transferência de renda, promovendo a diminuição da vulnerabilidade econômica, a partir do cumprimento de condicionalidades que está vinculado ao acesso de direitos sociais básicos na área da educação, saúde e assistência social. Além disso, garante acesso a ações e programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias e a superação da situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004b).

A partir da implantação do Programa Bolsa Família, houve diminuição da pobreza e maior acesso a educação e saúde (ROCHA, 2011). As entrevistadas destacaram esse avanço, principalmente em relação à educação. A educação pública de Sobral vem apresentando destaque no cenário nacional devido a sua qualidade, pois, desde 2007, tem desenvolvido políticas públicas e investindo nessa área. Como resultado, Sobral superou a meta federal para 2021 do Índice de Desenvolvimento para Educação Básica-IDEA, sendo o maior de toda região Nordeste (ESTADÃO, 2014).

Entretanto, foi a visão pessimista sobre a situação do país que predominou nas entrevistas e está representada a partir das seguintes falas:

A situação do país é muito difícil, a gente escuta tanto sobre corrupção, das coisas que não funcionam, de dinheiro sendo roubado, que nos deixa tristes (ENT2).

Muitas coisas que acontecem no país acabam interferindo na vida de todos nós, porque se o país não vai bem, acaba afetando toda a população. Nossos governantes deixam muito a desejar e não conseguem fazer o que é para fazer. Isso afeta a economia e acaba atingindo o nosso bolso também (ENT3).

Acho a situação do país péssima, pois ficamos nas mãos de pessoas que não tão levando a sério o país, com dinheiro sendo mal empregado (ENT 5).

A situação do país tá muito difícil, mas para mim, não influi, nem contribui. Tanto faz, ele está do jeito que está, melhorar ou piorar, porque os gestores só fazem o que eles querem, não adianta a opinião da gente. Eu não entendo muito de política, não entendo nada (ENT8).

Acho que tá ruim, muita coisa tem que melhorar... saúde, educação... eu vejo assim, que muita coisa ainda tem que ser feita (ENT 10).

O que eu vejo é segurança precária e a saúde que deixa muito a desejar. Tem uma coisa positiva, que é a educação. Mas os políticos só falam, a gente dá credibilidade e quando vai esperar o resultado, não é muito positivo. Isso faz com que a gente, cada vez mais, vota por votar, não tem mais aquela empolgação, aquele entusiasmo mais. Eu não gosto de votar, porque a gente tem tanta esperança e na hora de acontecer a gente não vê. Voto hoje porque é obrigado, mas esperança mesmo, não tenho (ENT11).

Novamente surge nas discussões, dessa vez com uma visão negativa, o tema das políticas sociais como educação e saúde, além de economia, corrupção e postura dos políticos. Tem-se também diferentes opiniões em relação a inserção na política. Enquanto a entrevistada 3 percebe-se afetada pelas decisões políticas, a entrevistada 8 afirma não ter o menor interesse ou conhecimento sobre a situação política. O exercício da democracia foi também discutido por outra entrevistada, que questiona a obrigatoriedade do voto e a validade que seu voto tem para as mudanças esperadas.

As visões pessimistas tem em comum o descontentamento com a situação atual, principalmente em relação à corrupção. Mesmo nos últimos anos, com o aumento das investigações e com julgamentos de políticos por casos de corrupção, esse tema ainda é frequente para justificar a insatisfação com a política atual. As entrevistadas portanto, enxergam a política a partir dos políticos, e percebem as ações e mudanças a serem feitas como responsabilidades de terceiros, sem que haja envolvimento nesse processo. Enxergam e apontam o que está errado, contudo não refletem, elaboram ou formulam soluções possíveis para essas questões.

Diante desse quadro, de falta de envolvimento político, buscou-se conhecer quais as expectativas individuais em relação ao futuro. Se para a maioria, a opinião sobre os rumos do país é de insatisfação e desesperança, pretende-se compreender quais os anseios em relação aos rumos das suas vidas neste contexto.

Dessa forma, verificou-se a partir dos discursos que os planos para o futuro incluem os seguintes tópicos: capacitação por meio de educação continuada, visando maior aprimoramento profissional; aposentadoria, para aproveitar a vida

com a família; voluntariado, para ajudar ao próximo; casamento e maternidade, com o objetivo de constituir uma família; e saúde, para poder trabalhar mais.

As expectativas foram diferentes de acordo com alguns aspectos, tais como situação conjugal e tempo de exercício profissional. As solteiras expressaram o desejo de casar e ter filhos, enquanto as casadas almejavam a disponibilidade de tempo para ajudar filhos e netos. As que tinham mais tempo de formada e de trabalho expressaram o desejo em aposentar-se, enquanto as recém-formadas, ou com pouco tempo de trabalho na ESF, manifestaram anseio em capacitar-se mais para ampliar suas possibilidades profissionais.

A seguir, organizam-se as aspirações das trabalhadoras, de acordo com os tópicos elaborados.

1) Dedicar-se à família:

Eu quero ficar bem feliz ao lado da pessoa amada e com a minha filha. Quero que a minha filha consiga realizar os seus sonhos e que me dê netos para eu caducar bem muito. Espero ser feliz com minha família (ENT3).

Eu penso em ficar sozinha mesmo, não penso em estar com meus filhos, quero que cada um siga seu rumo, mas eu penso em cuidar dos meus netos (ENT5).

2) Aposentar-se e dedicar-se à família

O único planejamento que tenho para o futuro é para quando eu me aposentar e meus filhos terminarem os cursos deles, eu quero ajudá-los. Ficar bem mais perto deles. A gente mora muito longe um do outro e eu quero ficar mais próxima (ENT2).

No meu futuro, eu me vejo aposentada. Eu quero me aposentar pelo meu trabalho e dedicar-me mais às minhas filhas. Eu não vou morar sozinha. Pretendo, primeiro, me aposentar, e depois passar o resto da minha vida com elas (ENT8).

Quero uma aposentadoria com um salário bem melhor e depois quero viajar com meu marido, e viver em paz com a minha família. Quero aproveitar a vida porque, em todos esses anos, tudo que fiz foi trabalhar, não aproveitei nada (ENT4).

3) Casar e constituir família:

Pretendo casar e ter filhos, ter minha casa para morar aqui em Sobral, com a minha família por perto (ENT6).

No futuro, eu pretendo estar casada e com filhos. Quero construir minha família em Fortaleza, mas o futuro vai mudando de acordo com o que vai acontecendo (ENT9).

O conjunto formado por esses três tópicos colocam a família em posição central nas expectativas de futuro dessas trabalhadoras. Entretanto, cada tópico

apresenta diferenças entre si. No primeiro e segundo tópico, a intenção é dedicar-se à família, enquanto no terceiro, o anseio está em formar família.

No primeiro tópico, relacionado à dedicação à família, a centralidade da discussão está no papel da família e na importância dessa para a trabalhadora. Diferente situação emerge no segundo tópico, em que a família disputa espaço com o trabalho, e a possibilidade de dedicação à família depende da paralisação do trabalho. O trabalho surge então de forma central e conflitante com a dedicação à família, pois as trabalhadoras acreditam que a dedicação à família só é possível quando aposentarem-se. Ao que as entrevistadas demonstram a necessidade de aposentar-se para usufruir de maior convivência com a família, o ponto de análise desloca-se para a tensão trabalho *versus* a família.

O trabalho é visto de forma dicotômica, por um lado é o responsável para prover recursos que garantam o padrão de consumo e, em outro aspecto, é um fator que dificulta o relacionamento com a família. O trabalho alienante, que impede a superação dos sofrimentos psíquicos oriundos do conflito entre subjetividade/objetividade, é sentido pelas trabalhadoras como incapaz de prover satisfação.

O anseio em formar família foi relatado pelas duas entrevistadas solteiras. Tanto pela questão de gênero, como pela tradição cultural, ainda é frequente o desejo da mulher na constituição da família, locus de satisfação e reapropriação.

4) Capacitar-se para tornar-se mais competitiva no mercado de trabalho

Planejo continuar estudando, porque quero aposentadoria com um salário bem melhor (ENT4).

Pretendo passar na prova da Residência em Pediatria. Vou fazer prova agora em alguns lugares e voltar para trabalhar como pediatra aqui em Sobral (ENT6).

Não sei o que quero no futuro, porque é tudo novo. Se por exemplo me vier na cabeça de fazer Engenharia Elétrica, no ano que vem eu entro no cursinho e faço. Nesse ano pretendo fazer a prova da OAB (ENT7).

Pretendo passar em um concurso, fazer um mestrado, ter uma coisa mais segura. Quero terminar minha especialização e montar uma clínica (ENT9)

Eu sonho em estudar ainda, mas tenho dúvidas se ainda dá para estudar, porque eu não tive oportunidade antes. Penso ainda em estudar para ter uma situação financeira melhor (ENT10).

A educação continuada significa para as trabalhadoras uma forma de obter melhores postos de trabalho e, conseqüentemente, melhores condições de

vida. Assim, as trabalhadoras elaboram uma relação entre estudo, trabalho e dinheiro, em que compreendem a capacitação profissional como forma de obter uma melhor situação financeira, bem representado pelos discursos das entrevistadas 4 e 10, em que, a partir do estudo, fica possível ascender socialmente e manter o padrão de consumo.

O aprimoramento profissional, a partir da Residência, da Especialização ou do Mestrado, representado nas entrevistas 6 e 9, demonstra a necessidade de buscar maior competitividade no mercado de trabalho que se apresenta cada vez mais exigente e restritivo. Ainda para a entrevistada 9, o anseio por uma aprovação em um concurso público demonstra o desejo pela estabilidade no emprego, situação a qual ela não vivencia e da qual almeja, mesmo que a vontade seja em ter seu próprio consultório.

Para a entrevistada 7, o sentimento de falta de reconhecimento da sua profissão e da importância de seu trabalho a obrigou a buscar outras alternativas de emprego, tendo optado pelo Direito. Entretanto, percebeu-se e registrou-se no diário de campo a confusão e a dificuldade da entrevistada em elaborar seu plano de futuro.

Azambuja *et al.* (2007) também discutem a exigência imposta pelo mercado de trabalho em se ter cada vez mais profissionais em aperfeiçoamento. Para os autores, essa busca por estar continuamente em processo de capacitação é motivo para a sensação de desgaste físico e mental das trabalhadoras de saúde. O cansaço, gerado pela jornada de trabalho, somada às jornadas de estudo e doméstica, além da jornada subjetiva da tensão das expectativas, acarretava em maior ansiedade e depressão.

5) Ter mais saúde para trabalhar

Quero ter saúde para trabalhar e assim, ter uma situação financeira melhor (ENT10).

Eu queria muito ter saúde pra continuar a minha vida profissional, porque pra se aposentar falta muito tempo. Quero trabalhar muito e ter saúde para isso (ENT11).

Nesse tópico, surgem os discursos manifestando as perspectivas de futuro ainda voltadas ao papel de ser trabalhadora. O desejo de ter saúde para o trabalho tem sentidos diferentes para as duas entrevistadas. Para a entrevistada 10, a relação estabelecida está na tríade saúde-trabalho-dinheiro. Mesmo representando o anseio pela saúde, indiretamente está relacionado ao acúmulo de

dinheiro e ao consumo, enquanto que, para a entrevistada 11, a relação entre saúde e trabalho é diretamente estabelecida.

Verifica-se então diferentes percepções do papel do trabalho. No primeiro exemplo, o trabalho é visto de forma tática, em que é tido como um meio, uma ferramenta para um fim que, nesse caso, o trabalho significa a ferramenta necessária para alcançar melhor condição financeira. No segundo exemplo, o significado do trabalho é diferente, exerce um papel estratégico, em que é um fim em si mesmo. Nesse caso, o trabalho é o objetivo final pelo qual ter saúde se justifica.

6) Realizar trabalhos voluntários

Eu acho que vou voltar a ser voluntária em algum programa social, em alguma entidade. Eu penso muito nisso. Eu gosto do social, do trabalho, do dia-a-dia, do contato com as pessoas e em ajudar as pessoas, principalmente as pessoas menos favorecidas (ENT 1).

Penso em fazer algum trabalho comunitário voluntário e terminar minha vida fazendo esse tipo de trabalho (ENT5).

Quero fazer algum projeto para as crianças de Sobral. Um projeto de diminuição da mortalidade, mas não uma coisa pontual, uma coisa em longo prazo, que possa envolver todas as crianças. Eu penso que quando eu estiver morando aqui, com minha vida normal, como mãe e dona de casa, eu consiga instituir esse projeto. Ainda não tenho muita clareza nas ideias, mas eu sei que eu quero um projeto maior pra tentar modificar alguma coisa (ENT6).

Três entrevistadas apontaram o trabalho voluntário como atividade a ser desenvolvida no futuro para sentir-se útil e dar significado à vida.

Carneiro (2001) ao investigar trabalho voluntário, afirma que ele pode comparecer na vida dos indivíduos de dois modos: apropriação ou reapropriação. No modo de apropriação, ele se constitui em uma forma de alcançar uma carreira profissional, para obter prestígio e visibilidade social. O trabalho voluntário, nesse caso, é exercido para formação profissional, curricular, treinamento primário em serviço e para preencher o vazio da ausência de um trabalho remunerado. No modo de reapropriação, o trabalho voluntário é responsável pela satisfação e significação, quando repara o trabalho alienado, fornecendo condições de proteção à ruptura aparental subjetividade/objetividade, possibilitando o enfrentamento das dificuldades e superação dos impasses existentes. Torna-se, portanto, um processo de compensações, reacomodações, reconstrução de significados e objetivos, e justificativas reparadoras para o sofrimento psicológico decorrente de impasses e dissonâncias advindas das condições de trabalho ou de vida.

Assim, constata-se que o trabalho voluntário para essas trabalhadoras comparece por meio do modo de reapropriação. É por meio dele que as entrevistadas conseguem ver sentido no trabalho e desejam mudanças a partir de suas atitudes, buscando reconhecimento e esperando que os resultados alcançados transformem também outros indivíduos.

O conjunto de seis tópicos pode ser agrupado em três principais eixos: planejamento voltado à família, a partir da constituição de nova família ou disponibilidade de tempo para dedicação aos filhos e netos; planejamento voltado ao trabalho, a partir da perspectiva de capacitação e de ser mais saudável para melhor inserção no trabalho; e planejamento altruísta, voltado para a dedicação à atividades voluntárias.

A tendência do grupo apontou fortemente para o tópico da dedicação à família, o que não surpreende, visto as características de gênero do grupo, formado apenas por mulheres. Em pesquisa de Sampaio (2001) com petroleiros, realizada apenas com homens, a tendência do grupo foi a de investimento em formação e em outros concursos públicos para manter a condição de trabalhador. Verificou-se também que todas as outras perspectivas masculinas estavam associadas ao provimento de recursos para si mesmo e à família, papel que é culturalmente atribuído ao homem.

Essa diferença de gênero pode ser percebida na forma como a família surge nos discursos dos trabalhadores nos dois estudos. Enquanto para as mulheres, exerce um papel central no planejamento e perspectivas futuras, inclusive com a necessidade de se dispor de mais tempo para estar próximo aos filhos e netos, aos homens, família exerce papel periférico, de ser o lócus onde os recursos ganhos com o trabalho serão investidos.

3.2.6 Como são produzidas as condições de existência: o papel da igreja, associação, sindicato e partido político

Para a análise da díade saúde-doença mental relacionada ao trabalho, faz-se necessário compreender quais e qual a importância das instituições mediadoras nesse processo. Instituições mediadoras são organizações humanas com grande grau de consolidação e permanência histórica, que repassa e produz informação e formação. É instância necessária de mediação entre indivíduo e

sociedade, constituindo unidade estruturadora da identidade (SAMPAIO et al., 1998).

As instituições mediadoras apresentam-se como o modo que o trabalhador lança mão para buscar satisfação, reconhecimento, valorização e dar sentido ao seu trabalho alienante. Assim, compõem no discurso como modo de reapropriação a religião, os partidos políticos, o sindicato e as associações.

A mediação social predominante no grupo analisado foi a religião. Todas as trabalhadoras afirmaram ser adepta de alguma religião, com ampla maioria de católicas, apontada por dez (90,9%) entrevistadas, enquanto apenas uma (9,1%) afirmou ser evangélica. A predominância da religião católica encontrada nesse estudo é coerente com os dados do censo no Brasil. De acordo com o IBGE, 86,8% da população brasileira declara-se cristã, com percentual de 64,6% de católicos (IBGE, 2010).

Das dez católicas, sete (70%) afirmaram ser praticantes, seguidoras dos ritos, crenças e dogmas da religião. A religião surge para as trabalhadoras por meio de uma adesão naturalizada, de continuidade à tradição; como forma de enfrentamento de situações adversas, escape aos conflitos encontrados nos contextos pessoal ou profissional; ou ainda com objetivo de buscar um sentimento de pertença a um grupo.

A adesão naturalizada, continuidade de tradição, foi verificada em um discurso:

A minha família toda sempre foi envolvida e gosta da igreja, de participar das coisas da igreja. E isso é muito bom (ENT3).

A adesão da trabalhadora à religião ocorre como uma continuidade de uma tradição já estabelecida no seu meio social. Não há questionamentos e tampouco explicação para essa adesão. É natural e ocorre simplesmente porque deve ocorrer.

Por outro lado, a adesão como forma de enfrentamento de situações adversas, apresenta-se como um escape aos conflitos encontrados nos contextos, tanto pessoais como profissionais. Apresentou-se no discurso de três entrevistadas:

Eu sempre gostei da igreja e acho que ela é necessária, porque a gente tem que ter uma orientação de Deus. Sem essa orientação, a gente fica perdida (ENT4).

Acho importante a religião para termos um outro momento do dia, ou da semana, para viver uma coisa que não seja só trabalho (ENT 9).

Na minha igreja, eu me sinto bem, me sinto apoiada. É uma forma de eu achar soluções para resolver meus problemas ou algumas situações que, eu estando em casa, sozinha, eu não consigo. Então lá é o meu refúgio tanto pra vida pessoal como para o trabalho (ENT11).

As entrevistadas 4, 9 e 11, deixam claro a importância da religião para o enfrentamento dos conflitos e das tensões surgidas no trabalho e no âmbito pessoal. A reapropriação da religião enquanto instituição mediadora desses conflitos, da busca de superação da ruptura da diacronia subjetividade-objetividade, torna-se evidente nos discursos como motivo para a adesão à essa mediação social.

Enfatiza-se, sobretudo, o trecho da fala da entrevistada 9, quando atribui à religião a função de recuperação da alienação do trabalho. Para ela, por meio da religião, ela pode recuperar a subjetividade que o trabalho se apropriou.

A adesão à religião com o objetivo de pertencimento a um grupo foi expresso por duas trabalhadoras,

Eu acho a religião importante porque, dentro da igreja, eu posso participar de alguma coisa e fazer parte da comunidade (ENT8).

Eu acho a religião importante. Fiquei vinculada durante 9 anos em uma comunidade católica e achei importante para minha vida pessoal. Eu acho bem interessante o fato de você encontrar pessoas que tenham as mesmas causas que as suas (ENT7).

As trabalhadoras apontaram também a importância da religião para suas vidas. De acordo com elas, a partir das crenças e profissão de fé, é possível ter vida, relacionamento e trabalho melhores.

Com a religião, a gente consegue viver melhor, se relacionar melhor, entender as coisas melhor (ENT3).

A religião melhora e ajuda até no trabalho, pois você vai com uma cabeça melhor (ENT 9).

A religião pode contribuir na melhoria da saúde, por meio de práticas saudáveis de vida, melhorando o suporte social, proporcionando conforto em situações de conflito e sofrimento, alterando substâncias químicas cerebrais, reguladoras de humor e ansiedade (CAMELO, ANGERAMI, 2008). Assim, quando as trabalhadoras buscam a religião, com a esperança de sentirem-se melhores, buscam também formas e ferramentas externas a si que garantam a recuperação do sentido e da subjetividade no trabalho.

O tema da política emergiu a partir da opinião das trabalhadoras sobre suas inserções, filiações e participações. A resposta à pergunta relacionada a filiação partidária demonstrou que apenas uma (9,1%) trabalhadora declarava-se

filiada, apesar de não militar diretamente pelo partido. Apesar da pouca inserção política do grupo, três trabalhadoras expressaram sua opinião sobre o assunto.

Eu me decepcionei com partido político, com as coisas da política. Antes, eu queria muito me filiar a um partido político, mas aí eu comecei a ler, a ver as coisas acontecendo e desisti (ENT5).

Eu penso que nós não fomos instruídos na época da escola a sermos realmente participativo, nesse sentido da política. É como se a nossa geração não fosse uma geração engajada. A minha família não é engajada. Apesar de termos familiar político, não tem aquela questão do princípio de lutar e, quando tem, é pontual. Eu percebo que eu não tenho nenhuma participação, mas eu penso que era pra eu ter. Se eu tivesse sido orientada desde cedo, de lutar pelos meus ideais, seria diferente. Época de política é muito difícil para mim, pois as propostas são todas muito parecidas e, quando está no poder, tudo muda. Acaba que se utilizam do poder público para beneficiamento pessoal (ENT6).

Falando de política, eu não gosto muito. Não gosto desse negócio de trabalhar para político, não gosto nada que venha de político. Na realidade, eu voto porque sou obrigada (ENT8).

As opiniões convergem entre si ao indicar a falta de participação e interesse pelo tema. As diferenças surgem a partir das justificativas relacionadas a essa rejeição. Para a entrevistada 5, o interesse inicial pela afiliação partidária resultou no aprofundamento do tema, o qual, a partir de então, transformou-se em rejeição. Para a entrevistada 6, a opinião sobre a falta de interesse perpassa por uma visão mais ampla, generalizada, onde inclui-se família e sociedade. Para ela, a falta de engajamento associa-se à falta de orientação e organização da sociedade para manifestar seus anseios e exigir seus direitos. A entrevistada 8, por sua vez, associa política às ações específicas de políticos, sugerindo que discorda dessas ações e, por consequência, surge o desinteresse.

Na análise da fala das entrevistadas e nas anotações do diário de campo quanto à reação a pergunta, verifica-se que há um entendimento de partidos políticos como instituições desacreditadas, locais de corrupção e que representam uma ferramenta política com aproximação real apenas nos períodos eleitorais. Constata-se, a partir da análise geral das opiniões proferidas pelas trabalhadoras, um contexto de desencantamento e um processo de afastamento da política, ocasionado por uma visão negativa dos partidos políticos e, sobretudo, dos políticos. A partir desse sentimento, surge a falta de participação, engajamento e a diminuição do poder de enfrentamento das dificuldades presentes na sociedade.

Se o engajamento na política pode ser considerado incipiente, o mesmo ocorre com a participação nos sindicatos. Das entrevistadas, cinco (45,4%) não

possuem associação com o sindicato. Das demais, cinco são filiadas e apenas uma afirmou ser militante.

Analisando as seis trabalhadoras que estão filiadas ao sindicato, verifica-se que, com exceção da trabalhadora militante, as demais compartilham opiniões semelhantes às atribuídas aos partidos políticos. Constata-se uma visão negativa sobre a função e ações do sindicato, além de um sentimento de descontentamento, afastamento e desacreditação. É possível perceber essas opiniões a partir dos seguintes trechos.

Faço parte do sindicato da prefeitura. Sou só filiada, porque a nossa profissão não é atuante no sindicato. Eu já tentei algumas vezes, já fui no sindicato, tentei conversar com eles, mas eu vi que não havia nenhum tipo de interesse por parte da Odontologia ou da saúde em si (ENT5).

Faço parte do sindicato dos médicos. Assim, eu pago a taxa mas não vejo nada em troca. Tudo do sindicato acontece em Fortaleza, portanto sou pouco ativa e participativa em relação a isso (ENT6).

Faço parte do sindicato, pois desconta do salário que recebo pelo hospital. Mas só participo porque não tenho opção, não que eu queira (ENT10).

O sindicalismo no Brasil, seguindo a tendência mundial, sofreu transformações decorrentes do processo de reestruturação produtiva. Os sindicatos passaram a assumir cada vez mais ação defensiva, regredindo sua já limitada defesa de classe, passando a centrarem-se na busca da preservação de direitos sociais conquistados e, diante do avanço crescente do capital, lutando para manter o mais elementar e defensivo dos direitos da classe trabalhadora: o direito ao trabalho, ao emprego (BORSOI, 2005).

As trabalhadoras vivenciam sua experiência como filiadas ao sindicato com sentimento de desinteresse, acomodação e distanciamento. Preocupa essa situação, principalmente ao se considerar o fato de que, sem a participação ativa dos trabalhadores na luta por seus direitos trabalhistas, as condições precárias de trabalho permanecerão, ocasionando tensões e conflitos que, em longo prazo tendem a causar adoecimento.

O modo de reapropriação por meio de militância no sindicato apresenta-se como uma forma de reconstruir o significado do trabalho, proporcionando maior envolvimento e menos alienação. Entretanto, nesse estudo, não parece ser uma escolha das entrevistadas a participação na luta dos seus direitos, diferentemente do que foi constatado por Sampaio (2001), em pesquisa com petroleiros. Nesse estudo, verificou-se grande envolvimento dos trabalhadores com sindicato, inclusive com

opiniões densas e militância forte. Questiona-se, portanto, as razões para o pouco interesse das trabalhadoras da atenção básica de Sobral, principalmente diante da constatação de que 50,6% de todos os trabalhadores do estudo possuem vínculo de trabalho precário. Seria uma questão de gênero? De organização das categorias? Como não foi objetivo dessa pesquisa investigar essas causas, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos para elucidar essas questões.

Quanto ao envolvimento com associações e movimentos sociais, há uma discreta participação das trabalhadoras. Quatro entrevistadas (36,3%) afirmaram ser associadas, das quais metade faz parte de associações comunitárias e a outra metade de associações profissionais.

Verificou-se que houve uma preferência das ACS em participar de associações comunitárias e de enfatizar a importância do seu papel enquanto associado.

Eu acho os movimentos de bairro muito importantes porque, até devido ao meu trabalho, é uma forma de querer também ajudar. Eu gosto de ir à Secretaria de Ação Social, me informar dos cursos profissionalizantes, fazer a inscrição das pessoas, dos jovens. Quando eu sei que tem algum curso, eu divulgo (ENT4).

Eu acho muito importante os movimentos que tem no bairro e as associações na comunidade, porque eu posso ajudar as pessoas a crescerem, participando de alguma coisa que é da comunidade (ENT8).

Dentre todas as categorias profissionais da ESF, são os ACS, até por conta da natureza do trabalho, que possuem maior envolvimento com e na comunidade. Assim, as ACS desse grupo apresentaram maior interesse por participar em associações comunitárias. O processo de trabalho baseado em visitas domiciliares as aproxima e cria um vínculo forte com a população, a ponto de sentirem-se responsáveis pelo bem estar e pela resolução dos problemas da comunidade.

No processo de trabalho na ESF, embora haja o engajamento dos ACS na tentativa de resolução das demandas da população, muitas vezes ocorre insucesso. Seja por conta do baixo controle no trabalho ou da falta de apoio social ou de recursos, essa situação de impotência gera sentimentos de frustração e de perda do sentido do trabalho (VILELA *et. al.*, 2010). A inserção em associações é uma das formas encontrada por esses ACS para se reapropriarem e significarem parte do trabalho que desenvolvem.

Outro modo de reapropriação utilizado pelas entrevistadas são as atividades de hobby, realizadas em momentos de lazer e como uma estratégia individual de minimização dos riscos psicossociais presentes no contexto laboral. Com uma jornada de trabalho extensa e elevada sobrecarga de trabalho, há interferência no tempo dedicado a si e às atividades extra-trabalho (CAMELO, ANGERAMI, 2008).

Ao que parece, o trabalho situa-se em primeiro plano na vida das entrevistadas e, somente quando a carga horária permite, elas buscam atividades para aliviar as tensões advindas do trabalho.

Nove (81,8%) trabalhadoras do grupo afirmaram ter hobbies, dos quais o mais comum foi a realização de atividade física, citada por três (27,3%), seguido por leitura, apontada por duas (18,2%) trabalhadoras. Atividade de costura, ir ao cinema, ir a igreja e ouvir música foram citadas por uma trabalhadora cada.

O *hobby*, nesse caso, pode também ser compreendido como um tipo de atividade de lazer. Lazer pode ser definido como conjunto de ocupações às quais o sujeito entrega-se por sua própria vontade, seja para repousar ou divertir-se após cumprir suas obrigações profissionais, familiares e sociais. É uma escolha individual e ajuda ao sujeito sair da rotina, sendo benéfico para a saúde, proporcionando prazer e satisfação (WEBER, GRISCI, 2011).

Dumazedier (2008) apud Weber e Grisci (2011) propõe a classificação das atividades ligadas ao lazer em cinco categorias, de acordo com o interesse que as envolve:

1. Lazer do tipo físico: envolvendo atividades esportivas e exercícios físicos que elevem a sensação de bem-estar;
2. Lazer do tipo artístico: envolvendo idas ao teatro, cinema, museu e outras atividades artísticas;
3. Lazer do tipo prático: envolvendo trabalhos manuais como jardinagem, costura, culinária;
4. Lazer do tipo intelectual: envolvendo leituras não relacionadas aos interesses profissionais;
5. Lazer do tipo social: envolvendo recepções, saídas com amigos e festas familiares.

Dentro do entendimento do que é *hobby*, todas essas categorias foram citadas pelas entrevistadas. O exercício físico foi a atividade mais abordada pelas

trabalhadoras. Segundo Weinberg e Gould (2001) apud Camelo e Angerami (2008), indivíduos fisicamente ativos apresentam melhor saúde, com melhor energia e atitudes mais positivas em relação ao trabalho, além de revelarem uma maior capacidade em lidar com as tensões e conflitos presentes no ambiente laboral.

As demais atividades, incluídas nas categorias de lazer artísticos, como a ida ao cinema; de lazer prático, a atividade de costura; de lazer intelectual, leitura e ouvir música; e lazer social, como a ida à igreja, remetem às atividades que são realizadas como uma forma de reapropriar-se e significar a vida fora do trabalho.

3.2.7 O significado do trabalho: a busca do prazer

O trabalho é o modo de ser do homem, que permeia e transita em todos os níveis de sua atividade, de seus afetos e de sua consciência. Constitui atividade propriamente humana, estruturadora do psiquismo, da personalidade e da identidade, ocupando lugar e peso diferente de acordo com a organização social específica e o modo concreto como os seres humanos produzem suas condições de existência (SAMPAIO, MESSIAS, 2011).

O trabalho é, portanto, o meio fundamental que declara o indivíduo à sua natureza humano-social. É um dos pontos de partida para a humanização do ser social, não se constituindo apenas em instrumento de satisfação das necessidades, mas em meio de realização, condição para a existência. Ao transformar a natureza por meio do trabalho, o indivíduo reconhece a sua própria natureza e toma consciência de si como ser no mundo, transformando-se a si mesmo, valorizando-se como ser humano (AZAMBUJA *et al.*, 2007).

Diante desse contexto, é importante analisar o significado que o trabalhador atribui ao seu trabalho. A partir de cada experiência, valor, crença e pressuposto, o indivíduo (re)cria o significado de seu trabalho, sempre movido em busca de afeto e aceitação (RONCHI, 2012). Cabe então analisar qual o lugar, o peso e o significado que o trabalho ocupa na vida das trabalhadoras da ESF de Sobral. Qual o sentimento que exprimem quando refletem sobre o trabalho? Há diferenças entre as diversas categorias e a forma como vivenciam o trabalho?

De acordo com Carreiro *et al.* (2013), o trabalho constitui fonte de satisfação e prazer quando o trabalhador consegue identificar significação humana e

social na sua atividade, quando tem significado para a família, para os amigos e quando consegue despertar sentimento de utilidade.

A satisfação no trabalho é um estado subjetivo, variável de pessoa a pessoa, de circunstância a circunstância, sujeita a influências internas e externas ao ambiente de trabalho imediato. Pode ser considerada um estado emocional agradável a partir da avaliação que o indivíduo faz de seu trabalho e resulta da percepção da pessoa sobre como este satisfaz ou permite satisfação de seus valores importantes no trabalho (MARTINEZ, PARAGUAY, 2003).

Dois aspectos são considerados componentes da satisfação no trabalho: o cognitivo e o afetivo. O aspecto cognitivo diz respeito ao que o indivíduo pensa e as suas opiniões sobre o trabalho, enquanto o aspecto afetivo relaciona-se aos sentimentos que a pessoa guarda em relação ao seu trabalho. Portanto, a satisfação no trabalho baseia-se em parte no que o indivíduo pensa e em parte no que ele sente (MARTINEZ, PARAGUAY, 2003).

Nos discursos, o trabalho se destaca como fonte de prazer, satisfação pessoal, de interação e reconhecimento social e de realização pessoal e transformação social. Ao trabalho é atribuída a característica de operador de saúde, de potencializador do viver humano, visto como uma atividade gratificante e com forte relevância e impacto social. As trabalhadoras expressam esses sentimentos nas seguintes falas:

O trabalho pra mim é uma realização de vida. Eu nunca imaginei que iria chegar ao ponto que cheguei hoje. Trabalhar e dar conta do meu trabalho. É isso que estou fazendo e é isto que eu quero fazer. O meu trabalho é muito importante, sou muito feliz e realizada (ENT1).

Esse trabalho me dá vida! Eu não conseguiria passar o dia todo em casa. Tem mais de trinta anos que trabalho nesse bairro. Quando cheguei, não tinha nada, só pobreza e fome. Hoje eu estou vendo tudo melhor e vejo minha contribuição nisso. Se eu não achasse meu trabalho importante, eu não estava mais aqui. Me deixa mais feliz saber que eu estou contribuindo, isso me deixa melhor, me deixa satisfeita (ENT2).

Eu amo o que eu faço, gosto dos profissionais com quem eu trabalho. Sempre me relacionei bem com eles (ENT3).

Eu acho meu trabalho gratificante. É um trabalho que a gente faz diretamente com as pessoas, de orientação, é um trabalho bom. Eu acho bom quando eu consigo ajudar alguém, resolver um problema de uma pessoa. Me sinto muito grata (ENT4).

Eu sou muito feliz em ser dentista. Se você me perguntasse: “se você tivesse outra chance, você escolheria ser dentista?”, eu responderia que sim. Já tive muitos momentos de felicidade e muitas satisfações,

principalmente quando o paciente vem com um problema e eu consigo resolver (ENT5).

Meu trabalho me traz felicidade! (ENT6)

Sou feliz no trabalho. Eu gosto muito de ser enfermeira, gosto do contato com a comunidade, me sinto satisfeita com meu trabalho (ENT7).

Eu sou muito feliz com o meu trabalho, acho o meu trabalho muito bom. Mesmo com as cobranças, entendo que são dentro do que eu tenho que fazer no dia a dia (ENT8).

Sou feliz no trabalho. Fico muito satisfeita em poder fazer algo que melhore a saúde do meu paciente e que ele fique satisfeito (ENT9).

Sou feliz e gosto do que faço, porque não me importo se os colegas gostam, o importante é o paciente. Eu estou aqui pelos pacientes, são eles que me deixam bem (ENT10).

Sou muito feliz no trabalho. O meu trabalho é uma oportunidade que eu tenho de fazer o melhor a quem precisa. Eu não sei o que eu seria sem meu trabalho. Peço muito a Deus que ele venha me dar saúde para continuar trabalhando mais ainda. Porque meu trabalho é um aprendizado muito grande na minha vida pessoal, além do reconhecimento da equipe, da gestão e da população, que também é muito gratificante. O importante para mim é que o paciente fique satisfeito (ENT11).

O prazer evidenciado no trabalho está relacionado, em grande parte, com a melhoria da condição de saúde e satisfação do paciente, além da sensação de trabalho realizado. Elias e Navarro (2006), ao analisarem a satisfação no trabalho de enfermeiras de um hospital escola em Minas Gerais, também verificaram que a relação com os pacientes e o sentimento de melhoria das condições de saúde deles eram as principais fontes de prazer no trabalho. Portanto, independente do ambiente de trabalho, é a natureza do trabalho, o conteúdo das atividades desenvolvidas e a importância dada a saúde dos pacientes, que proporcionam satisfação às trabalhadoras.

A natureza do trabalho na ESF baseia-se no estabelecimento de vínculo e na constituição de laços e corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. Os profissionais integrantes das equipes de saúde precisam atuar na transformação do modo de vida e saúde dos usuários, a partir de ações dentro da comunidade, vivenciando a realidade e as necessidades *in loco*, conhecendo como as famílias vivem, relacionam-se e produzem (AZAMBUJA *et al.*, 2007). Assim, as trabalhadoras percebem o seu trabalho como importante socialmente e que suas ações produzem impacto na melhoria da saúde da população. A felicidade do

paciente e o reconhecimento por esses esforços são vistos pelas entrevistadas como motivo de prazer no trabalho.

Estudo de Santos *et al.* (2007) verificou forte comprometimento individual das enfermeiras da ESF, que também se envolviam intensamente com o trabalho na expectativa de solucionar os problemas trazidos pela população, idealizando a capacidade de transformação da realidade a partir de seu trabalho. Tal dedicação e empenho no ofício faz com que acreditem serem especiais, o que gera a satisfação.

A satisfação no trabalho pode ser considerada como função da relação percebida entre o que o indivíduo espera de seu trabalho e o que ele percebe que está recebendo (MARTINEZ e PARAGUAY, 2003). Nessa perspectiva, a satisfação depende do que espera e do que alcança cada indivíduo. Tais expectativas situam-se nos diversos aspectos relacionados ao processo de trabalho, como as condições de trabalho, a organização e as relações interpessoais estabelecidas.

Verifica-se nos discursos das trabalhadoras a influência da questão do gênero, pois parte das profissionais do sexo feminino, ao buscar o trabalho fora de casa, carrega consigo as referências e simbologias identificadoras a maternidade e a todos os aspectos que lhe definem enquanto mulher, tentando realizá-los a partir do modelo tradicional que lhe foi ensinado (ELIAS e NAVARRO, 2006). Evidencia-se, portanto, forte sentimento de responsabilidade com o bem-estar e a satisfação do paciente, o qual, a partir desse sentimento, gera sensação de prazer e felicidade com o trabalho.

O trabalho também é visto como forma de inserção social e de valorização pessoal e profissional, garantindo sentimento de pertença ao mundo e conferindo dignidade às trabalhadoras (AZAMBUJA *et al.*, 2007). Esses sentimentos perpassam pelas interações estabelecidas entre a equipe, em que o apoio sentido pelos pares e a integração entre os profissionais são apontadas como fortalecedoras e potencializadoras de prazer no trabalho. O trabalho possibilita a realização das trabalhadoras a partir da inserção na realidade e nas relações estabelecidas entre os colegas e a comunidade.

Se as questões de relacionamento com hierarquia, as formas de recompensa e de fiscalização, a divisão do processo de produção, turnos, monotonia, automatização, controles e contracontroles, possibilidades de marcar a subjetividade na produção e de reconhecer a marca forem resolvidas democraticamente, aumenta a probabilidade do trabalho poder potencializar

sentimentos de prazer, criatividade e realização da subjetividade (SAMPAIO e MESSIAS, 2011). Entretanto, quando essas questões não são resolvidas, podem ocorrer conflitos e tensões, gerando sofrimento ao trabalhador. O adoecimento vai ocorrer quando o trabalho torna-se despersonalizado, principalmente, quando se constrói no indivíduo uma imagem de indignidade, pela obrigação de realizar uma atividade desinteressante e sem significado; um sentimento de inutilidade, por desconhecer o que seu trabalho representa diante de toda a equipe; e um sentimento de desqualificação, por questões salariais e de valorização, (MARTINEZ e PARAGUAY, 2003; CARREIRO *et al.*, 2013).

Apesar de todas as entrevistadas afirmarem que o trabalho é fonte de felicidade, alguns aspectos foram indicados como geradores de insatisfação. As instâncias de prazer e sofrimento não surgem no discurso das trabalhadoras de forma estanques, mas se imbricam e se complementam. Aspectos como a falta de reconhecimento, tanto dos pares quanto da população; a falta de valorização profissional, representada pelos baixos salários e vínculos precários de trabalho; a sobrecarga de trabalho, causada pelo ritmo intensa da jornada; e a impotência diante das demandas dos usuários e dos problemas da comunidade foram apontados como geradores de sentimento de infelicidade.

1. Falta de reconhecimento:

Ao mesmo tempo em que há evidente idealização do trabalho, surge também frustração pela falta de reconhecimento e pela desvalorização profissional. Duas entrevistadas expressaram esse sentimento.

Poucos são os que reconhecem o que a gente faz. O reconhecimento é muito pequeno, tanto pela gestão como pela população. A população é a que menos reconhece. Você pode fazer 99%, se você não fizer os 100%, é como se não tivesse feito nada (ENT1).

Eu tenho a sensação de não ser reconhecida. Eu gostaria muito de ser reconhecida na parte profissional e na remuneração também. Seria bom que o meu trabalho fosse mais valorizado, porque eu acho muito desvalorizado (ENT3).

Observou-se que o sentimento de falta de reconhecimento é mais presente nas profissões auxiliares que, além de possuírem pouco controle e autonomia sobre o trabalho, muitas vezes, tornam-se invisíveis diante do produto final.

Se o reconhecimento social do trabalho é capitalizado pelo sujeito no registro da sua identidade, é, contudo o reconhecimento dos seus pares e da

hierarquia que confere ao indivíduo o pertencimento a um coletivo de trabalho. A dinâmica desse reconhecimento possibilita a construção por parte dos sujeitos do sentido no/do trabalho, favorecendo a mobilização no trabalho e, conseqüentemente, as possibilidades de transformação de sofrimento em prazer (BRITO *et al*, 2012).

O prazer no trabalho depende, em parte, da execução de atividades que sejam valorizadas e reconhecidas socialmente. O indivíduo espera esse reconhecimento simbólico da sua contribuição e, quando não há, tende a se sentir pouco valorizado pelos esforços empreendidos, o que pode gerar situações de sofrimento, com conseqüências na organização do trabalho (SILVA e RAMMINGER, 2014).

2. Falta de valorização profissional

A falta de valorização foi percebida a partir da baixa remuneração e do vínculo precário de trabalho, presentes nos discursos de três trabalhadoras.

Eu sou muito feliz no meu trabalho, mesmo ganhando pouco. Essa profissão não me rende muito financeiramente, mas já me proporcionou muitos momentos de felicidade (ENT5).

No trabalho, sou feliz, mas nunca 100%. Sempre tem alguma coisa que me incomoda como, por exemplo, a remuneração, que não acho ideal. Ainda tem a questão do vínculo empregatício e do próprio reconhecimento (ENT7).

Entre trabalhar aqui e no hospital, prefiro lá, porque recebo mais, ganho bônus, tem banco de horas e sou muito mais motivada. Aqui, eu sinto mais segurança, mas ganho pouco (ENT10).

A reestruturação produtiva teve seus efeitos também no setor saúde, ocasionando precarização dos vínculos, gerando medo e submissão dos trabalhadores. A falta de reconhecimento profissional somada a ausência de planos de cargos, carreiras e salários e de valorização salarial dos trabalhadores do SUS são reveladores dessa precarização (BRAGA *et al.*, 2010), que é sentida pelas trabalhadoras analisadas.

A precarização do trabalho tem sido apontada como responsável pela piora das condições de saúde e pelo aumento da prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (BRAGA *et al.*, 2010).

3. Sobrecarga de trabalho

No processo de trabalho na ESF, a sobrecarga de trabalho também é citada pelas trabalhadoras como um fator que constitui fonte de sofrimento.

Sou muito feliz e realizada, mas gostar do que eu faço, acho que só eu mesmo, porque tem muita coisa, responsabilidades e compromisso. Às vezes, fico muito angustiada por conta de tanta coisa, da carga de trabalho e da demanda grande (ENT1).

Trabalhar para mim é vida, mas não trabalhar demais. Quase todo dia aqui tem muita demanda, muito trabalho. O bom é que a equipe que trabalha comigo me ajuda, é maravilhosa, me dá uma palavra amiga. Se alguém vier discutir, elas me defendem (ENT2).

Seria muito importante para a gente a diminuição da carga horária, porque aí, no contraturno, poderíamos fazer outra coisa mais agradável, como uma especialização, por exemplo (ENT7).

Os trabalhadores percebem a alta carga de trabalho, com o acúmulo de tarefas e ritmo intenso, como causadora de angústia. Essa situação pode gerar sofrimento à medida em que o indivíduo se sente incapaz de cumprir com todas as atividades prescritas. Além disso, a dedicação excessiva à jornada de trabalho pode interferir nas relações sociais e familiares, gerando maior sofrimento e desgaste mental (CAMELO e ANGERAMI, 2007).

O apoio social aparece na fala de uma das entrevistadas como um fator atenuante do desgaste causado pela sobrecarga de trabalho, reforçando a teoria de Karasek (1998), de que diante da alta demanda no trabalho, o apoio social, vindo das relações com chefia e colegas, diminui os riscos de desenvolvimento de sofrimento psíquico. Entretanto, conforme afirmam Camelo e Angerami (2007), muitas vezes, o excesso de trabalho reduz a oportunidade de apoio social ao indivíduo, causando insatisfação. Portanto, tem-se uma situação em que o apoio social minimiza os prejuízos à saúde decorrentes de uma alta demanda, mas a alta demanda, muitas vezes impossibilita o apoio social. Assim, nesse contexto em que há a sobrecarga de trabalho e não há apoio social, há um maior risco de aparecimento de situações de tensão e problemas de saúde.

Outro fato que chama atenção, é a observação da entrevistada 7 em ter mais tempo para fazer uma especialização. A trabalhadora vislumbra ocupar seu tempo livre do trabalho com atividades de aperfeiçoamento para mantê-la mais competitiva no mercado. Isso ocorre por uma exigência do sistema capitalista, que converte o tempo livre em tempo de consumo para o capital. Portanto, o tempo livre do trabalho seria dedicado à manutenção da condição de trabalhadora, o que gera mais cansaço e desgaste físico e mental.

4. Impotência diante das demandas dos usuários e problemas da comunidade:

O trabalho também é gerador de angústias não só pela sobrecarga de atividades, mas pela impotência sentida diante dos problemas sociais e econômicos presentes na comunidade.

O ruim no trabalho é quando a gente não consegue resolver o problema do paciente, porque a gente já se sente parte daquela família, a gente mora lá. Então a primeira pessoa que eles vão procurar é a gente, pois é a gente que entra na casa deles (ENT4).

Meu trabalho traz felicidade, mas também traz angústia, porque sei que estou aqui para ajudar, mas, infelizmente muitos pacientes não fazem a parte deles. Me angustia o fato do paciente algumas vezes não cumprir o tratamento proposto (ENT6).

Alguns momentos não me dão prazer, como, por exemplo, quando o paciente sai insatisfeito por alguma razão ou então você sai insatisfeito com um procedimento que não deu para fazer (ENT9).

A sensação de impotência é sentida de diferentes formas pelas entrevistadas, de acordo com o vínculo estabelecido com os usuários. Para a ACS, o sentimento é maior, visto que é essa categoria, dentre os profissionais da ESF, que possui maior proximidade com as necessidades da comunidade. Nesse estudo, a categoria de ACS foi a que apresentou maior prevalência de transtornos mentais menores, o que pode, em parte, estar associada aos sentimentos de frustração advindos da sensação de impotência e pouca capacidade resolutiva das demandas da comunidade.

Azambuja *et al.* (2007) convergem com essa afirmação, pois verificaram que os problemas da comunidade são sentidos em maior grau pelos ACS, por residirem na comunidade em que atuam e perceberem-se com maior responsabilidade de resolução dos problemas sociais.

Portanto, diante da sobrecarga de trabalho, as trabalhadoras buscam desenvolver suas atividades com empenho e dedicação, entretanto não percebem a valorização e o reconhecimento da chefia, dos colegas e dos pacientes sobre esse esforço. Além disso, sentem-se frustradas por não terem capacidade resolutiva diante das necessidades da comunidade, visto que muitos dos problemas trazidos pela população têm determinantes mais complexos e que não podem ser resolvidos pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, surgem potenciais desgastes físico e mental para as trabalhadoras, advindos da organização do trabalho na ESF.

O significado do trabalho aparece de forma paradoxal. É percebido de forma satisfatória, na medida em que é potencializador do viver humano e garante prazer ao indivíduo. O ato de trabalhar para as entrevistadas é percebido como

“deixar a marca em um presente que logo se faz história” (AZAMBUJA *et al.*, 2007, p. 77). Neste sentido, o trabalho recria a natureza, humaniza o ser humano, social e historicamente.

Por outro lado, esse mesmo trabalho apresenta outra face, vivenciada a partir das dificuldades presentes no cotidiano do trabalho, como sobrecarga, impotência em resolver todas as demandas, pouca valorização e reconhecimento profissional. É, portanto, vivenciando as duas faces presentes no trabalho, que as trabalhadoras buscam ultrapassar as tensões, os conflitos e o adoecimento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estabelecer a relação entre certas realidades e certas formas de expressão constitui apenas o início de um processo de compreensão que se apoia no trabalho como categoria ontogênica, na visão de mundo, nas construções ideológicas e no ser social, como categorias operacionais, e no modo de reapropriação como categoria explicativa.

Tomando a relação entre trabalho e saúde mental como objeto de estudo, buscou-se analisar como ocorre essa relação nos trabalhadores da atenção básica do município de Sobral. A partir da descrição dos perfis de trabalho e psicológico e do mapa de relações existentes entre eles, devidamente discutidos nos capítulos que sistematizaram os resultados, pretende-se, nessa seção, sintetizar o exercício analítico, sistematizando-o em três tópicos: considerações gerais, conclusões e recomendações.

4.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O processo de pesquisa, que envolve a compreensão de certa realidade, exige do pesquisador dedicação e esforço. A trajetória percorrida neste estudo foi árdua e pautada por inquietações, conflitos e aprendizagens. No decorrer de todo o processo, muitas dúvidas surgiram, suscitando questionamentos, reflexões e novos conhecimentos ao pesquisador.

Analisando as escolhas metodológicas, percebe-se que o caminho seguido, de natureza qualitativa, e a triangulação de métodos, técnicas e dados mostraram-se eficazes, uma vez que possibilitaram não somente a identificação dos sujeitos paradigmáticos para análise, mas também o alcance dos objetivos propostos.

Uma vez definido qual caminho deveria ser percorrido, a entrada em campo e a etapa de coleta de dados mostraram-se como principais desafios. A aplicação do pré-teste do questionário, mostrou-se útil, tanto para a adequação dos instrumentos, tornando-os mais compreensíveis aos sujeitos da pesquisa, quanto para estimar o tempo de aplicação dos mesmos. A realidade, entretanto, se apresentou diferente do esperado. Apesar do consentimento da gestão do município e da gerência das unidades de saúde, houve grande dificuldade na entrada das

unidades de saúde para acesso aos sujeitos do estudo. A princípio, pactuou-se que o acesso do pesquisador seria permitido durante as reuniões das equipes, que ocorriam uma vez por semana. Contudo, por diversas vezes, as reuniões foram desmarcadas sem aviso prévio, atrasando o cronograma proposto para essa etapa.

Apesar dos contratemplos e percalços na etapa de coleta de dados, houve uma adesão significativa e representativa dos profissionais de saúde do município de Sobral, que se mostraram instigados e interessados em contribuir com o estudo. Os instrumentos utilizados, questionários, entrevistas e diário de campo, mostraram-se adequados em retratar a realidade que se buscava analisar.

O grupo, conformado para análise por meio de entrevistas, se mostrou colaborativo, motivado pela oportunidade de relatar suas condições de trabalho, apresentando exposição clara e concisa. Entretanto, algumas entrevistas, por terem sido realizadas após o horário de trabalho, podem ter sido prejudicadas pelo cansaço dos sujeitos. Sugere-se, em pesquisas futuras, que as entrevistas sejam agendadas em horário de descanso do trabalhador, em que ele não esteja em atendimento, ou que sejam divididas em mais de uma sessão. Outra sugestão seria a inclusão no estudo dos gerentes da unidade, que acumulam funções assistenciais e gerenciais, a fim de compreender como esses sujeitos vivenciam os conflitos e tensões existentes nas duas funções que executam e na interface.

Como limitações do estudo, pode-se apontar a pouca adesão dos profissionais médicos, ocasionada pela ausência desses profissionais nas reuniões das equipes e à pouca representatividade do sexo masculino, mas que não constitui artefato, dada a maior presença feminina neste mercado de trabalho. Ressalta-se também que, pela escolha metodológica de natureza qualitativa, os resultados não podem ser generalizados para contextos sociais daquele descrito em Sobral: cidade de médio porte do interior do Nordeste brasileiro, com significativa história de implantação do SUS.

Dada a importância e centralidade do processo de trabalho no viver humano, propõe-se que novos estudos na ESF sejam realizados, envolvendo triangulação de métodos e técnicas, a fim de verificar se, em outros contextos, as relações encontradas no presente estudo possam se equivaler.

4.2 CONCLUSÕES

Os profissionais de saúde da ESF de Sobral são, predominantemente, mulheres, na faixa etária de 31 a 40 anos, casadas, com escolaridade de nível médio e que recebem até um salário mínimo. Quanto ao perfil profissional, há maior percentual de trabalhadores que atuam há mais de 10 anos na atenção básica do município, cumprindo, em média, 40 horas semanais. O vínculo de trabalho precário, caracterizado por terceirização, contrato por tempo determinado e cargo comissionado, é mais frequente, principalmente entre as profissões de nível educacional superior, o que aumenta a rotatividade desses profissionais nas equipes. Por conta da precarização do emprego e dos baixos salários, também é comum o acúmulo de mais de um vínculo empregatício, em sua maioria na esfera pública. Preocupa esse contexto de dupla e, às vezes, tripla jornada, quando acrescida a jornada doméstica, na saúde mental da trabalhadora. Portanto, para a mulher, culturalmente responsável pelas atividades em casa e pelo cuidado da família, a sobrecarga de trabalho pode estar associada ao desgaste mental ou ao possível adoecimento.

A prevalência de TMC foi considerada intermediária ao se comparar com outros estudos, ocorrendo com maior frequência entre os ACS, enfermeiros e médicos. Há uma associação entre ser ACS e apresentar TMC, entretanto não se pode afirmar que exista uma relação direta com o trabalho desenvolvido, pois outros fatores, relacionados ao modo de viver desses sujeitos, podem intervir para o aparecimento de distúrbios psíquicos.

Na busca de respostas às questões norteadoras do estudo, não se pode afirmar que trabalhar na atenção básica de Sobral represente risco ao adoecimento mental, pois se verificou que a maioria dos trabalhadores se enquadrava na categoria de trabalho com baixa exigência. Ou seja, é possível afirmar que o processo de trabalho caracteriza-se como um trabalho com baixa demanda psicológica e alto controle. Contudo, não se pode ignorar o percentual de cerca de 5% de trabalhadores com alto desgaste, isso é, expostos a altas demandas psicológicas e a baixo controle no trabalho.

A análise também demonstrou que quanto maior a posição hierárquica na ESF, menores são os riscos de adoecimento relacionado ao trabalho. Assim, as categorias de nível médio, principalmente os ACS, apresentam maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho. Deve-se considerar que a elevada sobrecarga de trabalho, a grande responsabilidade, o baixo controle sobre o que e como o

trabalho deve ser realizado e a baixa valorização social, podem, de certa maneira, influenciar o adoecimento mental desses profissionais. Embora apresentem maiores riscos de adoecimento, possuem menor visibilidade, considerando a hierarquia e a valorização profissional na ESF, para discutir suas condições de trabalho.

O suporte social foi, dentre as variáveis do modelo Demanda-Controle, o que apresentou maior relação com a ocorrência de TMC. Constatou-se que os TMC foram cinco vezes mais prevalentes dentre os sujeitos que percebiam um ambiente de trabalho com baixo apoio social do que os que não tinham essa percepção. Portanto, um ambiente de trabalho em que haja situações conflituosas entre colegas e chefia tende a ser mais propício ao adoecimento no trabalho. Tal situação indica necessidade urgente de intervenção voltada ao ambiente de trabalho, priorizando as relações interpessoais.

Fica evidenciada a assimetria social, econômica e de poder na ESF. As diferenças em relação a formação, classe social, remuneração e exigência residir e conviver na comunidade que atendem, resultam em maior risco de adoecimento desses sujeitos. Além da carga de trabalho, os ACS nutrem sentimentos de pertença a comunidade e, conseqüentemente, de frustração quando não possuem recursos suficientes para a resolução dos problemas da comunidade, que de certa forma são problemas também vividos e compartilhados entre eles.

Os ACS apresentam-se como a categoria profissional da ESF que precisa de maior atenção, por apresentarem maior razão de prevalência de TMC, além de baixo apoio social e baixo controle no trabalho. O baixo poder de agir e a falta de consciência do processo de trabalho interferem para o aparecimento de sentimentos de frustração e de impotência, o que pode propiciar o surgimento de transtornos psíquicos. A consciência de si despertaria a consciência do processo de trabalho e das razões dos conflitos vivenciados, permitindo a transformação das condições de trabalho.

Quanto aos aspectos ergonômicos e de insalubridade presentes no trabalho, iluminação e odor foram avaliados positivamente, enquanto ventilação e temperatura foram avaliadas de forma negativa, em especial pelos ACS, que realizam o trabalho sob exposição solar, e pelas auxiliares de enfermagem, que trabalham em unidades sem ventilação adequada. Ruído foi outro aspecto que, de forma geral, apresentou avaliação negativa. O espaço de trabalho, o estado dos

equipamentos e o estado da infraestrutura receberam avaliação diversificada, variando de péssimo a excelente, de acordo com a unidade analisada.

Em relação a queixas relacionadas ao trabalho, para afastamento, quase todas as entrevistadas declararam dores musculares e articulares em membros superiores e inferiores, relacionadas ao esforço repetitivo; e transtornos psicológicos como ansiedade, depressão, sensação de cansaço, falta de memória e enxaquecas. De forma pontual, outros agravos foram apontados: problemas na pele, devido à exposição solar; infecção urinária e cálculo renal, pela impossibilidade de ingestão de água durante o trabalho; e alergias, pelas condições de limpeza do ambiente.

Não só o adoecimento foi relatado, mas também a ocorrência de acidente de trabalho, do qual o mais comum envolveu instrumentos perfuro-cortante, principalmente com auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e cirurgião dentista. Esses acidentes ocorreram por conta da organização do trabalho, pois, atribuiu-se à sobrecarga de trabalho a negligência no manuseio de agulhas e instrumentais pontiagudos, além da pouca adesão ao uso de EPI. A inexistência de política voltada à segurança e saúde do trabalhador e de uma CIPA, para controle e prevenção de acidentes no trabalho, associam-se a esse elevado número de acidentes.

A partir da análise do processo de trabalho, envolvendo jornada, turnos de trabalho, intervalos e socialização, concluiu-se que não há interferência desses fatores na saúde mental dos trabalhadores. A carga horária cumprida estava de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sem regimes de plantão, sem supressão do sono e com intervalos adequados para almoço e pausas durante os turnos de trabalho. Apesar de algumas entrevistadas afirmarem não socializarem no ambiente laboral, não pareceu existir impacto negativo desse comportamento na saúde mental.

Quanto às atividades realizadas, as entrevistadas apresentaram queixas de sobrecarga de trabalho. Entretanto, verificou-se que não é a natureza das atividades desenvolvidas que acarreta essa percepção, mas a forma rápida, intensa e permeada por pressão, tanto da população como da gestão. Portanto, não são as atividades realizadas, mas o ritmo imposto para a realização, que produz a sensação de desconforto nas trabalhadoras.

Chama atenção, ao se analisar as questões relacionadas ao trabalho, que as trabalhadoras não percebem a questão do vínculo precário e a ausência de

PCCS como fatores negativos da organização do trabalho. Apesar de citarem, de forma incipiente, a insatisfação com os salários e a questão da valorização profissional, falta maior aprofundamento, mobilização e interesse em mudar esses aspectos. Dessa forma, como a precariedade do vínculo não é percebida, torna-se eventual fonte de desgaste, mas não necessariamente de sofrimento psíquico, visto que não se materializa enquanto adversidade na consciência desses sujeitos.

Quanto à natureza das categorias de auto-representação, as trabalhadoras se definiram a partir de crença, religião, trabalho e família. A construção identitária das participantes do estudo, a forma como se vê e se apresenta, possui forte referência dos meios de trabalho, perpassando pelas categorias empíricas de (in)felicidade pessoal, (in)satisfação e realização familiar e profissional. O trabalho é, portanto, referido e posto como elemento constituinte das experiências de vida, assumindo ora um papel central, ora um papel lateral, mas sempre presente, na composição da identidade.

O conceito de saúde-doença apresentou-se a partir do entendimento de um processo biopsicossocial, mas explicado a partir de noções predominantemente biológicas. As trabalhadoras claramente diferenciavam mente e corpo, espiritual e carnal, psicológico e biológico, ao buscarem explicar o processo saúde/doença, muitas vezes formulado como díade, demonstrando compreensão fragmentada do processo saúde-doença. Evidenciou-se que, embasadas por essa concepção, as trabalhadoras podem não perceber as condições de vida e de trabalho adoecedoras às quais estão expostas, apresentando menor potencial em resolvê-las.

A partir da análise do papel da família na conformação da identidade e na influência para o processo saúde/doença mental, verificou-se histórias de vida permeadas por separações ou distanciamentos dos pais, responsabilidade precoce no cuidado da família, principalmente de irmãos, além de inserção precoce no mercado de trabalho, dos quais não é possível precisar exatamente o peso para o surgimento de adoecimento mental. Todavia, identificam o rompimento do vínculo com a família de origem como experiência dolorosa e de difícil enfrentamento.

Em relação à influência do trabalho sobre a família, têm-se padrões diferentes de comportamento. Evidenciaram-se três modos dessa relação: ausência de interferência mútua entre trabalho e família; reconhecimento de interinfluência entre família e trabalho; reconhecimento de interinfluência e o predomínio do trabalho sobre a família. Diante das exigências internas do trabalho, pela sobrecarga

e baixa capacidade resolutive, e das exigências externas por parte da família, as trabalhadoras, principalmente às de nível médio, sentem uma sensação de incompetência, cansaço, sofrimento e desgaste que interferem na saúde mental. De modo comum a todas, há o sofrimento causado pela tentativa de administrar perturbações e preocupações, sem afetar uma esfera da vida, entre as quais a ansiedade foi a mais frequentemente citada.

A ansiedade, que surge decorrente das tensões e conflitos no trabalho, é apontada como a causa para o uso e, às vezes abuso, de tabaco ou medicamentos controlados como forma de aplacá-la, sem que as trabalhadoras vivenciem de fato a interferência destas saídas no processo primário do problema. Os conflitos vividos no trabalho também tendem a interferir e a alterar o sono, o apetite e a vida sexual.

Entre as que aceitaram discorrer sobre a sexualidade, mesmo com alguma timidez ou retraimento, mas evidente vontade de contribuição, a tendência foi descrever a vida sexual interrompida ou influenciada por questões relacionadas ao trabalho. O estilo de vida decorrente da sobrecarga de trabalho torna-se um desafio para essas mulheres, que carregam um ônus desigual, relacionado principalmente com o acúmulo de jornadas de trabalho, o desempenho de múltiplos papéis e o alto nível de exigência do cônjuge e da sociedade. Parece ser o trabalho, principalmente sua organização, que dita e dá o tom de como a vida pessoal se conforma, e as consequências dessa forma de viver, interferindo nas relações pessoais e afetivas.

As relações interpessoais no trabalho também interferem no processo saúde-/doença. Evidenciou-se que a posição hierárquica que as trabalhadoras ocupam influencia na forma como vivenciam as relações estabelecidas no ambiente de trabalho. Sentimentos de falta de estima dos outros e de baixo valor social e apoio podem surgir nas relações de trabalho em que há hierarquia de poder e de valorização, como na ESF, em especial, experienciada por ACS e auxiliares.

É comum também em relações interpessoais no trabalho, o surgimento de desentendimentos, sejam entre os membros da equipe de saúde, entre os profissionais e a gestão ou entre os profissionais e os usuários. Na ESF de Sobral, esses conflitos são decorrentes de relações assimétricas, de falta de colaboração, de ordem pessoal, ou relacionados com a infraestrutura e a organização dos serviços, que interferem na subjetividade do trabalhador e influenciam o surgimento das tensões que podem levar ao adoecimento mental.

Os acontecimentos da vida foram explicados pelas trabalhadoras, associados a causas externas, a si mesmas ou a consequências do acaso, destino ou obra divina. Encontraram-se também, em menor frequência, opiniões que atribuíam à responsabilidade individual e opiniões que envolviam fatores internos e externos para explicação dos eventos e fenômenos da vida.

As trabalhadoras apresentaram predominantemente uma visão pessimista da situação do país, demonstrando consciência das incoerências e apresentando capacidade de indicar ações para um futuro melhor. As que se mostraram otimistas, não se portaram alheias às dificuldades existentes e tampouco apresentaram visão ideológica sem capacidade em constatar os problemas e apontar questões e mudanças que julgaram necessárias. Educação, segurança, distribuição de renda, reforma política e postura honesta e competente de políticos foram os temas discutidos e abordados pelas entrevistadas. De forma geral, as trabalhadoras enxergam a política a partir dos políticos, e percebem ações e mudanças a serem feitas como responsabilidade de terceiros, sem que a sociedade se envolva no processo.

Considerando ainda o futuro, os planos e as expectativas das trabalhadoras foram voltados para: capacitação por meio de educação continuada, visando maior aprimoramento profissional; aposentadoria, para aproveitar a vida com a família; voluntariado, para ajudar ao próximo; casamento e maternidade, com o objetivo de constituir uma família; e saúde, para poder trabalhar mais. Constatou-se que as expectativas variaram de acordo com a situação conjugal e o tempo de exercício profissional, pois as solteiras expressaram o desejo de casar e ter filhos, enquanto as casadas almejavam a disponibilidade de tempo para cuidar dos filhos e netos. As que tinham mais tempo de formada e de trabalho expressaram o desejo em aposentar-se, enquanto as recém-formadas, ou com pouco tempo de trabalho na ESF, manifestaram anseio em capacitar-se mais para ampliar suas possibilidades profissionais. Independente dos anseios, evidenciou-se o papel central da família e do trabalho nos planos para o futuro.

Em relação à inserção social, tem-se a religião como escolha prioritária das entrevistadas, percebida como instância mediadora para enfrentamento dos conflitos e das tensões surgidas no trabalho e no âmbito pessoal, buscando a superação da ruptura da diacronia subjetividade-objetividade.

O associativismo, seja ele partidário, sindical, comunitário ou profissional,

teve pouca adesão das entrevistadas, que o percebem de forma negativa e apresentam desinteresse pela militância. A opinião coletiva, tanto pela militância política como sindical, é a de que são instituições desacreditadas, corruptas e incompetentes. Essa situação é preocupante, principalmente ao se considerar o fato de que, sem a luta por direitos, as condições precárias de trabalho permanecerão. Quanto à participação em associações comunitárias, constatou-se que são os ACS, por possuírem maior envolvimento com a comunidade, que apresentaram maior interesse em participar.

As atividades de hobby e de lazer também são utilizadas pelas entrevistadas como modo de reapropriação. A atividade física foi a mais relatada, seguida pela leitura, costura, ir ao cinema, ir a igreja e ouvir música. O significado do trabalho apresenta-se para as trabalhadoras da ESF de forma paradoxal. É vivenciado de forma satisfatória, na medida em que é potencializador do viver humano, destacando-se como fonte de prazer, satisfação pessoal, interação, reconhecimento social, realização pessoal e transformação social. Entretanto, há outro lado do trabalho, que não só gera insatisfação, como pode produzir sofrimento e adoecimento. Aspectos como a falta de reconhecimento, tanto dos pares quanto da população; a falta de valorização profissional, representada pelos baixos salários e vínculos precários de trabalho; a sobrecarga de trabalho, causada pelo ritmo intenso da jornada; e a impotência diante das demandas dos usuários e dos problemas da comunidade.

O prazer evidenciado no trabalho está relacionado, em grande parte, com a melhoria da condição de saúde e satisfação do paciente, além da sensação de trabalho realizado. Portanto, é a forma de prestar o cuidado e a garantia da atenção à saúde à população que possibilita a realização das trabalhadoras a partir da inserção na realidade e nas relações estabelecidas entre os colegas e a comunidade. O prazer depende da execução dessas atividades que são valorizadas e reconhecidas socialmente.

Quando falta o reconhecimento e a valorização profissional, o prazer torna-se sofrimento. Esses sentimentos são mais presentes nas profissões auxiliares que, além de possuírem pouco controle e autonomia sobre o trabalho, muitas vezes, tornam-se invisíveis diante do produto final. O trabalho também é gerador de angústias quando o trabalhador sente-se impotente para a execução do prescrito. A sensação de impotência é sentida de diferentes formas, de acordo com o vínculo

estabelecido com os usuários. Portanto, mais uma vez, é a categoria profissional dos ACS que vivenciam mais fortemente esse sentimento, devido à maior proximidade com as necessidades da comunidade e vínculo com a população.

Portanto, as trabalhadoras sofrem no contexto do trabalho ao tentarem desenvolver suas atividades com empenho e dedicação e não perceberem a valorização e o reconhecimento da chefia, dos colegas e dos pacientes sobre esse esforço. A frustração aumenta diante da incapacidade resolutive de grande parte das necessidades da comunidade. Nesse contexto, surgem potenciais desgastes físicos e mentais para as trabalhadoras, advindos da organização do trabalho.

4.3 RECOMENDAÇÕES

Constitui paradoxo verificar que as situações de trabalho no setor saúde contribuem para o adoecimento daqueles trabalhadores que são responsáveis em promover e recuperar saúde de outrem. Diante desse contexto e dos achados dessa pesquisa, há necessidade de pensar intervenções no processo de trabalho da atenção básica, visando melhorar as condições laborais e oferecer suporte social para o enfrentamento dos conflitos e das contradições presentes no ambiente de trabalho.

Embasando-se no entendimento de que quando o trabalhador assume a consciência de seu papel, transforma o seu ambiente e desperta a sua humanidade, a proposta de intervenção deve ter como centro o sujeito-trabalhador, buscando ferramentas para garantir a humanização e o processo de empoderamento da consciência de seu trabalho.

Constata-se também que as ações desenvolvidas na ESF de Sobral ocorrem sem normatização, planejamento e organização. Recomenda-se a reorganização do processo de trabalho, com espaços para reflexão coletiva sobre o planejamento e avaliação das ações cotidianas, apoderando o trabalhador da natureza do trabalho e o tornando consciente do seu produto final. A organização do processo de trabalho tende a garantir a priorização das atividades a serem desenvolvidas, o uso ótimo do tempo e o fortalecimento do trabalho em equipe, reduzindo sobrecarga e aumentando o controle e maximizando o apoio social percebido pelos trabalhadores.

Em relação ao TMC e a prevalência de alto desgaste no trabalho, deve-se

planejar ações voltadas à identificação dos sujeitos em risco, a fim de intervir de forma adequada e preventiva, buscando reconhecer quais fatores se relacionam diretamente com o quadro de sofrimento psíquico.

Outra questão que necessita de intervenção relaciona-se com a educação permanente dos trabalhadores da atenção básica. Apesar de existir atividades de capacitação, não há um planejamento adequado dessas ações, o que se reflete no fato de os ACS não apresentarem uma formação técnica para o trabalho e no relato dos demais profissionais, que afirmaram não haver periodicidade na execução dessas ações. É preciso, portanto, planejar de forma coletiva a execução dessas ações de forma a contemplar as necessidades de formação dos profissionais para melhor desempenho de suas atividades. Além disso, faz-se necessário incluir uma avaliação desses processos, analisando principalmente como a educação permanente modifica efetivamente a prática e o modo de fazer dos sujeitos no trabalho. Com maior formação e participação ativa nesse processo, acredita-se que seja possível diminuir os desgastes e tensões no trabalho que podem gerar adoecimento.

Em relação aos aspectos ergonômicos e insalubres presentes no trabalho, propõe-se a implantação de algumas medidas. Em relação à temperatura e ventilação, sugere-se a distribuição de chapéus e/ou bonés para os ACS utilizarem durante as visitas domiciliares. Em relação às melhorias das unidades de saúde, recomenda-se a instalação de ventiladores e/ou ar-condicionado, aumento do espaço e melhorias de infraestrutura. Além dessas ações imediatas, é necessária também uma discussão mais ampla da gestão com os trabalhadores para o desenvolvimento de uma política que vise a minimizar os riscos, planejando ações a curto, médio e longo prazo.

Recomenda-se também a discussão coletiva de um PCCV, com participação de todos os trabalhadores, em um processo de cogestão. Sugere-se então, a criação de um grupo de trabalho, formado por representantes das categorias, para discussão e consenso sobre remuneração e vínculo de trabalho. Há necessidade de implantação de vínculo de trabalho que garanta estabilidade aos trabalhadores, preferencialmente por meio de concurso público. Tais medidas tendem a diminuir o *turn over* dos profissionais, garantindo mais satisfação profissional, refletida diretamente na forma como a atenção à saúde será prestada.

Como os resultados desse estudo sugerem que os profissionais que

ocupam na ESF os níveis hierárquicos inferiores são os mais penalizados pela organização do trabalho, recomenda-se uma atenção especial voltada para minimizar a tensão do trabalho dos ACS e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal, buscando identificar e intervir nos fatores causais desse desgaste mental.

Recomenda-se também, e portanto, a criação de um espaço de diálogo, em que haja, permanentemente a escuta qualificada de todos os profissionais envolvidos, com o compromisso de prestar atenção à saúde do trabalhador e garantir o cuidado da população, simultaneamente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade**: o espírito do Toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ALVES, M.G.M. *et al.* Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004.
- ANDRADE, L.O.M., JUNIOR, T.M. Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo: A experiência de Sobral. **Revista Sanare**, v.1, n.1, p. 7-17, 1999.
- ARAÚJO, T.M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 4, 2003.
- ASSUNÇÃO, A.A. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. **Occupational Medicine**, v. 63, p. 234-237, 2013.
- AZAMBUJA, E.P. *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 71-9, 2007.
- BANDEIRA, M. *et al.* Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, *locus* de controle e auto-estima em estudantes universitários. **Estudos em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 111-122, 2005.
- BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007.
- _____. **O modo de vida dos novos operários**: Quando purgatório se torna paraíso. Editora UFC. Fortaleza, 2005. 258p.
- BRAGA, L.C. *et al.* Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010.
- BRANT, L.C., MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface**: Comunicação, saúde e educação. v.12, n.26, p.667-76, 2008.
- BRASIL, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde**, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004a.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências, 2004b.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Boletim de afastamentos:** 1º Boletim Quadrimestral de Monitoramento e Benefício por Incapacidade. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 1991, 12 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica,** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador.** Brasília, 2001.

BRITO, J.C. *et al.* Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Revista Brasileira de saúde ocupacional,** v.37, n.126, p. 316-329, 2012.

CABRAL, L.A.A. *et al.* “Acidente de dupla espécie”: uma terceira espécie de acidente de trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 19, n. 12, p. 4699-4708, 2014

CAMELO, S.H.H., ANGERAMI, E.L.S. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das Equipes de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem [internet],** v. 10, n. 4, p. 915-23, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>. Acesso em: 1 de junho de 2013.

_____. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem UERJ,** v. 15, n. 4, p. 502-507, 2007.

_____. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R. (org). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 229-266.

CARNEIRO, C. **Percepção de Identidades no Trabalho Voluntário:** Estratégias de Sobrevivência. 2001. 96f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista – Campus de Franca, 2001.

CARNEIRO, L.L. **Bem-estar pessoal nas organizações:** o papel do locus de controle no trabalho. 2013. 117f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CARREIRO, G.S.P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Enfermagem [Internet],** v.15, n.1,

p.146-55, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1>. Acesso em 01 de junho de 2013.

CARVALHO, B.G., PEDUZZI, M., AYRES, J.R.C.M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, v.30, n. 7, p.1453-1462, 2014.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012-2013**: Região de Saúde Sobral. Ceará, 2012.

CHANLAT, J.F. O desafio social da gestão: a contribuição das ciências sociais. In.: BENDASSOLI, P.F., SOBOLL, L.A.P. (org.) **Clínicas do Trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: atlas, 2011. 288p.

CLOT, Y. Clínica do Trabalho e clínica da atividade. In.: BENDASSOLI, P.F., SOBOLL, L.A.P. (org.) **Clínicas do Trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: atlas, 2011. 288p.

CODO, W. **Por uma Psicologia do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M.G., CODO, W. (org). **Saúde Mental e Trabalho**: Leituras. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 173-190.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. (org.). **Sofrimento psíquico nas organizações**: Saúde Mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.

DE MARCO, P.F. *et al.* O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez; Obore, 1992.

DEJOURS, C. *et al.* **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DELA COLETA, J.A. A Escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. **Arquivos Brasileiro de Psicologia**, v. 31, n. 4, p. 167-181, 1979.

DELA COLETA, M.F. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. **Arquivos Brasileiro de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 79-97, 1987.

DESLANDES, S.F. *et al.* Construção do Projeto de Pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p. 31-66.

DILÉLIO, A.S. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária a saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, 2012.

DONCEVIC, S.T. *et al.* Comparison of stress, job satisfaction, perception of control, and health among district nurses in Stockholm and prewar Zagreb. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 26, n. 2, p. 106 –14, 1998.

FARIAS, M.R. **Análise da integração da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família**. 2009. 174 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

FARO, A., PEREIRA, M.E. Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão da literature. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 2, p.76-92, 2012

FERNANDES, S.R.P. *et al.* Organização e condições de trabalho em telemarketing: repercussões na saúde psíquica dos trabalhadores. In: JACQUES, M.G., CODO, W. (org). **Saúde Mental e Trabalho: Leituras**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 247-270.

FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2000.

GHIORZI, A.R. O Quotidiano dos Trabalhadores em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 551-558, out/dez, 2003.

GLINA, D.M.R., ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho**. São Paulo: VK/CIPA, 2000.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003.

KARASEK, R.A. *et al.* The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KARASEK, R.A, THEORELL, T. **Healthy work**. New York (US): Basic Books; 1990.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-8, 2009.

LE GUILLANT, L. **Quelle psychiatrie pour notre société?**. Paris: Eres, 1984.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis, 2003.

LIMA, F.A. *et al.* Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 205 – 11, 2007.

LIMA, M.E.A. A Psicopatologia do Trabalho: Origens e desenvolvimentos recentes na França. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.18, n.2, 1998.

_____. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M.G., CODO, W. (org). **Saúde Mental e Trabalho: Leituras**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 50-82.

MARI, J.J., WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTINEZ, M.C., FISCHER, F.M. Stress at Work among Electric Utility Workers. **Industrial Health**, v. 47, p. 55–63, 2009.

MARTINEZ, M.C., PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v.6, p. 59-78, 2003.

MARZIALE, M.H.P., RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n.4, p. 571-77, 2002.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced *Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASSON, L.P., BRITO, J., ATHAYDE, M. Dimensão relacional da atividade de cuidado e condições de trabalho de auxiliares de enfermagem em uma Unidade Neonatal. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 879-898, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278p.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A.M. *et al.* Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In: BENDASSOLLI, P.F., SOBOLL, L.A.P. (org). **Clínicas do Trabalho**: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Editora Atlas; 2011. p. 169-187.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2007b. 189 p.

MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no

cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2007a, 296p.

MERLO, A.R.C., MENDES, A.M.B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. Rev. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MORENO, C.R.C., ROTENBERG, L. Fatores determinantes da atividade dos motoristas de caminhão e repercussões à saúde: um olhar a partir da análise coletiva do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 34, n. 120, p. 128-138, 2009.

MOURA, J.P., GIR, E., CANINI, S.R.M.S. Acidentes Ocupacionais com material perfurocortante em um Hospital Regional de Minas Gerais, Brasil. **Ciencia y Enfermeria**, v. 12, n. 1, p. 29-37, 2006.

NASCIMENTO-SOBRINHO, C.L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NORONHA, A.P.P.; FERNANDES, D.C. Estresse Laboral: Análise da produção científica brasileira na SciELO e BVS-Psi. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 491-502, jul-dez, 2008.

NUTO, S.A.S. et al. O saber popular em Odontologia e o Processo Saúde-Doença. IN.: DIAS, A.A. **Saúde Bucal Coletiva**: Metodologia de Trabalho e Práticas. Ed. Santos, 2006.

OLIVEIRA, A.C., GONÇALVES, J.A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. **Revista Escola de Enfermagem- USP**, v. 44, n. 2, p. 482-7, 2010.

OLIVEIRA, E.C. **O Sofrimento psicofísico, a sexualidade, a saúde e o trabalho**: um estudo com bancárias/os e trabalhadores/as da saúde. 1996. Disponível em: www.saudeetrabalho.com.br/download/o-sofrimento-psicofisico. Acessado em: 15 de janeiro de 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas – SP: Pontes, 2002.

PALÁCIOS, M., DUARTE, F., CÂMARA, V.M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 843-851, 2002.

PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**. V. 21, n. 3, p. 487-92, 2008.

PASQUALI, L., ALVES, A.M., PEREIRA, M.A.M. Escala de locus de controle ELCO/Telebrás. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, p. 363-378, 1998.

PEREIRA, I.V.S. *et al.* Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 461-468, 2014.

PERLIN, G., DINIZ, G. Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade?. **Psicologia Clínica**, v. 17, n. 2, p.15 – 29, 2005

PIRES, D.E, GELBCKE, F.L., MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PIRES, D.E. **Processo de Trabalho em Saúde no Brasil no contexto das transformações na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 320p. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas- Ciências Sociais, 1996.

REIS, E.J.F.B. *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, 2005.

RESENDE, M.C. *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, 2011.

ROCHA, S. O programa bolsa-família: Evolução e efeitos sobre a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p.113-139, 2011

RODRIGUES, D.M., PEREIRA, C.A.A. A percepção de controle como fonte de bem-estar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia- UERJ**, v. 7, n. 3, p. 541-556, 2007.

RODRIGUES, J.V. **A síndrome de Burnout em médicos que trabalham nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza**: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho. 2007. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

RONCHI, C.C. **Sentido do Trabalho**: saúde e qualidade de vida. Curitiba: Juruá, 2012. 156p.

SAMPAIO, J.J.C. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p.

_____. **Trabalho e Sofrimento Psíquico em petroleiros de produção**: subjetivismo, penosidade e conformismo. 2001. 196f. Tese (Tese de Professor Titular) – Universidade Estadual do Ceará, 2001.

SAMPAIO, J.J.C.; BORSOI, I.C.F.; RUIZ, E.M. **Saúde Mental e Trabalho em Petroleiros de Plataforma**: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (onshore/offshore) no Ceará. Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SAMPAIO, J.J.C., MESSIAS, E.L.M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M.G., CODO, W. (org). **Saúde Mental e Trabalho: Leituras**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 143-172.

SANTOS, A.P.L., GALERY, A.D. Controle sobre o trabalho e saúde mental: resgatando conceitos, pesquisas e possíveis relações. **Cadernos de Psicopatologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 31-41, 2011.

SANTOS, K.O.B., ARAÚJO, T.M., OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-22, 2009.

SARTORI, A.C.R., ZILBERMAN, M.L. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 3, p. 112-121, 2009.

SCHMIDT, D.R.C. *et al.* Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 330-337, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E., BERNARDO, M.H., KATO, M.M.M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SILVA, A.T.C., MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, C.O., RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p.4751-4758, 2014.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 10, n. 4, p. 1174-5, 2008.

SILVA, A.A., ROTENBERG, L., FISCHER, F.M. Jornadas de Trabalho na Enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p.1117-1126, 2011

SOBRAL. PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL. **Plano Municipal de Saúde de Sobral - 2014-2017**, 2014

SOUZA, S.F. *et al.* Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 710-7, 2010.

SOUZA, F.L. *et al.* A POLÍTICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SOBRAL –CE. *Revista S A N A R E*, Sobral, v.7, n.2, p.14-22, jul./dez. 2008

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCOLLI, B.T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, 2000.

THEORELL, T *et al.* Changes in job strain in relation to changes in psychological state. **Scand J Work Environ Health**. v. 14, n.3, p. 189-96, 1988.

TOMASI, E. *et al.* Perfil Sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 193-201, 2008.

TRINDADE, L.L., LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 1 de maio de 2013.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E.R. **Tratado de pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

ULHOA, M.A. *et al.* Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.6, p. 1130-6, 2010.

VILELA, R.A.G, SILVA, R.C, JACKSON-FILHO, J.M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 289-302, 2010.

WEBER, L, GRISCI, C.L.I. Trabalho imaterial bancário, lazer e a vivência de dilemas pessoais contemporâneos. **RAC**, v. 15, n. 5, pp. 897-917, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento – Pré-teste de pesquisa

PESQUISA: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ

Você está sendo convidado(a) a contribuir no estudo piloto da pesquisa: “Trabalho e Saúde Mental em profissionais da Atenção Básica: A experiência de Sobral, Ceará”. A pesquisa tem como foco a análise da relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da Atenção Básica no município de Sobral.

A análise dessa relação tem fundamental importância para o planejamento e a organização de ações voltadas à saúde mental do trabalhador da saúde, em especial os da atenção básica. Com a análise realizada por esse estudo, poder-se-á dimensionar e qualificar o processo de trabalho e o sofrimento psíquico desses trabalhadores, subsidiando discussões sobre a necessidade de fomentar novas políticas e, conseqüentemente, novas práticas no âmbito da Saúde Pública, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção.

A presente pesquisa tem como objetivo: Compreender a relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da atenção básica em município de médio porte, para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da relação e de suas conseqüências na prestação dos cuidados individuais e coletivos. Os dados serão obtidos através de questionários auto-aplicados e entrevistas.

O estudo piloto é um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para uma pesquisa. Portanto, sua participação nesse estudo piloto consistirá na testagem dos questionários, colaborando para a revisão, alteração e/ou melhoria dos instrumentos.

Suas respostas serão sigilosas e não haverá divulgação das informações. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para subsidiar a futura coleta de dados da investigação.

Caso você ainda apresente dúvidas quanto a sua participação, pode contatar a coordenadora da pesquisa: profa. Mariana Ramalho de Farias. Tels: (85) 96596000/ (88) 36132603

Santana do Acaraú, 22/10/2013

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

PESQUISA: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ

Eu _____ aceito participar do estudo piloto da pesquisa: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ de forma livre e esclarecida.

Santana do Acaraú, 22/10/2013

Ass./Rubrica do Participante: _____

Ass. do Pesquisador: _____

APÊNDICE B – Questionário sócio-demográfico-profissional

Questionário de Perfil sócio-demográfico-profissional:

Categoria Profissional: _____ NÚMERO: _____

Macroárea: _____ CSF: _____

1. Sexo: () Masculino
() Feminino

2. Idade: _____

3. Situação Conjugal: () Solteiro (a)
() Casado (a)
() Separado(a)/Divorciado(a)
() Viúvo

4. Escolaridade: () Ensino fundamental
() Ensino médio
() Ensino superior
() Especialista em: _____
() Mestre em: _____
() Doutor em: _____

5. Tempo de formado: _____

6. Local de formação (instituição): _____

7. Há quanto tempo atua na Atenção Básica? _____

8. Há quanto tempo atua na Atenção Básica de Sobral? _____

9. Renda salarial na Atenção Básica (em reais): _____

10. Qual o tipo de vínculo empregatício na Atenção Básica:

- () Contrato de trabalho
- () Terceirizado/Cooperativa
- () Celetista (CLT)
- () Concursado

11. Outro vínculo de trabalho:

- () no serviço público como clínico
- () no serviço público como gestor
- () como autônomo – prática clínica
- () como prestador de serviço em planos ou convênios
- () como docente
- () outros: _____

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

PESQUISA: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa tem como foco a análise da relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da Atenção Básica no município de Sobral.

A análise dessa relação tem fundamental importância para o planejamento e a organização de ações voltadas à saúde mental do trabalhador da saúde, em especial os da atenção básica. Com a análise realizada por esse estudo, poder-se-á dimensionar e qualificar o processo de trabalho e o sofrimento psíquico desses trabalhadores, subsidiando discussões sobre a necessidade de fomentar novas políticas e, conseqüentemente, novas práticas no âmbito da Saúde Pública, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção.

A presente pesquisa tem como objetivo: Compreender a relação entre trabalho e saúde mental em trabalhadores da atenção básica em município de médio porte, para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da relação e de suas conseqüências na prestação dos cuidados individuais e coletivos. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, utilizará métodos de pesquisa (qualitativa), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Os dados serão obtidos através de questionários auto-aplicados e entrevistas.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: Mariana Ramalho de Farias. Tels: (85) 96596000/ (85) 88675979.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

PESQUISA: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ

Eu _____ aceito participar da pesquisa: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE SOBRAL, CEARÁ de forma livre e esclarecida.

Sobral, ____/____/____

Ass./Rubrica do Participante: _____

Ass. do Pesquisador: _____

ANEXOS

15. LUGAR DE MORADIA:

PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA ()

Nº HABITANTES:

Nº COMODOS:

DIMENSÃO (M2):

16. RELIGIÃO: SIM () NÃO ()

SE SIM, QUAL:

TIPO DE RELAÇÃO: CRENTE (); PARTICIPANTE ()

17. SINDICATO: SIM () NÃO ()

SE SIM, TIPO DE RELAÇÃO:

FILIADO () PARTICIPANTE () MILITANTE ()

18. PARTIDO POLÍTICO: SIM () NÃO ()

SE SIM, TIPO DE RELAÇÃO:

FILIADO () PARTICIPANTE () MILITANTE ()

19. ASSOCIAÇÃO (comunitária, profissional, lazer, serviços):

SIM () NÃO (). SE SIM, QUAL(IS):

SE SIM, TIPO DE RELAÇÃO:

FILIADO () PARTICIPANTE () MILITANTE ()

20. HOBBY SISTEMÁTICO: SIM () NÃO (). SE SIM, QUAL(IS):

21. PREVIDÊNCIA: SIM () NÃO (). SE SIM, QUAL(IS):

22. DESLOCAMENTO CASA/TRABALHO/CASA:

TIPO DE TRANSPORTE:

TEMPO DESLOCAMENTO:

III. HISTÓRIA DE TRABALHO

1. ONDE TRABALHOU ANTES DOS EMPREGOS FORMAIS?

2. DESCRIÇÃO DE EMPREGO FORMAL (Repetir para cada emprego):

2.1. RAMO DE PRODUÇÃO:

2.2. EMPRESA:

2.3. FUNÇÃO:

2.4. TEMPO DE PERMANÊNCIA:

NA EMPRESA

EM CADA FUNÇÃO

PERÍODO GLOBAL

2.5. MOTIVO DE ENTRADA:

2.6. AGENTE DE DECISÃO DA ENTRADA:

2.7. EXPECTATIVAS?

2.8. AS EXPECTATIVAS FORAM SATISFEITAS:

SIM () NÃO ()

SE SIM, QUAIS E POR QUE

SE NÃO, QUAIS E POR QUE

2.9. PRINCIPAIS DIFICULDADES:

2.10. EXIGÊNCIAS PRÉVIAS DE TREINAMENTO:

SIM () NÃO ()

SE SIM QUAL(IS):

2.11. TREINAMENTO EM SERVIÇO:

SIM () NÃO ()

SE SIM, QUAL(IS)

SE SIM, COM QUAL FREQUÊNCIA:

2.12. FORMA DE CONTRATAÇÃO:

2.13. MOTIVO SAÍDA:

2.14. AGENTE DECISÃO SAÍDA:

3. SOBRE A EMPRESA ATUAL:

3.1. CONHECE A HISTÓRIA DA EMPRESA:

SIM () NÃO ()

SE SIM, O QUE SABE

3.2. SABE COMO A EMPRESA FUNCIONA:

SIM () NÃO ()

SE SIM, O QUE SABE

4. SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO:

4.1. CLASSIFIQUE COMO PESSIMO, RUIM, REGULAR, BOM e OTIMO

ILUMINAÇÃO:

VENTILAÇÃO:

RUÍDO:

TEMPERATURA:

ODOR:

ESPAÇO:

ESTADO DA INFRAESTRUTURA:

ESTADO DOS EQUIPAMENTOS:

- 4.2. EXISTEM PROBLEMAS DE SAÚDE NA EMPRESA QUE VOCÊ E/OU SEUS COLEGAS ASSOCIEM COM O TRABALHO? SIM () NÃO ()
SE SIM, QUAL(IS):
- 4.3. VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE, A SEU VER, SE RELACIONE COM O TRABALHO? SIM () NÃO ().
SE SIM, QUAL(IS)?
- 4.4. A EMPRESA TEM POLÍTICA DE HIGIENE E SEGURANÇA: SIM () NÃO (). SE SIM: QUAL?.
- 4.5. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()
SE SIM, QUAL(IS):
- 4.6. USA-SE EPI: SIM () NÃO () SE SIM, QUAL(IS):
- 4.7. USA-SE EPC: SIM () NÃO () SE SIM, QUAL(IS):
- 4.8. HÁ CIPA: SIM () NÃO () SE SIM, FUNCIONA SIM () NÃO ()
- 4.8. HÁ SESMT: SIM () NÃO () SE SIM, FUNCIONA?:
5. SOBRE JORNADA DE TRABALHO:
- 5.1. HORÁRIO: ADMINISTRATIVO () PLANTÃO ()
SE PLANTÃO: FIXO () ALTERNADO ()
- 5.2. QUANTO A TURNO: DIURNO () NOTURNO ()
- 5.3. HÁ SOBREAVISO?: SIM () NÃO ()
SE SIM, COMO OCORRE?
- 5.4. EXTENSÃO DA JORNADA: INÍCIO: FIM:
- 5.5. HÁ INTERVALO PARA LANCHE: SIM () NÃO ()
SE SIM, COMO OCORREM
- 5.6. TEMPO DE ALMOÇO: SIM () NÃO ()
SE SIM, ONDE OCORRE
6. QUANTO A NORMAS:
- 6.1 A EMPRESA TEM NORMA ESCRITA:
SIM () NÃO ()
SE SIM: ORGANIZACIONAL () TÉCNICA () COMPORTAMENTAL ()
- 6.2. VOCÊ JÁ FOI PUNIDO:
SIM () NÃO ()
SE SIM, COMO
SE SIM, FOI JUSTO

7. SOBRE TREINAMENTO:

7.1. HÁ TREINAMENTO DE ADMISSÃO:

SIM () NÃO ()

SE SIM, COMO ACONTECE E QUAL FREQUÊNCIA:

7.2. HÁ TREINAMENTO PARA FUNÇÃO:

SIM () NÃO ()

SE SIM, COMO ACONTECE E QUAL FREQUÊNCIA:

8. SOBRE POLITICA DE PESSOAL:

8.1. VOCÊ CONHECE A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL:

SIM () NÃO () SE SIM, DESCREVA

8.2. HÁ SETOR DE RECURSOS HUMANOS:

SIM () NÃO () SE SIM, COMO FUNCIONA:

8.3. HÁ PLANO DE CARREIRA (CARGO/VENCIMENTO):

SIM () NÃO () SE SIM, COMO FUNCIONA::

8.4. VANTAGENS:

8.5. DESVANTAGENS:

8.6. QUALIFIQUE SUA CHEFIA:

9. DESCREVA A SOCIABILIDADE (RELACIONAMENTO COM COLEGAS, POSSIBILIDADE DE CONVERSA, OCORRÊNCIA E PARTICIPAÇÃO EM GREVE ETC):

10. SOBRE AS OPERAÇÕES (natureza do processo, plano de manutenção preventiva, classificação do ritmo):

11. SOBRE PRODUTO DE TRABALHO (natureza, abstrato/concreto, mediato/imediato):

12. SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA (separação trabalho-casa, tempo gasto e modo do percurso casa-trabalho-casa etc):

IV. CARACTERIZAÇÃO ATUAL (SUBJETIVA)

1. Fale sobre você e diga o que pensa e sente sobre você?

2. Você se acha uma pessoa saudável?

3. Alguma coisa está perturbando você no momento?

4. Fale de sua família de origem.

5. Fale sobre a família que você constituiu.

6. Como está seu relacionamento com as pessoas.

7. E a vida sexual, como vai?
8. Como está o apetite?
9. Como está seu sono?
10. Você tem alguma ideia sobre a causa das coisas boas e más que possam acontecer com você?
11. Participa de igreja, movimentos de bairro, sindicato, partido político? O que pensa disso?
12. E a situação de nosso país, o que acha?
13. O que planeja fazer da vida, no futuro?
14. Fale sobre seu trabalho.

ANEXO B – Declaração de anuência da instituição co-participante



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 048/2013

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia da pesquisa classificada como Projeto de Doutorado intitulado: **Trabalho e Saúde Mental em Profissionais da Atenção Básica: A experiência de Sobral, Ceará**, desenvolvido pela Doutoranda Mariana Ramalho de Farias do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva com Associação Ampli-UECE/UFC/UNIFOR, sob orientação do Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio;

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização do estudo nos Centros de Saúde da Família (CSF) mediante comunicação prévia do resultado do sorteio dos profissionais por estrato e CSF, uma vez que faz-se necessário pactuação entre a pesquisadora e os gerentes dos serviços quanto à disponibilização do espaço e escolha dos melhores horários para realização das entrevistas com os profissionais de saúde que ali trabalham.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos sujeitos do estudo, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização através da assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 07 de outubro de 2013

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica

COMISSÃO CIENTÍFICA
Escola de Formação em Saúde
da Família Visconde de Sobral
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO C – Versão em português do “*Job Content Questionnaire*”

Versão para o Português

Questionário sobre Demandas, Controle e Apoio Social.

Demandas (D) Opções de resposta de A até K: Frequentemente; Às vezes; Raramente; Nunca ou quase nunca

- a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- c) Seu trabalho exige demais de você?
- d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Controle (C)

- f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

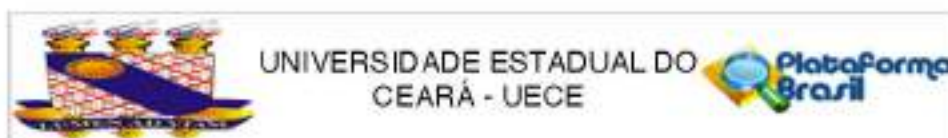
Apoio Social - Opções de resposta de L até Q: Concordo totalmente; Concordo mais que discordo; Discordo mais que concordo; Discordo totalmente

- l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

ANEXO D – Versão validada em português do *Self-Reporting Questionnaire*
(SRQ-20)

Questões:	SIM (1)	NÃO (0)
1- Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?		
2- Assusta-se com facilidade?		
3- Sente-se triste ultimamente?		
4- Você chora mais do que de costume?		
5- Tem dores de cabeça freqüentemente?		
6- Você dorme mal?		
7- Você sente desconforto estomacal?		
8- Você tem má digestão?		
9- Você tem falta de apetite?		
10- Tem tremores nas mãos?		
11- Você se cansa com facilidade?		
12- Tem dificuldade em tomar decisão?		
13- Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?		
14- O seu trabalho traz sofrimento?		
15- Sente-se cansado todo o tempo?		
16- Tem dificuldade de pensar claramente?		
17- Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?		
18- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
19- Tem pensado em dar fim à sua vida?		
20- Sente-se inútil em sua vida?		

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EXPERIÊNCIA DE SOBRAL & CEARÁ.

Pesquisador: MARIANA RAMALHO DE FARIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36569514.6.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 880.187

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

A presente investigação tem como objeto de estudo a análise da relação entre trabalho e sofrimento psíquico em profissionais da Atenção Básica do município de Sobral, Ceará, com o objetivo de compreender a relação entre trabalho e saúde mental, para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da relação e de suas consequências na prestação dos cuidados individuais e coletivos. Busca-se, de forma específica, estimar a prevalência de transtornos mentais comuns nesses profissionais; produzir mapa de relações entre o perfil de trabalho e o perfil psicológico identificados, qualificando as consequências na produção dos cuidados e propor instrumento de avaliação qualitativa da prestação de cuidados na atenção básica que contemple a dimensão da saúde mental do trabalhador. Para atingir os objetivos propostos, o presente estudo apresenta como referencial teórico a Psicopatologia do Trabalho, de Wanderley Codo e Jackson Sampaio, fundamentada na Dialética Marxista. A metodologia escolhida opta por uma pesquisa social em saúde, de natureza qualitativa, crítico-analítica, com triangulação metodológica, configurando em estudo de caso. Os sujeitos do estudo serão os trabalhadores que atuam na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social de Sobral, incluindo as categorias dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Para o processo de investigação serão utilizados cinco

Endereço: Av. Sillas Murgaba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-900
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-8890 **Fax:** (85)3101-8906 **E-mail:** anavaleska@usp.br