

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

**O IMPACTO DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO PESSOA - PB

2010

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

**O IMPACTO DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha

JOÃO PESSOA - PB

2010

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

**O IMPACTO DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

APROVADA EM: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha – Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a. Dr^a. Soraya Maria Medeiros – Membro Externo
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Prof^a. Dr^a. Antônia Oliveira Silva – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a. Dr^a. Maria Djair Dias – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Dedico este trabalho a todos os profissionais que participaram deste estudo, pela confiança em mim depositada ao compartilharem seus sofrimentos, que em muito contribuiu para o meu crescimento como pesquisadora e como pessoa.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem pela oportunidade de crescimento.

À Prof^a. Dr^a. Maria Filha, pela confiança depositada em mim durante esses quatro anos de pesquisa e por me ajudar a crescer como pesquisadora, como profissional e, principalmente, como pessoa.

Aos professores Dr^a. Antônia Oliveira Silva, Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira, Dr^a. Maria Djair Dias e Dr. Rolando Lazarte, pela contribuição durante a pesquisa.

Aos meus pais, Edgar e Santana, por acreditarem em mim, pela confiança e compreensão.

Aos meus irmãos, Edgar e George, pela força nos momentos de desânimo, pela compreensão nos momentos de impaciência e pelos ensinamentos durante as discussões proveitosas.

As minhas amigas do mestrado, Gil, Antoniany e Márcia, pelo apoio, carinho, ensinamentos e companhia durante as viagens, que sempre me revigoravam para que eu pudesse continuar a caminhada.

À minha amiga Elaine, pelo apoio, pelas discussões, pelos ensinamentos, e principalmente, pelo ombro amigo.

À minha família do Hospital Regional de Guarabira, (Rayegne, Patrícia, Flávia, Ariano, Marinaldo, Alexa, Rodrigo,

Ianine), pelo apoio incondicional e, principalmente, pela força nos muitos momentos de desânimo e desespero.

Aos meus amigos Jaqueline, Cílânia, Mayra, Diego e Railza, pela cumplicidade.

Aos trabalhadores que contribuíram para a realização desta pesquisa, por partilharem comigo suas vidas carregadas de sofrimentos, angústias e tristezas.

A Deus, por me dar forças e sabedoria para vencer mais uma etapa árdua na minha vida.

A todos que contribuíram com esta pesquisa direta ou indiretamente.

*“Um homem se humilha se castram seus sonhos
Seu sonho é sua vida, e vida é trabalho
E sem o seu trabalho, o homem não tem honra
E sem a sua honra, se morre, se mata.”*

Gonzaguinha

RESUMO

Os trabalhadores que atuam na Estratégia Saúde da Família enfrentam, em seu cotidiano, situações de trabalho precárias, relações de trabalho difíceis, sobrecarga de trabalho, condições sociais da comunidade desfavoráveis, que podem acarretar em sério desgaste psíquico e, para agravar a situação, sua saúde não recebe a devida atenção. Pretendemos, neste estudo, identificar entre os trabalhadores com risco para depressão e ansiedade, identificados em uma pesquisa anterior, aqueles que desenvolveram algum tipo de adoecimento; investigar, entre os trabalhadores que adoeceram, os fatores predisponentes; evidenciar as estratégias defensivas utilizadas para prevenção do adoecimento mental e identificar as práticas de cuidado utilizadas pelos trabalhadores. Trata-se de um estudo que prioriza a abordagem qualitativa, sob o enfoque da epidemiologia social. Fizeram parte deste estudo 36 trabalhadores de 17 Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. O material empírico foi produzido por meio de entrevista e estas formaram um banco de dados, submetido à análise pelo *software* Alceste 4.8. A análise do material deu origem a seis classes/categorias temáticas, discutidas com base no referencial adotado. Evidenciou-se que o trabalho constitui um fator fundamental na gênese do sofrimento psíquico. Além do trabalho, os conflitos familiares e a perda de um ente querido também foram relatados como determinantes do sofrimento psíquico. Os trabalhadores evidenciaram a utilização de estratégias como forma de amenizar ou evitar o adoecimento mental, tais como, a reclamação e a existência de situações prazerosas que reduzem o sofrimento, no entanto, neste caso, significa que os trabalhadores não estão buscando mudanças das causas do sofrimento, mas apenas formas de controlá-lo. Esperamos que este estudo funcione como alerta aos gestores sobre a real situação de saúde dos trabalhadores da ESF, atentando, principalmente, sobre a importância da existência de espaços de discussão onde os trabalhadores possam colocar suas dificuldades e necessidades. É essencial a criação de ambientes de promoção à saúde nos locais de trabalho. Assim, é possível promover o bem-estar do trabalhador, o que acarretará em melhoria de atendimento prestado aos usuários.

Palavras-chave: Enfermagem. Estresse psicológico. Trabalhadores. Saúde da Família. Prevenção. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The workers that act in Health Family Strategy face, in their daily life, situations (precarious work conditions, difficult relationships at work, work overload, unfavorable community's social conditions) that can cause serious psychic stress, and to worsen the situation, their health doesn't receive the attention needed. We intend in this study, to identify among the workers with risk of depression and anxiety, those that developed some kind of sickness; to investigate among the workers that got sick, the prepossession factors; to evidence the defensive strategies used for mental sickness prevention and to identify the care practices used by the workers, using a qualitative approach, under the social epidemiology focus. The empiric material was produced through interview divided in two parts: the first was constituted of structured interview and the second, semi-structured. The interviews were transcribed immediately after its accomplishment, forming a database, submitted to Alceste 4.8 software. The material analysis gave origin to six thematic classes/categories, discussed with base in the adopted referential. It was evidenced that, the work constitutes a fundamental factor in the psychic suffering genesis, as well as it constitutes a pleasure source and satisfaction. Besides the work, the family conflicts and the loss of a loved one were also told as determinant for the psychic suffering. The workers evidenced the use of strategies as form of soften or avoid the mental sickness, such as, the complaint and the existence of pleased situations that reduce the suffering, meaning that the workers do not want to change the causes of suffering, but they just want a way to control it. We hope this study works as an alert to the managers about the real workers' health situation from ESF, attempting, mainly, about the importance of the existence of a discussion space where the workers could place their difficulties and needs. It is essential the creation of places to promote health in the work places. Like this, it is possible to promote the worker's welfare, what will cause a service improvement rendered the users.

Keywords: Nursing. Psychological stress. Workers. Family Health. Prevention. Worker's health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos que adoeceram ou não.....	46
Tabela 2	Distribuição das Classes/Categorias semânticas.....	54
Tabela 3	Palavras associadas significativamente à Classe 1.....	54
Tabela 4	Palavras associadas significativamente à Classe 2.....	61
Tabela 5	Palavras associadas significativamente à Classe 3.....	68
Tabela 6	Palavras associadas significativamente à Classe 4.....	73
Tabela 7	Palavras associadas significativamente à Classe 5.....	76
Tabela 8	Palavras associadas significativamente à Classe 6.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	53
-----------------	--	----

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
DAST	Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
USF	Unidade de Saúde da Família
DS	Distritos Sanitários
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACD	Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidades de Contexto Inicial
CDH	Classificação Descendente Hierárquico
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UCE	Unidades de Contexto Elementares
OMS	Organização Mundial de Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
TC	Terapia Comunitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Contextualizando o objeto do estudo.....	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	O mundo do trabalho.....	22
2.2	A saúde mental do trabalhador e o risco de adoecimento mental.....	27
2.3	O trabalho na Estratégia Saúde da Família.....	33
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	38
3.1	O paradigma adotado.....	39
3.2	Local do estudo e sujeitos.....	41
3.3	Instrumentos para a produção do material empírico.....	41
3.4	Procedimento para a produção do material empírico.....	42
3.5	Análise do material empírico.....	43
3.6	Aspectos éticos.....	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
4.1	O trabalhador em situação de risco.....	46
4.2	Revelando a multifatorialidade do sofrimento e as estratégias de enfrentamento: a análise do Alceste.....	52
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	85
	ANEXOS.....	92

Anexo A – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.....	93
APÊNDICES.....	94
Apêndice A – Entrevista: Parte 1.....	95
Apêndice B – Roteiro de entrevista 01 - Para os que adoeceram.....	96
Apêndice C – Roteiro de entrevista 02 - Para os que não adoeceram.....	97
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o objeto do estudo

Atualmente, existe uma crescente preocupação com a relação entre saúde mental e trabalho, demonstrada pelo aumento do número de estudos sobre a temática, o que pode ser justificado pelo fato de os trabalhadores constituírem peças fundamentais para o progresso econômico da sociedade.

Ao longo do tempo, o mundo do trabalho sofreu profundas mudanças decorrentes da transição de uma economia baseada na comercialização de produtos manufaturados à industrialização. Com a Revolução Industrial, o trabalhador, livre para vender sua força de trabalho, tornou-se vítima da máquina, dos ritmos desumanos, das exigências da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, acarretando o consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. Além disso, a competitividade no mercado de trabalho, somada ao medo do desemprego, induz os indivíduos a se submeterem a condições de trabalho desumanas, o que deteriora ainda mais a sua saúde (RIGOTTO, 1994).

As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas, desencadeando processos psicopatológicos (BRASIL, 2001).

Durante muito tempo, a Saúde do Trabalhador foi negligenciada, pois apenas os trabalhadores que contribuía com a Previdência tinham acesso aos serviços de saúde. A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, essa realidade começa a sofrer mudanças, pois a mesma estabelece a ampliação do atendimento do SUS e a intervenção nas causas do adoecimento, inclusive, nos ambientes de trabalho (MUROFUSE, 2004).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde - OMS, cerca de 30% dos trabalhadores ocupados são acometidos de transtornos mentais menores e entre 5 a 10% sofrem de transtornos mentais graves. No Brasil, de acordo com estatísticas do INSS, referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001).

Apesar da alta prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho dificilmente são reconhecidos como tais no momento da avaliação clínica, pois as próprias características desses distúrbios são constantemente mascaradas por sintomas físicos (GLINA *et al.*, 2001).

Um estudo realizado por Murofuse (2004), com trabalhadores de enfermagem de uma fundação hospitalar, mostra que 282 de 692 atendimentos prestados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador - DAST foram considerados transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo os episódios depressivos o diagnóstico mais apontado, com representatividade de 29,5% dos casos. Além disso, o processo de adoecimento é específico para cada indivíduo, envolvendo sua história de vida e de trabalho.

Para estabelecer esta relação, torna-se fundamental a descrição detalhada da situação de trabalho, quanto ao ambiente, à organização e à percepção da influência do trabalho no processo de adoecer (GLINA *et al.*, 2001).

O Programa Saúde da Família - PSF surgiu em 1994, como uma proposta substitutiva ao modelo de atenção à saúde vigente, predominantemente assistencialista e hospitalocêntrico. Devido ao caráter transitório e extremamente normatizado do termo *programa*, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do termo Estratégia Saúde da Família - ESF, que será utilizado neste estudo.

Fundamentado nos princípios do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, esse novo modelo propõe a reorganização da atenção básica, de maneira que seja realizado um atendimento integral, humanizado e de qualidade, incentivando a participação da comunidade como co-responsável, no enfrentamento dos problemas, determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Assim, propondo novos espaços de atuação para o profissional de saúde, o novo modelo também traz novas possibilidades de relação entre profissionais e processo de trabalho (FARIAS, 2005).

Diariamente, os trabalhadores da saúde são obrigados a suportar um conjunto de angústias, conflitos, obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defrontam na prática. Além disso, estão submetidos a pesadas cargas físicas e psíquicas, pois lidam diretamente com o sofrimento e com a iminência de morte de outro, além dos riscos de contágio de doenças. (CAMPOS, 2007).

Lidar com o sofrimento implica, muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento e sofrer junto com o outro. Ou seja, conviver com o sofrimento gera

sofrimento. Some-se a isso o fato de que, nem sempre, os profissionais dispõem de recursos adequados para uma assistência digna. Assim, o profissional tem que decidir entre recusar-se a trabalhar em condições precárias e ficar desempregado, ou aceitar o trabalho e sofrer com as condições impostas (CAMPOS, 2007).

Farias (2005) coloca que o trabalho em saúde trata-se da prestação de um serviço produzido em uma situação de intensa interação entre sujeitos, sofrendo influência de fatores subjetivos e objetivos, sendo que o resultado desta interação é consumido durante sua produção.

Os trabalhadores da saúde, assim como os indivíduos que são cuidados por eles, demandam a necessidade de apoio, suporte e proteção, facilitando seu desempenho, compartilhando, de algum modo, sua tarefa. Portanto, o cuidador demanda reciprocidade. Contudo, percebe-se que a saúde dos trabalhadores da saúde, muitas vezes, é esquecida, tanto pelos gestores, que não se preocupam em cuidar dos seus cuidadores, como pelos próprios profissionais, que evitam o afastamento para não passarem por perda salarial, devido ao sentimento de não poder ficar doente por ser responsável pela saúde do outro. A situação é mais grave no que diz respeito às psicopatologias por causa do estigma gerado pela sociedade (D'ÁVILA; KUSTER; GIOVANNETTI, 2005; CAMPOS, 2007).

A saúde do trabalhador da Estratégia Saúde da Família tem chamado a atenção dos pesquisadores, devido ao desgaste constante a que esses trabalhadores estão submetidos, como mostram os diversos estudos, tais como: exigência de produtividade, baixos salários, sobrecarga de trabalho, inexistência de trabalho em equipe, dentre outros (AZAMBUJA *et al.*, 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2007; PASCOAL, 2008).

Os trabalhadores que atuam na Atenção Básica, especificamente nas Equipes de Saúde da Família, são responsáveis pela avaliação dos indicadores de saúde de sua área, reconhecimento da realidade das famílias sob sua responsabilidade, identificação dos problemas de saúde mais comuns, elaboração de estratégias de enfrentamento desses problemas, desenvolvimento de ações educativas, além de prestar assistência direta aos usuários, na unidade e também em visitas domiciliares (CAMELO; ANGERAMI, 2007). Estes trabalhadores lidam com a parcela mais carente da população e, muitas vezes, acabam sofrendo junto com os usuários, pois estão inseridos na realidade da comunidade onde atuam, em

que os problemas sociais são os mais encontrados (D'AVILA; KUSTER; GIOVANNETTI, 2005).

Como fator agravante, ainda existem as limitações enfrentadas pelos trabalhadores para resolver os problemas encontrados, seja por falta de qualificação profissional, modelo de gestão impróprio, escassez de recursos materiais, dentre outros. Observa-se que são delegadas, aos mesmos, múltiplas tarefas com um alto grau de exigências e responsabilidades, as quais, dependendo do ambiente, da organização do trabalho e do preparo para exercer seu papel, podem criar tensão para si e para a comunidade assistida.

Uma pesquisa realizada por Camelo e Angerami (2007), com profissionais que atuam na ESF, identificou a presença de riscos psicossociais relacionados ao trabalho, como: falta de preparo e/ou capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, recursos humanos e materiais insuficientes. Além da falta de formação e/ou preparo para atuar nesse modelo assistencial.

Em seus estudos, Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam as seguintes condições de trabalho das equipes, como geradoras de sofrimento psíquico: insuficiência de recursos humanos e de profissionais com o perfil adequado à proposta; diversas modalidades de contrato de trabalho; estrutura física das unidades inadequadas; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento da referência e contra-referência dos usuários entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão; conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre equipe e a população.

Um outro estudo realizado por Azambuja *et al.* (2007), com trabalhadoras da ESF do Rio Grande do Sul, revelou que o trabalho está relacionado à sobrecarga de atividades e estresse, à ocupação do tempo que poderia ser destinado ao convívio com a família, ao lazer e ao cuidado de si, gerando sofrimento nos trabalhadores. Além disso, para essas trabalhadoras, a impotência sentida na resolução dos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais presentes na comunidade também geram angústias.

Apesar de escassas, as pesquisas envolvendo a saúde mental dos profissionais da ESF mostram que os fatores relacionados ao trabalho desses

profissionais influenciam na qualidade do trabalho prestado e exige um urgente enfrentamento por parte do poder público e da sociedade.

A ideia de investigar as causas do adoecimento e as estratégias de prevenção do sofrimento psíquico, utilizadas pelos trabalhadores que atuam na ESF, surgiu a partir de um estudo realizado no período de junho de 2006 a agosto de 2007, durante a graduação e enquanto Bolsista PIBIC/CNPq. Este estudo evidenciou que 49 de 145 trabalhadores de 24 unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB apresentaram risco para depressão e ansiedade, sendo que vários fatores de risco para o adoecimento estavam relacionados às condições de trabalho: insatisfação com o trabalho e com o salário, falta de reconhecimento pelos usuários e pelos colegas de trabalho/gestão, sobrecarga de trabalho, influência negativa do trabalho na relação com os familiares, falta de tempo para o lazer.

Os principais sintomas apresentados por estes trabalhadores entrevistados no estudo anterior foram: sentimento de nervosismo, tensão e preocupação; dificuldade para pensar com clareza; dores de cabeça frequentes; cansaço fácil; sensações desagradáveis no estômago; dificuldade para tomar decisões; facilidade para assustar-se; insônia e dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias, portanto, corroborando com a literatura pesquisada (CARREIRO, 2007).

Assim, motivadas pelos resultados anteriores, elaboramos algumas indagações que nortearam este estudo: Os profissionais que apresentaram o risco para depressão e ansiedade adoeceram? Quais fatores desencadearam esse adoecimento? Que estratégias foram utilizadas para evitar o adoecimento pelos profissionais que não adoeceram? Quais as práticas de auto-cuidado estão sendo desenvolvidas pelos trabalhadores que adoeceram ou não?

A partir destas indagações, foram elaborados os seguintes objetivos:

- Identificar entre os trabalhadores da ESF que apresentaram o risco para depressão e ansiedade, aqueles que adoeceram.
- Investigar os fatores que levaram ao adoecimento.
- Evidenciar as estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais para prevenção do adoecimento mental.
- Identificar as práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais que adoeceram ou não.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O mundo do trabalho

O ser humano é um ser social, responsável pelas transformações que ocorrem na sociedade. É na vivência cotidiana que cada sujeito constrói suas percepções e conhecimentos sobre o mundo que o cerca. Este processo, eminentemente social, dá-se dentro de um contexto, formado por um conjunto de valores, crenças e significados dos sujeitos que interagem. Assim, considerando o homem como um ser que está em constante interação com outros homens e com o seu meio, o indivíduo reconhece-se como sujeito no mundo externo, na medida em que o transforma e que é transformado por ele (ROCHA *et al.*, 1994; BORGES, 2007).

De acordo com Marx, o trabalho é a ação dos homens sobre a natureza, transformando-a intencionalmente. É a expressão da vida humana, e esta ação é uma atividade tão específica do homem que pode funcionar como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, ou ainda, pode significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e, mais seriamente, morte.

É através do trabalho que se pode compreender a concepção de auto-realização humana, uma vez que o homem transforma a natureza, e por isso, transforma-se a si mesmo, construindo sua própria história. Portanto, trata-se de uma atividade de vital importância para o desenvolvimento da sociedade e do processo de criação da identidade individual. O que distingue o ser humano de qualquer outro animal é a intencionalidade que o homem põe no trabalho (FROMM, 1983; BORGES, 2007).

Marx *apud* Fromm (1983, p.36) coloca que:

O homem se opõe à natureza como uma de suas próprias forças, pondo em movimentos braços e pernas, as forças naturais do seu corpo, a fim de apropriar-se das produções da natureza de forma ajustada a suas próprias necessidades. Pois, atuando assim sobre o mundo exterior e modificando-o, ao mesmo tempo ele modifica sua própria natureza.

O cristianismo reconhece o trabalho como um esforço de se abster do risco do pecado, capaz ainda de redimir o homem pelo sofrimento exigido para sua

realização. Assim, o trabalho é visto pelo homem como uma forma de atingir o prêmio da vida eterna.

Borges (2007, p. 123) aponta que o trabalho passou de atividade com forte representação negativa para a mais valorizada das atividades humanas

[...] quando Locke descobriu que o trabalho era a fonte de toda a propriedade. Seguiu seu curso quando Adam Smith afirmou que o trabalho era a fonte de toda a riqueza, e alcançou seu ponto culminante em Marx onde o trabalho passou a ser a fonte de toda a produtividade e expressão da própria humanidade do homem.

Rigotto (1994) afirma que o trabalho implica um processo de reprodução social, com dois momentos conformando uma unidade, a produção e a reprodução. No entanto, a produção é o verdadeiro ponto de partida e o momento predominante da relação.

O trabalho é uma atividade humana, individual e coletiva, desenvolvida com o fim de receber compensações em troca, seja econômica e material, psicológicas ou sociais, desde que suas necessidades sejam satisfeitas. Pelo seu trabalho, os indivíduos buscam a satisfação de necessidades biológicas, de segurança, de relação social, de auto-estima e de auto-realização.

Ao extrair sua subsistência da natureza, o homem se transforma, e, ao se relacionar com os outros homens, na realização da atividade, estabelece a base das relações sociais, sendo, muitas vezes, o único elo social fora do convívio familiar. Contudo, o trabalho perde sentido à medida que nos tornamos submissos às suas imposições (MARTINS, 2004; CARMO, 2005).

A falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família, gerando sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, tristeza, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos.

Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico (subsistência), seja pelo aspecto cultural (simbólico), tendo, assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental dos indivíduos.

Marx distingue trabalho concreto e abstrato, afirmando que trabalho concreto trata-se do desgaste da força humana para um determinado fim, enquanto trabalho

útil, produzindo coisas socialmente necessárias. Enquanto que trabalho abstrato constitui o desgaste da força humana produtiva, física ou intelectual, socialmente determinada (ANTUNES, 2006).

Antunes (2006, p.96) defende que a sociedade, hoje, passa por uma revolução *no* e *do* trabalho, explicitando que:

É uma revolução *no* trabalho na medida em que deve necessariamente abolir o trabalho abstrato, o trabalho assalariado, a condição de sujeito-mercadoria, e instaurar uma sociedade fundada (...) no trabalho concreto, que gera coisas socialmente úteis (...). Mas é também uma revolução *do* trabalho, uma vez que encontra no amplo leque de indivíduos que compreendem a classe trabalhadora, o sujeito coletivo capaz de impulsionar ações dotadas de um sentido emancipador. (Grifos do autor).

O ser humano trabalha para sua sobrevivência, recebendo um salário nem sempre digno para a sua subsistência. Portanto, o trabalho nem sempre apresenta o sentido de satisfação pessoal, de valorização do ser humano, mas tende a predominar como meio de satisfação das necessidades básicas. A força de trabalho passa a ser mercadoria, para ser utilizada na produção de mercadorias, o trabalho perde sentido, tornando-se estranhado ou alienado (AZAMBUJA *et al.*, 2007; ANTUNES, 2006).

A alienação significa que o homem não se sente como agente ativo sobre o controle do mundo, mas que o mundo permanece alheio a ele, e o produto de seu trabalho torna-se um “objeto estranho que o domina” (FROMM, 1983). O autor ainda acrescenta que o trabalho tornou-se alienado,

(...) porque trabalhar deixou de fazer parte da natureza do trabalhador e, conseqüentemente, ele não se realiza no seu trabalho mas nega-se a si mesmo, tem uma impressão de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolve livremente suas energias mentais e físicas mas fica fisicamente exaurido e mentalmente aviltado (FROMM, 1983, p. 53).

A partir da Revolução Industrial, o trabalhador que, até então, detinha um significativo conhecimento sobre o conteúdo do seu trabalho, passou, gradualmente, a ter expropriado seu saber-fazer, ao mesmo tempo em que se aprofundou a divisão do trabalho. A sociedade contemporânea, particularmente nas últimas décadas,

presenciou fortes transformações, sendo a principal, a invasão da automação, da robótica e da microeletrônica no universo fabril. Estas transformações afetaram profundamente a materialidade e a subjetividade dos trabalhadores, pois aumentam as exigências cognitivas dos trabalhadores, determinando esforços mentais sempre maiores, afetando a forma de ser desses trabalhadores (ANTUNES, 2006; SELIGMANN-SILVA, 1994; MERLO; LAPIS, 2007).

No fim do século XIX e início do século XX, momento em que ocorre a Segunda Revolução Industrial, o processo de trabalho desenvolveu-se baseado nos princípios do fordismo, cujos elementos constitutivos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos, e do taylorismo, através do controle dos tempos e movimentos. Como consequências, houve a separação entre elaboração e execução no trabalho, tornando um processo de trabalho parcelado e fragmentado, sem sentido, retirando do indivíduo a sua capacidade criativa, inibindo qualquer iniciativa de organização e adaptação ao trabalho. Portanto, a própria organização do trabalho torna-se a principal fonte de agressão à saúde dos trabalhadores (ANTUNES, 2006; MERLO; LAPIS, 2007).

Aos poucos, o padrão fordista é substituído ou mescla-se ao toyotismo, modelo japonês, em que a produção é conduzida pela demanda. Apresentando formas de organizar o trabalho distintas do modelo anterior, fundadas na diversificação de operações e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa, o que não significa que o trabalhador terá mais participação e envolvimento com o trabalho, uma vez que “cada trabalhador deve concentrar-se não mais em uma única tarefa, mas num conjunto de operações diferentes e encadeadas não linearmente” (ANTUNES, 2006 ; MERLO; LAPIS, 2007, p.66).

No período pós Segunda Guerra Mundial, surgiu o conceito de Estado de Bem-Estar Social, apoiado nas políticas keynesianas, caracterizadas pelo intervencionismo estatal, em que o Estado fornecia um forte complemento ao salário do trabalhador/consumidor, com um amplo programa de políticas públicas, como educação, saúde, habitação, seguro-desemprego, seguridade social. Assim, ficava garantido o pleno emprego, o crescimento da produção e o consumo, afinal, o sistema de previdência social permitia aos assalariados continuarem como consumidores mesmo quando desempregados, doentes ou aposentados (MERLO; LAPIS, 2007).

O Estado de Bem-Estar Social começa a ser desestruturado com a privatização das empresas estatais e o enfraquecimento de suas políticas públicas, características da política neoliberal, uma vez que o mercado aparece como regulador da sociedade, em especial, da relação entre o capital e o trabalho. Paralelamente, estrutura-se o Estado mínimo, mas suficientemente forte para conter a inflação, manter a estabilidade monetária, implementar reformas fiscais e abolir controles sobre os fluxos financeiros (MERLO; LAPIS, 2007).

Dentro desse contexto, a visão positiva do trabalho é desfigurada pelo modelo de produção capitalista, que, associado à política neoliberal, produz um mundo do trabalho caracterizado pela redução do proletariado fabril tradicional e crescente subproletarização ou precarização do trabalho (compreendido pelos trabalhadores terceirizados, prestadores de serviços, temporários, informais, subcontratados e precários); aumento significativo da figura feminina no mundo do trabalho, e exclusão dos jovens e idosos. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção (ANTUNES, 2006; FARIAS, 2005).

As transformações no mundo do trabalho também afetaram profundamente os organismos sindicais, que lutavam pelo controle social da produção. A crise no sindicalismo é marcada pela separação entre os trabalhadores considerados estáveis e o subproletariado, ocasionando uma crescente individualização das relações de trabalho, o que dificulta a organização de movimentos grevistas. Hoje, os modelos sindicais aderiram ao sindicalismo de participação e de negociação, que aceitam a ordem do capital e do ideário neoliberal (MERLO; LAPIS, 2006).

A classe trabalhadora tornou-se fragmentada, complexa e heterogênea. Evidencia-se um processo contraditório, introduzido pelo toyotismo, uma vez que os trabalhadores tornaram-se qualificados e intelectualizados em vários ramos, como na siderurgia, devido às exigências do mercado, e por outro lado, como no setor automobilístico, sofreram um processo de precarização, desqualificação, (des)especialização, devido à criação de trabalhadores multifuncionais ou polivalentes (ANTUNES, 2006).

Merlo e Lapis (2006, p.67) relatam que:

(...) a tendência à precarização das relações de trabalho e de risco constante de ingressar nas estatísticas alarmantes do desemprego, aumentam a ansiedade e o medo do trabalhador, a tal ponto que os

desgastes físico e psicológico passam, muitas vezes, a ser banalizados e encarados como se fossem parte da forma normal de trabalhar e viver.

Portanto, a saúde e a doença são processos dinâmicos, estreitamente entrelaçados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Assim, a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2002).

2.2 A saúde mental do trabalhador e o risco de adoecimento mental

As questões relativas ao vínculo trabalho e saúde/doença mental têm despertado, nos últimos anos, grande interesse de pesquisadores e estudiosos, o que resultou na construção de diversas abordagens teórico-metodológicas sobre o tema.

Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são determinados não apenas por aspectos laborais, como ambientes insalubres, exposição à agente nocivo, presença de ruído, mas é imprescindível também associar ao contexto social onde o indivíduo está inserido, bem como conhecer a história de vida de cada sujeito.

Echternacht (2004) defende que saúde e doença são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as *concretudes* da condição humana e a atribuição de significados. Sendo assim, o processo saúde-doença no trabalho não pode ser compreendido apenas enquanto experiência biológica e objetiva.

Os trabalhadores da saúde convivem diariamente com diversos fatores que colocam em risco sua saúde física e mental, desde riscos biológicos, como a exposição a materiais tóxicos ou contaminados, como também são expostos a fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e o parcelamento das tarefas, que influenciam, principalmente, sua subjetividade.

Rouquayrol (2003) define risco como sendo o correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade. Operacionalmente, risco é a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde

(incluindo, cura, recuperação ou melhora), em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado.

Para que possamos ter uma boa compreensão do surgimento dos riscos, é importante considerar a presença de fatores de risco, definido como todo fator associado ao aumento da probabilidade de aparecimento ou de desenvolvimento de fenômeno patológico. Os fatores de risco podem estar simplesmente associados ao fenômeno patológico, sem que haja necessariamente um significado causal, ou ainda, pode ser estabelecida uma relação de causalidade entre doença e fator de risco, mesmo que seja, no mínimo, uma relação provável (TOMA, 2004).

No estudo realizado com os profissionais da ESF de João Pessoa-PB, foram encontradas como fatores de risco para o adoecimento mental, as seguintes situações: sentimento de abandono, ocorrência de migração, rompimento na família, falecimento de alguém estimado, existência de competitividade no trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento pelos usuários, falta de tempo para o lazer, influência negativa do trabalho na relação com os familiares (CARREIRO, 2007).

Seligmann-Silva (1994) apontou como possíveis fatores causadores de perturbações mentais presentes no trabalho: o controle sobre a atividade, a divisão temporal do trabalho, as exigências cognitivas, além de fatores de risco de origem física, química e biológica presentes no local de trabalho.

Apesar de se constituir como um processo de trabalho geral, o trabalho em saúde apresenta algumas peculiaridades, como advoga Farias (2005, p.27):

É um serviço de intensa interação social mediada por diversas necessidades, podendo ser facilitado ou dificultado pelas condições operacionais disponíveis. A disponibilidade das condições materiais necessárias ao desenvolvimento do trabalho constitui-se em elemento fundamental para a consecução dos objetivos do serviço de saúde, com intensas repercussões na relação com o usuário.

O trabalho em saúde trata-se da prestação de um serviço destinados a pessoas que objetivam manter sua saúde. Entretanto a ausência de condições físicas e materiais para o pleno desenvolvimento das tarefas causam sentimentos de tensão e ansiedade no trabalhador, pois, muitas vezes, é necessário negar o serviço

ao usuário ou realizar adaptações, nem sempre adequadas tecnicamente, para tentar atender às necessidades do usuário (NOGUEIRA, 2002).

A ideia de processo de trabalho em saúde é algo extremamente abstrato, porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar os atos em saúde, porém sempre considerando as necessidades de cada indivíduo, não só do indivíduo enquanto ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas.

Merhy (2007) estabelece três categorias para as tecnologias do trabalho em saúde: as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos e instrumentos; as tecnologias leve-duras, representadas pelo conhecimento técnico, e as tecnologias leves, referentes à relação trabalhador-usuário. O autor ainda define o que seria um trabalho vivo e um trabalho morto, sendo o trabalho vivo, o trabalho em ato, no momento da sua produção, como é o caso do trabalho em saúde, enquanto que o trabalho morto está presente quando se utilizam tecnologias duras.

Ser profissional de saúde significa participar da avaliação/transformação/construção da sociedade, de maneira a realizar uma articulação ética e política entre meio ambiente, relações sociais e subjetividade humana (RIGOTTO, 1994).

Utilizaremos neste estudo como principal referência teórica, o trabalho do psiquiatra francês Cristophe Dejours, autor da psicopatologia do trabalho, posteriormente denominada de psicodinâmica do trabalho pelo próprio autor.

A psicopatologia do trabalho, disciplina fundada na França, na década de 40, tentou criar uma clínica de afecções mentais, causadas pelo trabalho, baseando-se no modelo teórico causal adotado pela patologia profissional somática. Diante do fracasso da tentativa de identificar doenças mentais específicas relacionadas à profissão ou situações de trabalho, começou a se delinear a “nova psicopatologia do trabalho” renomeada por Dejours de psicodinâmica do trabalho, cujo objeto passou a ser, não mais as doenças mentais, mas as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação do trabalho (FARIAS, 2005).

Na psicodinâmica do trabalho, o foco da investigação é constituído pelos conflitos que surgem do encontro entre o sujeito, portador de uma história singular, e uma situação de trabalho cujas características nem sempre coincidem com a sua vontade. O sofrimento no trabalho significa um estado de luta entre o sujeito e as forças produzidas pela organização do trabalho, que o empurram em direção à doença mental (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Os mesmos autores apontam que as condições de trabalho, definidas como o conjunto de condições físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, têm como alvo principal o corpo dos trabalhadores, e no qual podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. As implicações sobre a saúde mental estariam mais relacionadas ao modo como o trabalho é organizado. A carga psíquica do trabalho refere-se ao nível de descarga de energia psíquica que o trabalho possibilita. Assim, um trabalho livremente escolhido ou livremente organizado oferece, em geral, vias de descarga mais adaptadas às necessidades do trabalhador. Ao final da tarefa, o trabalhador se sente melhor do que antes de tê-la começado.

A divisão das tarefas define *a priori* a relação do sujeito com o objeto do trabalho, determinando o sentido do trabalho para o trabalhador e o seu interesse pelo mesmo. Já a divisão de seres humanos diz respeito às relações entre as pessoas e mobiliza conteúdos afetivos, como amor, ódio, solidariedade, confiança (FARIAS, 2005).

Mendes, Costa e Barros (2003) destacam que o sofrimento no trabalho não é patológico, pois constitui como um constante mobilizador para a busca do prazer. Além disso, possui um papel no aumento da resistência e no fortalecimento da identidade pessoal, significando, assim, que ele pode ser uma possibilidade de fazer o trabalhador encontrar estratégias para enfrentá-lo de forma criativa e mudar as situações que o provocaram.

A esse respeito, Dejours, Abdoucheli e Jaeyt (1994, p.53) colocam que:

Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde. Quando, ao contrário, a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido do sofrimento patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde.

Dejours (2003) define como estratégias defensivas certas atitudes de negação e de desprezo pelas más condições de trabalho adotadas por muitos trabalhadores, sendo extremamente necessárias, sob o risco de os trabalhadores não poderem mais realizar as suas tarefas. Essas defesas levam à modificação,

transformação e eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade causadora do sofrimento.

Matta (2007) aponta que as estratégias defensivas resultam das possibilidades de negociação do trabalhador com a organização do trabalho. Quando se esgotam as possibilidades, surge o sofrimento patológico. Cada organização conta com suas próprias estratégias, que estão diretamente vinculadas às relações que se estabelecem internamente.

O caráter coletivo da estratégia defensiva é construído a partir do sofrimento individual de vários sujeitos que se unem para estabelecer mecanismos de defesa comuns. A ideologia defensiva diferencia-se de um delírio, porque é validada coletivamente.

Os mecanismos de defesa individuais caracterizam-se pela negação, que representa a negação do sofrimento alheio e do seu próprio sofrimento quando a expressão desse sofrimento é constrangedora ou quando ocasiona uma dificuldade subjetiva; e pelo excessivo controle, que representa a minimização dos sentimentos de ansiedade, medo e insegurança, na maioria das vezes, negados pelo coletivo do trabalho (MENDES; COSTA; BARROS, 2003).

De vítimas passivas, os trabalhadores passam a ser agentes ativos diante da situação que levaria a um sofrimento patogênico. Esse processo é estritamente mental, uma vez que não modifica a realidade de pressão patogênica imposta pela organização do trabalho. Vale salientar que a situação causadora de sofrimento/prazer para um indivíduo, não o é necessariamente para o outro (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; ARAUJO *et al.*, 2002).

Hallack e Silva (2005) advogam que até determinado limite, o equilíbrio psíquico dos trabalhadores é sustentado pela subjetividade do grupo de trabalho. Rompendo-se estes limites, independentemente dos motivos que ocasionaram este rompimento, será a singularidade e a história de cada sujeito que irão determinar a temática do distúrbio mental ou psicossomático.

Além disso, os sistemas coletivos de defesa funcionam como regras e são elaboradas a partir de um acordo, contribuindo para a estruturação do coletivo e evitando que as pessoas adoçam, mantendo a produção em funcionamento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

As estratégias defensivas enquanto *ideologias de defesa* são resistências construídas por um processo de alienação que exigem uma negação coletiva ou

uma construção fantasiosa coletiva sobre o mundo real e os reais problemas do trabalho. Devido à utilização dessas estratégias e ideologias defensivas, o sofrimento mental somente é percebido quando chega em seu último estágio de evolução: a doença mental em si (HALLACK; SILVA, 2005).

O consumo de álcool é apontado como outra estratégia de defesa comum, pois age como um poderoso sedativo, protegendo os trabalhadores dos medos e ansiedades. Além disso, o álcool também é utilizado como uma forma de ser aceito pelos colegas e pela sociedade (WIECZYNSKI, 2001).

Em seus estudos, Hallack e Silva (2005) apontaram a *reclamação* como um mecanismo coletivo de defesa, produzido pela subjetividade resultante dos laços discursivos do coletivo das organizações de trabalho, uma vez que, a reclamação “é uma forma de vinculação grupal poderosa, como construção de sentido intersubjetivo, na tentativa de resistência grupal à doença”.

Em outro estudo, realizado com profissionais médicos, Nogueira-Martins (2003) revela os seguintes comportamentos como adaptações aos desajustes emocionais causados pelo exercício da profissão: embotamento afetivo, traduzido por tratamento indiferente aos pacientes e afastamento familiar; isolamento social; negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão (dificuldades, incertezas, complexidades); ironia e humor negro; descuido com a própria saúde, revelado pela tendência ao auto-diagnóstico e auto-medicação.

Mendes, Costa e Barros (2003) enfatizam a mobilização coletiva como uma possível estratégia para enfrentar o sofrimento, que permite a transformação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer, caracterizada pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. Os autores ainda apontam que o uso deste tipo de estratégia é essencial, uma vez que incluem mecanismos que permitem a construção de novas formas de gestão do contexto de trabalho, constituído pela organização e pelas condições e relações de trabalho. O que pode ser confirmado pelo estudo realizado por Araújo e colaboradores (2002) com profissionais de uma clínica pediátrica, em que foram feitas reuniões com os profissionais, para se discutirem problemas do cotidiano do serviço, que foram solucionados em conjunto, permitindo, assim, que os participantes adquirissem maior capacidade de lidar com a vida e de construir instrumentos para lutar pela própria saúde e do grupo.

Pascoal (2008), em estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família, apontou que os profissionais que realizavam alguma atividade no tempo livre como, lazer, ir à igreja, assistir à televisão, leitura e prática de algum esporte, tinham tendência à diminuição do risco para adoecimento mental.

Em seus estudos, realizados com profissionais bancários, Mendes, Costa e Barros (2003) demonstraram que os trabalhadores buscam alternativas fora do ambiente de trabalho para superar o sofrimento psíquico, melhorar as condições de trabalho e enfrentar a falta de perspectiva de futuro, sendo as mais citadas, a realização de terapia, exercícios físicos, qualificação profissional e aperfeiçoamento das competências. Além disso, os trabalhadores procuram ignorar o que lhes causa sofrimento, bem como buscam aceitar a realidade da empresa, convivendo com a ideia de que não há o que fazer para mudá-la.

Entretanto, os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que o uso das estratégias podem se tornar um objetivo em si mesmo, o que levaria o trabalhador a um processo de alienação, bloqueando qualquer tentativa de transformação da realidade, estabilizando-se no desencorajamento e na resignação diante de uma situação que só gera sofrimento.

2.3 O trabalho na Estratégia Saúde da Família

A saúde no Brasil, até o final da década de 1980, foi caracterizada por ações predominantemente curativas, de alto custo, excludentes e que desconsideravam as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecimento do indivíduo, o que produzia baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Associado a este cenário, as condições de trabalho em saúde ainda se deterioraram devido à influência da política neoliberal existente, que pregava a rígida contenção de custos, e ao aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população empobrecida e desprotegida socialmente (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; SENNA, 2002; TRAD; BASTOS, 1998).

Para contornar essa situação, na década de 90 foram desenvolvidas estratégias institucionais destinadas a garantir o acesso dos segmentos mais vulneráveis aos serviços. Dentro desse contexto, e como uma tentativa de superar a crise do modelo de saúde vigente, surge o Programa Saúde da Família, mais tarde

denominado de Estratégia Saúde da Família, priorizando “as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; TRAD; BASTOS, 1998; FRANCO; MEHRY, 2007, p.93).

Sousa (2002) afirma que o Programa de Saúde da Família trata-se do “caminho” para completar a Reforma Sanitária, uma vez que se propõe a “cuidar das famílias de forma universal, equânime, integral, contínua e principalmente, resolutive”.

Farias (2005, p.11) coloca como principais objetivos desta nova estratégia:

superar a fragmentação do cuidado em saúde, decorrentes da divisão social e técnica do trabalho em saúde; eleger a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde e buscar a satisfação do usuário, através do estreito relacionamento entre equipe e a comunidade, e o estímulo à organização comunitária, para efetivo exercício do controle social (...) e construção da cidadania.

A ESF trata-se uma estratégia de reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde, plenamente sintonizada com os princípios filosóficos do SUS: universalidade, equidade e integralidade, sendo a família, ou seja, a coletividade, o seu foco de atenção, pois considera que o indivíduo não pode ser compreendido de forma isolada do seu contexto familiar, como ocorre no modelo biomédico (SOUSA; HAMANN, 2009).

A dificuldade de entender a ESF como uma política de saúde de inclusão, inserida numa política sócio-econômica excludente pode afetar diretamente a saúde psíquica dos trabalhadores, pois provocam sentimentos de desesperança e impotência (FARIAS, 2005).

Sousa e Hamann (2009, p.1326) colocam que:

Trabalhar com modelo de atenção à saúde voltado à comunidade não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para os grupos sociais específicos, supõe um rompimento dos muros dos serviços de saúde e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento.

Uma Unidade de Saúde da Família - USF pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área. Cada equipe trabalha em um território de abrangência definido, com uma população adstrita (cerca de oitocentas a mil famílias), o que proporciona a formação de vínculo entre serviço de saúde e comunidade; desenvolvendo ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias, enfatizando as ações de promoção e prevenção, sem desconsiderar a cura e a reabilitação (BRASIL, 2000; FRANCO; MEHRY, 2007).

A USF funciona como porta de entrada do sistema de saúde, pois se trata do primeiro contato do usuário com o sistema. A unidade não é apenas um local de triagem, tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes. O ideal é que a ESF consiga resolver cerca de 85% dos problemas que surgem, sendo que apenas 15% sejam encaminhados para serviços de maior complexidade, sem jamais perder de vista o usuário, por isso trabalha com o sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2000).

Para Sousa (2002), a ESF trata-se de um projeto causador de profundas transformações, uma vez que rompe a dicotomia entre as ações de caráter coletivo e individual, para tanto é necessária a preparação de profissionais para o desenvolvimento deste novo processo de trabalho.

Uma das características da ESF é que não se trata de um projeto centrado no profissional médico, mas em uma equipe multiprofissional (médico, de preferência clínico geral, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS), que atua na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, com uma organização horizontal do trabalho. Portanto, o trabalho na ESF depende da interação de dois grandes atores: a equipe multidisciplinar e a comunidade (TRAD; BASTOS, 1998; SOUSA, 2001).

Sendo um processo de trabalho desenvolvido por uma equipe, significa que deve haver uma partilha de conhecimentos e práticas, o que pressupõe também compartilhar poderes, histórica e socialmente construídos, em que todos os profissionais envolvidos participam do processo de planejamento e avaliação das atividades (FARIAS, 2005).

Franco e Merhy (2007) afirmam que, apesar de ser um trabalho direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) consideram que trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo, assim, consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Atualmente, existem 26.100 equipes de saúde da família, presentes em 94% das 5.565 cidades do país, prestando assistência a 83,8 milhões de pessoas, que corresponde a cerca de 45% da população, portanto mais de 50% dos brasileiros não recebe a atenção das equipes. A meta do programa é atender 70% da população brasileira, conforme o Ministério da Saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

A ESF propicia aos trabalhadores uma reorientação no processo de trabalho, uma vez que propõe novas formas de relação com a comunidade e entre os próprios profissionais que compõem a equipe, o que constitui um dos desafios para a sua implementação, pois a formação generalista exigida para a atuação no programa choca-se com a ênfase dada à formação especializada nas universidades, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida (TRAD; ROCHA, 2005; FARIAS, 2005; LOCH-NECKEL, 2009).

A esse respeito, Feuerwerker e Lima (2002, p.3) acrescentam que as instituições formadoras produzem profissionais que:

(...) dominam diversos tipos de tecnologias, mas são incapazes de lidar com a subjetividade das pessoas e com questões como a dificuldade de adesão ao tratamento, o auto-cuidado, a educação em saúde, o enfrentamento da dor, da perda, o direito das pessoas à saúde ou a necessidade de ampliar a autonomia dos usuários.

Assim, o trabalho na ESF exige grande esforço por parte dos profissionais, no sentido de minimizar as deficiências da formação profissional que interferem na resolução dos problemas de saúde da população (FARIAS, 2005).

Associado a este problema, ainda existem outras situações que dificultam a efetivação da estratégia, que podem constituir-se em fonte de sobrecarga e pressão psicológica, como por exemplo: falta de compromisso dos gestores e dos

profissionais; unidades funcionando em condições precárias, pela estrutura física inadequada (muitas unidades funcionam em casa alugadas) e falta de materiais; diferença salarial entre os profissionais e instabilidade do vínculo trabalhista, o que causa insegurança nos profissionais, ocasionando alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do PSF; a própria população ainda voltada para o modelo curativo (TRAD; ROCHA, 2005).

A ESF é vista por alguns como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados. Contudo, alguns autores afirmam que se trata de uma estratégia política que contribui para a diminuição das iniquidades, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e vinculação das equipes junto aos indivíduos (SOUSA; HAMANN, 2009).

A implementação da ESF, em termos técnicos e políticos, está sendo proposta e/ou realizada com base na interação com a comunidade, visando a construir, de forma participativa, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento dos problemas de saúde. Além disso, o investimento em educação continuada da equipe e em informação em saúde, destinada à população, tem surtido efeitos positivos no que se refere à qualidade da prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população (NÓBREGA, 2005).

A adoção da ESF parte do reconhecimento de que as iniciativas de introdução de mudanças na saúde, a partir da implantação do SUS, apesar de avanços, têm resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover alterações significativas no modelo assistencial. Assim, para o MS, a estratégia pressupõe muito mais uma inversão do modelo de atenção à saúde do que uma simples mudança, configurando uma importante inovação programática (SENNA, 2002).

Contudo, é importante que exista a possibilidade de qualificar o trabalhador da ESF para o trabalho em equipe, comunitário e de promoção de saúde e prevenção de adoecimento. Nesta perspectiva, defendemos também a existência de espaços de cuidado para o trabalhador da ESF, uma vez que o mesmo deve ser visto como elemento essencial para a consolidação do SUS.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 O paradigma adotado

Esta pesquisa trata-se de uma continuidade de um estudo anterior, realizado há dois anos, com 145 profissionais de 24 Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, onde se buscou identificar, entre os trabalhadores da ESF, a existência de risco para depressão e ansiedade, tendo em vista as condições de trabalho a que estavam submetidos. Os resultados evidenciaram que 49 sujeitos apresentaram o risco de adoecimento mental, tendo sido identificados através do instrumento *Self Report Questionnaire* - SRQ-20 (CARREIRO, 2007).

A pesquisa anterior foi eminentemente quantitativa e se sustentava na epidemiologia descritiva, onde o conceito de risco e de vulnerabilidade foi tomado como unidade de análise que associado a fatores predisponentes, tais como, perda de pessoas significativas, insatisfação com o trabalho e com o salário, falta de reconhecimento pelos usuários e pelos colegas de trabalho/gestão, sobrecarga de trabalho, influência negativa do trabalho na relação com os familiares, falta de tempo para o lazer, ajudou-nos a compreender o sofrimento mental dos trabalhadores.

Como muitos desses fatores estavam associados a situações vivenciadas no próprio trabalho e tendo a curiosidade de saber se estas pessoas haviam adoecido ou não e de que forma tinham lidado com esse processo, partimos para uma pesquisa fundamentada na epidemiologia social, baseada na abordagem qualitativa. Dessa vez, tivemos o propósito de identificar, através dos relatos dos sujeitos que apresentaram o risco, quais as estratégias que foram utilizadas para evitar o surgimento da doença ou, caso tenha ocorrido o adoecimento, que fatores desencadearam o processo.

Tomamos a Epidemiologia Social como referencial metodológico porque ela nos permite a abordagem dos fatores sociais, especialmente os de natureza sócio-econômica, focalizando suas causas na gênese da doença e do estado de saúde da população, pois ao longo dos dois últimos séculos foram se acumulando evidências de que tanto o nível de pobreza quanto o contexto social em que ela se desenvolve importam na determinação do estado de saúde (FORATTINI, 2003; BARATA, 2005). Nesse caso nos interessava conhecer o contexto laboral do trabalhador, uma vez que o estudo anterior indicava forte evidência de relação entre o adoecimento/sofrimento mental e trabalho.

Barata (2005) coloca que o que distingue a epidemiologia social das outras abordagens epidemiológicas não é a consideração de aspectos sociais, uma vez que todas reconhecem a importância desses aspectos, mas a explicação do processo saúde-doença.

Os fatores sociais, econômicos, culturais, demográficos, são pensados como partes de um conjunto mais amplo de causas que inclui fatores do ambiente físico e biológico em um componente designado como meio ambiente. Os aspectos da vida social não podem ser dissociados sob pena de perderem sua significação, e de não fazerem sentido quando isolados do contexto da sua produção, portanto não podemos compreender um fator social como se fosse um mecanismo fisiopatológico. A constatação de fenômenos que ocorrem ao mesmo tempo não pode ser traduzida mecanicamente numa relação causa-efeito (PITTA, 2003; BARATA, 2005).

Pitta (2003) relata que a Epidemiologia não tem sido a disciplina mais presente nos estudos das condições e ambientes de trabalho, principalmente no que diz respeito à Epidemiologia Social, uma vez que grande parte dos estudos sobre a temática se restringe à descrição de números, como as aplicações de escalas de estresse no ambiente de trabalho. A mesma autora ainda afirma que para dar conta da complexidade do tema não podemos “desqualificar” os modelos oriundos do “biologismo estrito”, mas é necessário considerá-los como disciplina complementar de um campo interdisciplinar de investigações e, ainda acrescenta, que a Epidemiologia trata-se de uma ciência indutiva, preocupada não somente em descrever a distribuição de doenças, porém mais ainda em compreendê-la a partir de uma filosofia consistente.

Assim, podemos afirmar que este estudo trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter social, pois tentamos compreender como se deu o processo de adoecimento mental, considerando o nexos causal entre condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores envolvidos.

Do ponto de vista dos objetivos, esta pesquisa é um estudo, *ex post facto*, uma vez que não é possível controlar as variáveis independentes, porque já ocorreram suas manifestações ou porque são intrinsecamente não manipuláveis. Quanto à abordagem, ela é predominantemente qualitativa, pois priorizamos as falas dos sujeitos, uma vez que nos interessava conhecer aspectos da realidade na qual trabalham os sujeitos e suas implicações para a saúde mental (GIL, 2006). A

pesquisa qualitativa busca traduzir e expressar os sentidos dos fenômenos do mundo social (NEVES, 1996).

Neste estudo procuramos entender o fenômeno adoecimento, segundo as perspectivas dos sujeitos e da situação estudada, e, a partir daí, estabelecermos uma interpretação fundamentada na literatura pesquisada.

3.2 Local do estudo e sujeitos

Inicialmente a pesquisa seria desenvolvida em 24 USF dos 5 Distritos Sanitários – DS - do município de João Pessoa-PB, onde havia sido identificados os 49 trabalhadores com risco para adoecimento mental. Entretanto a pesquisa foi desenvolvida em 17 Unidades Básicas de Saúde contemplando os 5 DS. Dos 49 trabalhadores identificados em situação de risco para depressão e ansiedade, 6 se encontravam em gozo de férias no período da coleta de dados; 2 encontravam-se de licença médica; 1 recusou-se a participar da pesquisa, e 4 trabalhadores não foram encontrados. Portanto, fizeram parte do estudo 36 sujeitos, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde - ACS, dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário - ACD.

3.3 Instrumentos para a produção do material empírico

O material empírico foi produzido por meio de entrevista dividida em dois momentos: no primeiro momento, foi realizada uma entrevista estruturada, que abordava as características sócio-demográficas, e identificava os profissionais que adoeceram ou não, nos últimos dois anos, bem como contemplava a busca por ajuda por parte dos profissionais (Apêndice A).

A segunda parte constituiu de uma entrevista semi-estruturada, realizada de acordo com as respostas anteriores. Se houve processo de adoecimento mental, era aplicado o roteiro de entrevista do proposto no Apêndice B, que identifica os possíveis fatores que levaram ao adoecimento e estratégias utilizadas para a redução do sofrimento. Caso o profissional referisse que não adoeceu, respondia às perguntas do roteiro de entrevista proposto no Apêndice C, que investiga as

estratégias defensivas e as práticas de autocuidado desenvolvidas pelos trabalhadores.

O roteiro das entrevistas foi previamente preparado pela pesquisadora e este funcionou como eixo orientador para o desenvolvimento da entrevista. Não foi necessário seguir a sequência das questões, e foi possível adaptá-las ao longo do desenvolvimento da entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos e foram realizadas no período de junho a julho de 2009.

3.4 Procedimento para a produção do material empírico

A inserção no campo da pesquisa obedeceu ao seguinte desenho: inicialmente foi necessário contatar o setor de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – João Pessoa, para aquisição do consentimento para realização da pesquisa. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, do qual obteve parecer favorável.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado um novo contato com a Secretaria de Saúde do município e com os diretores dos cinco Distritos Sanitários, para que os mesmos cedessem uma carta de encaminhamento da pesquisadora para cada unidade onde a pesquisa seria realizada.

A etapa seguinte consistiu em localizar os sujeitos da pesquisa através do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), onde são registrados todos os estabelecimentos de saúde e os profissionais atuantes. Vale salientar a dificuldade em localizar estes profissionais, pois muitos haviam sido transferidos de unidade ou haviam deixado de trabalhar na ESF, porém continuavam cadastrados na unidade anterior. Feita a localização dos profissionais, foi realizado um contato prévio com os mesmos, pessoalmente ou por telefone, para informar sobre a pesquisa e seus objetivos, e agendar a entrevista.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um pré-teste com 4 trabalhadores a fim de verificar a necessidade de possíveis alterações no roteiro de entrevista semi-estruturada.

No momento da entrevista, os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –

TCLE (Apêndice D), foi realizada a primeira parte da entrevista (características sócio-demográficas e identificação dos trabalhadores que adoeceram ou não - Apêndice A). Se o trabalhador adoeceu, aplicava-se o roteiro da entrevista (Apêndice B) para identificar os fatores que contribuíram para o adoecimento e, quando o trabalhador negava o adoecimento, era aplicado o outro roteiro para investigar as estratégias defensivas (Apêndice C).

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a realização das mesmas, e, em seguida, analisadas com base no referencial teórico adotado.

3.5 Análise do material empírico

Após as transcrições, as respostas foram agrupadas em um banco de dados único, formando um *corpus* constituído por 36 entrevistas, portanto correspondendo a 36 UCI (Unidades de Contexto Inicial). Em seguida, foram submetidas à análise pelo *software Alceste*.

O Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*) refere-se a um programa informático criado por Max Reinert no fim da década de 70, sendo introduzido no Brasil na década de 90 (CAMARGO, 2005).

O Alceste classifica de maneira semiautomática as palavras para o interior de um *corpus*. Para isso, o programa segmenta o texto, estabelece as semelhanças entre os segmentos e hierarquias de classes de palavras. Este método é chamado de Classificação Descendente Hierárquico (CDH), além de permitir uma análise lexográfica do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário.

O programa tem como base um único arquivo, constituído por todas as respostas dos participantes que serão submetidas à análise, chamada de Unidade de Contexto Inicial (UCI), que são definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa.

O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes) e constituição de um dicionário; Segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE); delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas

reduzidas e função das UCE, bem como das ligações estabelecidas entre elas; análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas; análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma) (CAMARGO, 2005).

A análise das UCI resultou na seleção 790 UCE, sendo que destas, 610 foram classificadas, ou seja, obteve um aproveitamento de 77,22% das UCE selecionadas.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu à Resolução 196/96 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e às Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, conforme documento em anexo (Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O trabalhador em situação de risco

Como já foi colocado anteriormente, risco corresponde à probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo. Na presente pesquisa, foram entrevistados 36 trabalhadores dos 49 que apresentaram risco para depressão e ansiedade no estudo anterior. Dos 36 trabalhadores em risco de adoecimento, 22 (61,1%) referiram que adoeceram, enquanto que 14 (38,9%) não adoeceram. A tabela abaixo mostra a distribuição das características sócio-demográficas dos trabalhadores que adoeceram ou não.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos que adoeceram ou não

Variável		Adoeceu		Não Adoeceu	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	1	4,5	4	28,6
	Feminino	21	95,5	10	71,4
Faixa etária	20 – 30 anos	3	13,7	4	28,6
	31 – 40 anos	9	40,9	2	14,3
	41 – 50 anos	6	27,2	5	35,7
	Mais de 50 anos	4	18,2	3	21,4
Estado civil	Casado	17	77,2	6	42,8
	Solteiro	3	13,7	5	35,7
	Divorciado	2	9,1	3	21,5
Religião	Católica	16	72,7	9	64,2
	Evangélica	4	18,2	4	28,7
Tempo de trabalho na ESF	Não possui	2	9,1	1	7,1
	1 a 5 anos	8	36,4	5	35,8
	Mais de 5 anos	14	63,6	9	64,2
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	1	4,5	-	-
	Ens. Médio Completo	10	45,4	9	64,2
	Ens. Médio Incompleto	1	4,5	-	-
	Ens. Superior completo	10	45,4	5	35,8
Renda Mensal	1 a 5 salários mínimos	12	54,6	10	71,4
	Mais de 5 salários mínimos	10	45,4	4	28,6
	ACS	10	45,4	8	57,2
Função na ESF	Enfermeira	7	31,9	1	7,1
	Aux./Téc. enfermagem	1	4,5	2	14,3
	Dentista	2	9,1	2	14,3
	Médico	1	4,5	1	7,1
	ACD	1	4,5	-	-

Fonte: Carreiro, 2010

É possível perceber algumas características sócio-demográficas prevalentes em ambos os grupos: sexo feminino, estado civil casado, religião católica, tempo de trabalho na ESF acima de 5 anos, ensino superior completo, sendo que a escolaridade ensino médio completo teve representação igual no grupo que adoeceu, que recebem entre 1 e 5 salários mínimos, e desempenham a função de ACS, o que pode ser explicado pelo fato de a maior parte da amostra constituir-se por trabalhadores com essas características.

Codo e Sampaio (1995) colocam que a inserção das mulheres no mercado de trabalho se deu a partir do final da II Guerra Mundial, como resultado do alistamento e da necessidade de produção industrial. Entretanto, essa inserção se deu em profissões que se dedicam fundamentalmente à prestação de cuidados, ou seja, trata-se de uma extensão do trabalho doméstico.

Como predominaram, neste estudo, as mulheres casadas, que trabalham há mais de 5 anos na ESF, foi comum o relato de sobrecarga de trabalho devido ao trabalho desenvolvido dentro e fora de casa. Apesar de ter conseguido avanços com relação aos direitos no trabalho, a mulher ainda não conseguiu libertar-se do papel de “administradora do lar”, enquanto que o homem continua exercendo o papel de “chefe do lar”.

Antunes (2001) aponta que o aumento da participação das mulheres é uma das consequências da crise do capital dos anos 70, por se tratar de mão de obra barata.

A OMS (2006) aponta que a maioria dos trabalhadores de saúde são mulheres e há tendências de “feminização” bem estabelecidas na medicina, que é um campo dominado pelos homens: mais de 70% dos profissionais de medicina são do sexo masculino, enquanto mais de 70% dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino, sendo um desequilíbrio marcante entre os gêneros.

Dejours (2003) descreve que há diferenças de julgamento entre adoecimento de homens e mulheres: o adoecimento nas mulheres é mais aceitável do que nos homens, porém, as mulheres também não podem adoecer por causa dos filhos. O adoecimento no homem significa ruptura na atividade profissional, e na mulher, além de ruptura na atividade profissional, atinge também as atividades domésticas e familiares.

Borsoi (1995) afirma que as mulheres casadas desenvolvem patologias distintas das mulheres solteiras, sendo que no primeiro grupo são mais frequentes

as queixas de palpitações, dorsalgias, lombalgias e depressão, enquanto que no segundo grupo são mais comuns os distúrbios de conduta e irritabilidade. A estabilidade emocional das mulheres é menor do que a dos homens, devido às diferenças hormonais. Além disso, as mulheres dão mais importância às doenças de pequena gravidade, assim, o índice de absenteísmo é maior entre as mulheres do que entre os homens.

A mesma autora coloca ainda que as mulheres entre 18 e 25 anos apresentam mais ansiedade e tendem ao alcoolismo e tabagismo; a faixa etária de 25 a 30 anos está mais propensa a manifestar fadiga, enquanto que na faixa etária entre 35 e 45 anos é mais comum a depressão.

Manetti e Marziale (2007) afirmam que os profissionais mais suscetíveis aos problemas de saúde mental são aqueles que interagem constantemente com indivíduos que necessitam de sua ajuda, como professores, assistentes sociais e profissionais de saúde.

Um estudo realizado com profissionais de saúde mental evidenciou que quanto maior a idade, menor o impacto emocional no trabalho, sugerindo que a experiência aumenta a segurança nas decisões tomadas e maior controle sobre a demanda de trabalho, diminuindo o estresse e a exaustão emocional (MARCO *et al.*, 2008).

Silva e Menezes (2008) afirmam que idade, estado civil, tempo de trabalho, sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais e entre os ocupantes do cargo e sua clientela, falta de suporte social, de autonomia e de participação nas decisões estão entre os fatores associados ao esgotamento profissional.

Dentre os trabalhadores que adoeceram, 19 (86,3%) referiram que sofreram com distúrbios de ansiedade, enquanto que 3 (13,7%) apresentaram depressão. Os trabalhadores que não adoeceram mencionaram a presença de sinais e sintomas que podem anteceder processos de adoecimento, tais como: enxaquecas, crises de sinusite, além do surgimento de hérnia de disco.

A ansiedade é considerada uma reação normal a um perigo ou ameaça real ao indivíduo, dissipando-se quando o perigo deixa de existir. É considerada anormal ou patológica se: a resposta é muito desproporcional ao risco; a resposta contínua além da existência do perigo ou ameaça; o funcionamento intelectual, ocupacional ou social é alterado; o indivíduo apresenta um efeito psicossomático (TOWNSEND, 2002).

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. É considerada pela OMS como a quinta maior questão de saúde pública do mundo, liderando as doenças mentais dos trabalhadores, e até 2020 será a doença mais incapacitante para o trabalho, perdendo apenas para as doenças cardíacas (TEIXEIRA, 2007).

Todos os diagnósticos de depressão e a maior parte dos diagnósticos de ansiedade, incluindo os Transtornos de Pânico e Obsessivo Compulsivo, foram realizados por profissionais de diferentes especialidades (cardiologista, pediatra, clínico geral, neurologista, psiquiatra, psicólogo, endocrinologista, oftalmologista).

É interessante perceber que o diagnóstico de ansiedade foi realizado por profissionais de outras especialidades em consultas de rotina, quando os trabalhadores procuraram ajuda por outros problemas de saúde ou buscavam ajuda para outra pessoa, como uma enfermeira que teve o diagnóstico feito pelo oftalmologista durante uma consulta, e outro diagnóstico feito por um pediatra, como foi o caso de outra enfermeira, enquanto acompanhava seu filho.

Apenas 5 entrevistados referiram a presença de sintomas ansiosos, mas não tiveram a doença diagnosticada por um profissional, entretanto foi possível perceber a presença do sofrimento emocional pelos seus relatos.

[...] Eu não tive depressão, mas tive ansiedade, que me atrapalha demais no trabalho e em casa. Eu sempre fui muito ansioso (...) Acho que é isso que está me afligindo muito porque eu não tenho mais vontade de trabalhar aqui. Se a minha profissão fosse outra eu já teria pedido pra sair daqui [...].

[...] Minha saúde mental deu uma piorada. Minha ansiedade me atrapalhava muito no trabalho. Me dava uma angústia tão grande. Eu sabia o que estava fazendo, mas me dava um desespero tão grande porque dava um branco na minha cabeça. Eu estou esquecendo as coisas [...].

[...] Aí desenvolvi também por causa do estresse, uma labirintite (...). Além de tudo, eu ainda tenho Transtorno Obsessivo Compulsivo. Eu fico contando as coisas. Eu tenho uma amiga que acha que eu sou neurótica. E eu acho que sou mesmo. Todas nós somos. Eu tenho neurose de entregar as coisas no prazo. Eu não quero ser melhor, eu só me cobro muito pra entregar tudo no prazo [...].

Muitas trabalhadoras associaram o adoecimento às condições de trabalho a que são submetidas diariamente.

[...] Eu acho que minha saúde mental está pior, porque desde que a gente mudou pra cá, aumentou o estresse, aumentou a cobrança, pra todo mundo, não só pros agentes. Em casa eu fico sem vontade de fazer nada, trancada. Eu estou assim, sem ânimo pra nada, com a cabeça preocupada com as coisas. Acho que tive o começo de depressão porque não era normal o jeito que eu tava me sentindo. Sem vontade de sair de casa, com vontade de cometer besteira, suicídio. Eu estava desmotivada mesmo, com vontade só de ficar deitada, sem falar com ninguém. Eu nunca fiquei desse jeito que eu estou não. Por qualquer besteira eu fico me acabando de chorar [...].

[...] Minha saúde mental está do mesmo jeito ou pior do que estava, porque a pressão no trabalho aumentou demais, archoou mais. A cobrança aumentou, a carga horária é altíssima. A gente já acorda desanimado porque vem pra cá trabalhar. Eu não sei como eu não tentei alguma coisa. Eu cheguei ao fundo do poço [...].

A ansiedade generalizada e persistente não ocorre exclusivamente, nem mesmo de modo preferencial, numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medo de que o paciente ou um de seus próximos brevemente fique doente ou sofra um acidente é frequentemente expresso (OMS, 2000).

O transtorno obsessivo compulsivo é caracterizado essencialmente por ideias obsessivas (pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado) ou por comportamentos compulsivos recorrentes. Em regra geral, o sujeito tenta resistir às ideias perturbadoras, mas sem sucesso. O indivíduo reconhece que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e, em geral, desprazerosos. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

O transtorno do pânico foi relatado por duas trabalhadoras. Em uma delas já havia sido diagnosticado e estava fazendo tratamento para depressão, portanto um diagnóstico principal de transtorno de pânico não pode ser feito, pois, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à

Saúde - CID-10 - ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão. A outra trabalhadora relatou o início dos sintomas após a assistir à morte do pai.

[...] Eu quase tive depressão por causa de uma morte de uma vizinha minha, acho que foi no ano passado. Eu fiquei com uma angústia tão grande que eu não saía nem de dentro de casa. Quando dava umas quatro horas da tarde eu já tinha que estar dentro de casa, senão eu entrava em pânico (...). Eu ficava com medo até de ir no banheiro dentro da minha casa [...].

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco (OMS, 2000).

De acordo com a CID-10, os episódios depressivos caracterizam-se por um rebaixamento do humor, acompanhado por redução da energia e diminuição da atividade. Além disso, existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e/ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave (OMS, 2000).

Além da classificação dos episódios depressivos, a CID-10 ainda classifica os transtornos depressivos recorrentes (caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos) e os transtornos de humor persistentes (transtornos do

humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve).

A depressão é o problema que mais afeta os trabalhadores, devido, principalmente, ao impacto causado pela rápida mudança tecnológica e da reestruturação produtiva no Brasil, além do aumento da violência social, que vem interferindo de uma forma muito acentuada no trabalho. Apesar de vários fatores contribuírem para o surgimento da depressão (genéticos, biológicos, psicossociais), dependendo das condições, o trabalho contribui decisivamente para o desencadeamento ou agravamento da doença (TEIXEIRA, 2007).

Chama-nos a atenção o número significativo de trabalhadores que admitiram ter alguma doença, pois se sabe que existe uma resistência por parte dos trabalhadores de saúde em procurar ajuda por qualquer problema de saúde. Como explica Dejours (2003), a doença só é admitida quando não é mais possível disfarçar que se está doente, uma vez que a vivência da doença é tida como um fato vergonhoso pelos trabalhadores, pois alguns associam a doença à “vagabundagem”.

Uma das dificuldades em se estabelecer um vínculo entre doença mental e processo de trabalho é a falta de preparo dos profissionais que abordam um trabalhador em situação de sofrimento. Esse fato pode ser comprovado pelo relato de uma trabalhadora ao procurar ajuda profissional, tendo seu problema banalizado pelo médico da Junta do Trabalho.

O preconceito é ainda maior quando se refere a problemas de ordem psíquica, devido ao estigma imposto pela sociedade. Além disso, Teixeira (2007) aponta como outras dificuldades a imprecisão dos diagnósticos médicos e o tratamento deficitário.

4.2 Revelando a multifatorialidade do sofrimento e as estratégias de enfrentamento: a análise do Alceste

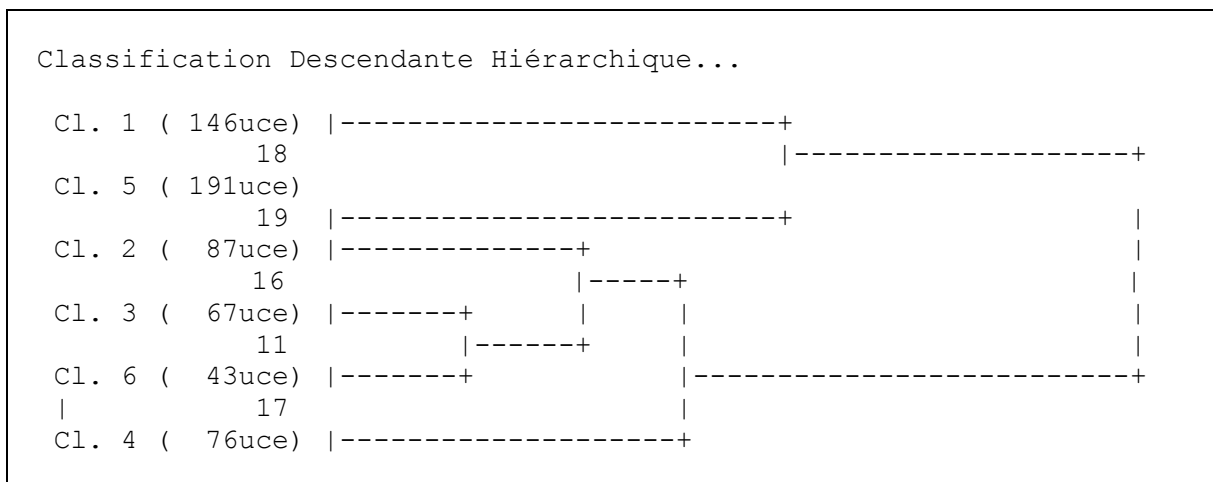
O *corpus* do trabalho foi constituído por 36 Unidades de Contexto Inicial (UCI), que foram divididas em 790 Unidades de Contexto Elementar (UCE) que correspondem aos segmentos de textos dimensionados pelo programa com um

aproveitamento de 77,22% dos dados interpretados, portanto foram selecionadas 610 UCE.

O *corpus* foi composto por 3610 palavras diferentes, sendo descartadas pelo programa as palavras com frequência igual ou inferior a 4. Após a redução em suas raízes, obtiveram-se 2129 palavras analisáveis, 321 palavras instrumentais e 50 palavras variáveis. As 2129 palavras analisáveis ocorreram 12294 vezes, determinando assim, seis classes semânticas.

A Classificação Hierárquica Descendente ilustra as relações interclasses, sendo representada sob a forma de dendograma. A leitura do dendograma é realizada da direita para a esquerda. Assim, percebe-se a formação de dois eixos principais. O primeiro eixo é formado pelas classes 1 e 5, que se relacionam entre si. O segundo eixo se subdivide em dois, formando a classe 4 e um terceiro eixo constituído pelas classes 2, 3 e 6. Sendo que as classes 3 e 6 estão diretamente relacionadas, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 1. Dendograma da Classificação Descendente Hierárquica



Fonte: Carreiro, 2010

Para descrever cada classe foram consideradas as palavras com frequência de ocorrência maior que 4 (média característica deste *corpus*), e com qui-quadrado de associação à classe maior ou igual a 3,84.

Os dados apreendidos do Alceste acerca da saúde mental dos trabalhadores da ESF são apresentados a partir das seis classes/categorias simbólicas que foram definidas após a leitura dos conteúdos semânticos, conforme tabela a seguir.

Tabela 2: Distribuição das classes/categorias semânticas

Classes ou categorias semânticas	
Classe 1	Dificuldades enfrentadas na organização do processo de trabalho
Classe 2	A sobrecarga de trabalho: pressão no trabalho e demandas pessoais e familiares
Classe 3	A falta de tempo para o auto-cuidado
Classe 4	Estratégias defensivas
Classe 5	A família como fonte de apoio e sofrimento
Classe 6	Sofrimentos vivenciados pelos trabalhadores

Fonte: Carreiro, 2010.

A seguir, segue a descrição, bem como o comentário sobre cada classe/categoria definida.

Classe 1: Dificuldades enfrentadas na organização do processo de trabalho

A Classe 1 foi constituída por 146 UCE, contendo 1983 palavras analisáveis, com aproveitamento de 23,93%, organizando-se em torno de 16 elementos, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 3. Palavras associadas significativamente à Classe 1

Palavras	Frequência	χ^2
Agente de saúde	8	12,28
Apoiadores	16	32,14
Área	7	7,96
Comunidade	17	27,8
Distrito Sanitário	15	35,94
Equipes	19	6,45
Estrutura	8	17,55
Gestão	11	18,13
Metas	7	7,96
Profissionais	7	4,36
PSF	12	8,29
Reclamar	29	30,21
Reunião	10	32,31
Sala	9	29,03
Unidade	32	56,9
Usuário	15	32,6

Fonte: Carreiro, 2010

Os trabalhadores da ESF utilizam a reclamação como um instrumento de luta por melhores condições de trabalho. Esta geralmente é feita aos Apoiadores

técnicos durante as reuniões, e estes, quando não conseguem resolver, levam os problemas que são colocados aos Distritos Sanitários.

As principais causas de reclamação relatadas pelos trabalhadores se referem às condições de trabalho, no que diz respeito à estrutura física da unidade, bem como às metas a serem alcançadas impostas pela gestão.

Para obter uma maior compreensão desta classe, principalmente com relação aos problemas enfrentados pelos profissionais, é necessário situar seus conteúdos mais significativos segundo as UCE associadas a ela, exemplificadas a seguir.

[...] A gente reclama das dificuldades nas reuniões na sexta-feira que tem aqui, depois a gente passa para apoiadoras, e elas tentam ver o que consegue resolver [...].

[...] Às vezes, tem até uma coisa para reclamar, na reunião a gente coloca os problemas da área, e os problemas da gente também, depois a gente passa para as apoiadoras e elas levam os problemas para o Distrito Sanitário [...].

[...] A sala é pequena, material até que não falta muito. Mas as condições da unidade são terríveis. A gente reclama, as apoiadoras daqui são muito boas, mas o problema é na gestão [...].

[...] tem que cumprir as metas. Se não cumpriu é porque não quis, mas não é assim. Nós somos agentes transformadores, eu tenho que respeitar a necessidade da comunidade [...].

Os Apoiadores Técnicos são pessoas ligadas ao Distrito Sanitário e que fazem visitas frequentes às unidades de saúde, facilitando a comunicação entre gestão e os trabalhadores. Alguns trabalhadores relataram que a presença do apoiador na unidade facilitou a comunicação com o Distrito Sanitário, pois semanalmente são realizadas reuniões com as equipes e com os apoiadores onde são colocados os problemas da unidade, e em seguida, o apoiador expõe o problema para o Distrito Sanitário. Entretanto, alguns trabalhadores admitem que apenas a presença do apoiador não é suficiente para resolver os problemas pois, assim como os trabalhadores da unidade, os apoiadores não tem autonomia para

decidir. Mesmo com as dificuldades, outros trabalhadores relataram que a presença dos apoiadores trouxe resolutividade a alguns problemas da unidade.

Nesse estudo, a reclamação foi apontada como uma estratégia coletiva de defesa, uma vez que os relatos apontam a busca por melhores condições de trabalho no momento das reuniões com os apoiadores. Hallack e Silva (2005, p.182) apontam que a reclamação é uma das “possibilidades de evocar o sofrimento e a doença através de atos de linguagem comuns aos trabalhadores”.

Através da reclamação um indivíduo pode se estabelecer ou restabelecer no grupo, uma vez que ele tem a possibilidade de compartilhar com os colegas os sofrimentos e angústias produzidas pelo processo de trabalho. Assim, o grupo de trabalho permanece coeso.

A reclamação pode significar sofrer um processo de falência contribuindo inclusive com o conformismo, a repetição e a estagnação dos sujeitos (HALLACK; SILVA, 2005). Esse conformismo e estagnação referidos pelos autores também foram encontrados no nosso estudo.

[...] A equipe já foi mais de lutar por melhores condições, mas hoje está todo mundo tão acomodado, porque não adianta [...]

Também foi comum entre os trabalhadores a referência às condições precárias de trabalho como um fator determinante do sofrimento psíquico, principalmente no que se refere à estrutura da unidade. Algumas trabalhadoras resolveram até gastar seu próprio dinheiro, para tornar o ambiente mais agradável, pois já estavam cansadas de esperar pela gestão para resolver os problemas da unidade, como por exemplo, na instalação de ar condicionado.

[...] Essa semana minha ACD levou um choque no compressor. O que angustia a gente aqui é o descaso da gestão, porque a gente já solicitou muito. As paredes dessa sala estão todas mofadas. Eu trouxe um ar condicionado da minha casa, mas é maior do que essa caixa que está na parede, já solicitei uma caixa maior, para colocar o meu ar condicionado, eles não mandaram ninguém, a gente está com um ventilador quebrado [...].

[...] A dentista e a médica tem ar condicionado, mas minha sala não. Quando é dia de citológico tenho que fechar a porta, fica um calor

insuportável, tem um ventilador quebrado, o foco está quebrado, uma mesa ginecológica antiga [...]

[...] A cadeira passou quatro meses quebrada, eu pensava que eles iam mandar consertar e aproveitar e instalar o ar condicionado, mas voltei a trabalhar e não tinham feito [...].

A maioria das unidades funciona em casas alugadas pela prefeitura, e muitas vezes, são casas antigas, em condições que põe em risco a saúde dos trabalhadores (paredes mofadas, teto desabando, esgoto aberto). Uma ACS relatou que a unidade onde trabalha está funcionando temporariamente num prédio cedido por uma associação, pois o antigo prédio onde a unidade funcionava estava com uma estrutura bastante comprometida. Antes de conseguirem o prédio da associação, a equipe prestava atendimento no meio da rua durante a manhã, e durante a tarde na casa de uma vizinha da unidade. Contudo, a mudança dificultou o trabalho, principalmente dos agentes de saúde, pois todos os relatórios ficaram no antigo prédio.

Apenas as unidades integradas, inauguradas recentemente, possuem estrutura adequada. Contudo, houve relatos sobre a falta de atenção da gestão com as unidades mais antigas, alegando que toda a “atenção” da gestão foi voltada para essas unidades, inclusive no fornecimento de materiais.

Apesar da melhoria na estrutura física da unidade, os profissionais que atuam nas unidades integradas relataram a perda de vínculo entre os membros da equipe e entre a equipe e a comunidade, o que dificulta o processo de trabalho, uma vez que a ideia de trabalho na ESF é voltada para a comunidade.

[...] A nossa unidade era aqui, só para nossa área, o pessoal era muito mais próximo, antes a gente conseguia trabalhar melhor. A estrutura física melhorou, mas a gente perdeu o espaço da associação onde a gente fazia nossas atividades, e hoje a gente não tem espaço físico para fazer as atividades fora da unidade [...].

[...] O processo de trabalho da gente é terrível. A gente perdeu o vínculo não só com comunidade, mas com os próprios profissionais porque a técnica de enfermagem mesmo fica lá em baixo. Mas eu acho que é o trabalho que me deixa mais doente mesmo. Essa questão que falta tudo. Mas aqui tem muita coisa boa [...].

Um usuário procura um serviço de saúde esperando que suas necessidades sejam satisfeitas. Os trabalhadores da saúde possuem um compromisso ético de prestar uma assistência de qualidade. Contudo, nem sempre dispõem de condições de trabalho adequadas para atender às necessidades dos usuários. Essa situação é um tanto quanto constrangedora para os profissionais, que ficam de mãos atadas, e muitas vezes, o usuário não consegue compreender que se trata de um problema que não é particular da unidade, mas que envolve todo um contexto de gestão.

Medeiros *et al.* (2006) defende que existe uma insatisfação por parte do trabalhador do serviço público, decorrente da prestação de uma assistência indevida, devido às condições precárias em que se encontra o serviço público.

A saúde mental é influenciada diretamente pelas condições onde se desempenha o trabalho. Como mostra o estudo realizado por Marco *et al.* (2008) que apontou que o nível de satisfação profissional poderia ser maior se houvessem mais investimentos para a melhoria da infra-estrutura física dos serviços em geral, como por exemplo, ter um local mais apropriado, limpo e agradável para atendimento, quantidade de salas e tamanhos adequados a demanda de pacientes.

Também foi relatada a dificuldade em se trabalhar na ESF, uma vez que se trata de um processo de trabalho completamente novo e muitos profissionais são “jogados” nas unidades sem receber qualquer tipo de treinamento.

[...] E foi uma ilusão porque a gente saiu de uma UTI para um processo de trabalho completamente diferente, sem uma capacitação, sem preparo. Eu aprendi pré-natal sozinha, puericultura também. O que me ajudou muito foi que eu comecei a trabalhar com uma pediatra e ela me ajudou a elaborar um roteiro da consulta de puericultura [...].

O trabalho na ESF pode também pode se tornar um fator determinante do sofrimento psíquico, uma vez que, permite a inserção dos trabalhadores num processo de trabalho completamente diferente do trabalho desenvolvido num hospital.

Apesar dos avanços na educação dos profissionais, sabemos que ainda prevalece a formação profissional em especialidades, o que não condiz com a realidade, como é colocado pela trabalhadora, pois para se trabalhar na ESF o ideal é que se tenha uma formação generalista.

Além das condições precárias de trabalho, a imposição do cumprimento de metas também foi um determinante no processo de adoecimento mental dos trabalhadores, uma vez que, significou aumento da sobrecarga de trabalho, consumindo mais forças físicas e mentais dos trabalhadores, além de ter reduzido o tempo dedicado à família e ao lazer.

[...] essas metas sempre existiram, se a secretaria hoje quer que cumpra é porque ela mesma não tinha esse olhar ampliado, mas ela tem que dar no mínimo as condições de trabalho, e eu não vou nem falar de salário, estou falando de condições de trabalho mesmo [...].

Com essas histórias de meta, que a gente tem que atingir, pra os outros pode até estar correndo tranquilo, mas pra mim, isso está me deixando cansada de correr. Além de correr atrás pra atingir as metas, tem as atividades que a gente tem que desenvolver dentro da unidade [...].

Existe a pactuação de indicadores entre Ministério da Saúde e municípios, através do Pacto pela Saúde. Contudo, há no município de João Pessoa, a dificuldade em atingir 6 desses indicadores. Como uma forma de incentivar os trabalhadores a cumprirem as exigências do MS, o município implantou a gratificação por produção de indicadores, denominada de Valor Pecuniário Individual – VPI, em que a equipe tem que atingir um determinado número de atendimentos, incluindo esses indicadores, para receber o valor. A avaliação desses indicadores é feita a cada três meses. Se a equipe atingir apenas um indicador, nenhum valor é recebido; caso a equipe consiga atingir de dois a três indicadores, cada membro recebe 50% do valor da gratificação; se forem atingidos quatro ou cinco indicadores, recebe-se 80% do valor. Apenas se são atingidos os seis indicadores recebe-se o valor total da gratificação. Nessa perspectiva, continua a visão taylorista, onde a produção e a quantidade contam mais que a qualidade.

[...] Antigamente a gente tinha que atingir a meta, mas não tinha essa cobrança toda, então é isso que me deixa mais desgastada. Além de correr atrás para atingir as metas, tem as atividades que a gente tem que desenvolver dentro da unidade. Eu tomo rivotril, porque quando eu me deito eu imagino que eu não atingi a meta, e ninguém vai receber a bonificação por minha causa [...].

A adoção desta medida é uma tentativa de atingir um determinado número de atendimentos, entretanto alguns profissionais relataram que a cobrança aumentou e cada profissional se sente responsável, pois se um membro da equipe não conseguir atingir os indicadores, toda a equipe fica sem receber ou recebe uma parte do valor da gratificação. Isso provoca entre outras questões, relações de competitividade, policiamento, agressão. Além disso, existe a insatisfação com a disparidade do valor da gratificação para cada profissional. Isso constitui como importante fator no surgimento do sofrimento psíquico.

A falta de autonomia do trabalhador na organização do processo de trabalho também foi verificada como um fator de desgaste psíquico. A esse respeito, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) colocam que a carga psíquica aumenta quando a liberdade de organização no trabalho diminui. Assim, existe um conflito entre os trabalhadores e os interesses da gestão.

[...] A gente tem as dificuldades e as pressões no trabalho da gente. A gestão cobra por um lado, mas não dá cobertura por outro e a gente gosta de fazer as coisas tudo certinho, e agora fica difícil porque a gente tem microárea descoberta e antes, quando tinha ACS, a gente conseguia [...].

Quando a organização do trabalho é rígida, o trabalhador é, de certa forma, despossuído do seu corpo, tornando-se domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro. O sujeito tem seus sentimentos reprimidos, sua agressividade contida, gerando o que Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) denominaram de “repressão pulsional”, ou seja, repressão do funcionamento psíquico do sujeito, no qual a tarefa estereotipada, sem o uso da criatividade e da fantasia, torna-se desprovida de significação para o trabalhador.

O processo de trabalho é considerado livre quando é possível definir os próprios ritmos e formas de executar as tarefas, pois possibilita uma reorganização do mesmo. Quando ocorre a impossibilidade de transformação, por meio de processos de trabalho que atuam no sentido de bloquear o comportamento livre, ocorre uma mudança no significado do trabalho dos indivíduos. Ou seja, na medida em que o processo de trabalho é conduzido em direção oposta ao comportamento livre, adotando modos operatórios rígidos e padronizados, menos o trabalho

representará para o indivíduo a possibilidade de equilíbrio mental e mais próximo estará de constituir fonte de sofrimento (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006).

Um estudo realizado por Manetti e Marziale (2007) com trabalhadores de enfermagem também evidenciou que a correlação negativa com o apoio social, aqui incluído o suporte oferecido pelos superiores, familiares e colegas de trabalho, constituiu-se como um fator causador do sofrimento psíquico.

Diante de tudo o que foi discutido até agora, podemos dizer que o processo de trabalho na ESF foi apontado como um fator fundamental na gênese do sofrimento psíquico dos trabalhadores. Assim, este estudo funciona como um alerta sobre a saúde dos trabalhadores, principalmente, aos gestores.

Classe 2: A sobrecarga de trabalho: pressão no trabalho e demandas pessoais e familiares

A Classe 2 foi formada por 87 UCE, contendo 1249 palavras analisáveis, com aproveitamento de 14,89%, organizando-se em torno de 15 elementos, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 4. Palavras associadas significativamente à Classe 2

Palavras	Frequência	χ^2
Aguento	7	11,68
Ansiedade	13	28,36
Atrapalhar	7	25,83
Casa	27	12,77
Chega	17	9,3
Colega	8	10,1
Depressão	13	16,62
Estressa	12	4,91
Menos	13	15,9
Pressão	13	23,26
Saúde mental	10	13,0
Trabalho	36	10,56
Tranquila	7	11,68
Estava	23	27,47
Mesmo	17	6,5

Fonte: Carreiro, 2010

Nesta classe, os trabalhadores descrevem a influência do trabalho na saúde mental, ilustrada pela dificuldade nas relações em casa e no trabalho devido à ansiedade e depressão decorrentes da sobrecarga de trabalho.

[...] Aí chego em casa, sem um pingo de paciência com meus filhos, porque geralmente a gente solta os bichos em casa. Meu marido reclama que eu já chego em casa gritando. Mas é do estresse do dia-a-dia do PSF [...].

[...] Minha saúde mental está do mesmo jeito ou pior do que estava, porque a pressão no trabalho aumentou demais. Eu tenho certeza que tem muito profissional com depressão, que coloca não aqui no questionário porque tem medo [...].

[...] voltei a dar plantão noturno que não estava mais dando. Eu aumentei minha carga de trabalho. A gente estava construindo uma casa eu tive que aumentar meu trabalho por causa dos gastos [...].

Os trabalhadores que atuam na ESF não têm muito tempo para dedicar à família, e o pouco tempo de que dispõem, nem sempre é aproveitado como deveria, pois toda a paciência e disposição foram gastos no trabalho, assim, o trabalho influencia diretamente as relações afetivas, devido ao desgaste físico e mental. Recai sobre o trabalhador um sentimento de culpa, por estar em falta com a família.

[...] Eu estou vivendo o trabalho, de manhã, de tarde, de noite e de madrugada. De madrugada eu estou sonhando com o trabalho. E sem tempo nenhum pra lazer. (...) Aí eu fico querendo dar uma cobertura maior aos filhos pra compensar a situação que me cobram demais. Aí eu já saio daqui extremamente cansada, quando chego em casa pra dar assistência aos filhos. Aí a gente vai se virando como pode [...].

Medeiros *et al.* (2006) afirmam que o aumento do tempo dedicado ao trabalho, decorrente do aumento da jornada de trabalho, determina uma redução do tempo de convivência familiar, tornando-se motivo de angústia, principalmente no que se refere à convivência com os filhos.

Dejours (2003) acrescenta que não são todos os trabalhadores que podem organizar o lazer de acordo com suas necessidades fisiológicas e seus desejos, uma

vez que, desfrutar de atividades fora do trabalho também tem um custo financeiro que nem todos podem pagar. O mesmo autor ainda coloca que os trabalhadores mantêm fora do trabalho o mesmo ritmo de quando estão no ambiente de trabalho. Trata-se não apenas de uma contaminação, mas de uma estratégia para não deixar “apagar o condicionamento mental ao comportamento produtivo”.

O trabalho produz sofrimento quando constrói uma imagem de indignidade, um sentimento de inutilidade, tornando-se um trabalho despersonalizado e sem significação. Quando, ao contrário, o trabalhador consegue identificar significação humana e social na sua atividade, quando ela tem significado para a família, para os amigos, quando consegue despertar sentimento de utilidade, o trabalho constitui como uma fonte de satisfação e prazer.

Pitta (2003) aponta que a organização do trabalho atua na gênese do sofrimento psíquico através de alguns elementos facilmente identificáveis: as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a pressão claramente repressora e autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a inexistência de pausas para o descanso durante a jornada de trabalho, a fragmentação do trabalho e a desqualificação do trabalhador.

É importante ressaltar que uma situação pode ser vivenciada por alguns como causadora de sofrimento, contudo, para outros, a mesma situação pode ser tida como fonte de prazer, como por exemplo, o trabalho, como será visto mais adiante.

O Ministério da Saúde (2001) afirma que o trabalho ocupa um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Por isso, o trabalho satisfatório determina prazer, alegria e saúde. O trabalho desprovido de significação, o trabalho não reconhecido ou fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica determinam sofrimento psíquico. Entretanto o que se percebe é que, na prática, os trabalhadores da ESF estão submetidos a condições rígidas impostas pelo próprio MS, gerando sofrimento psíquico nos trabalhadores.

A relação do ser humano com o trabalho não se restringe ao ambiente físico. A atividade profissional é uma parte intrínseca do universo individual e social de cada um, podendo atuar tanto como meio de equilíbrio e de desenvolvimento quanto como fator diretamente responsável por danos à saúde (PENIDO, 2004).

Farias (2005) destaca como fatores que produzem carga psíquica nos trabalhadores da ESF: o nível de adesão do trabalhador ao projeto e o tempo de atuação no programa; a alta demanda por assistência à saúde; as relações de poder

estabelecidas entre os integrantes das equipes; o baixo controle sobre o processo de trabalho que depende de condições, como a infra-estrutura local; a elevada prevalência de violência nas áreas onde trabalha a maioria das equipes levando ao temor pela própria integridade física.

Os profissionais dos serviços de saúde estão entre os mais afetados por possuírem, em geral, uma filosofia humanística de trabalho e se defrontarem com um sistema de saúde desumanizado (SILVA; MENEZES, 2008).

A jornada semanal de trabalho na ESF, conforme determinado pelo Ministério da Saúde, é de 40 horas. Algumas cidades menores concedem um dia de folga durante a semana aos trabalhadores, porém, no município de João Pessoa os trabalhadores cumprem as horas determinadas, sem direito a um dia de folga, o que se constitui em motivo de insatisfação no trabalho, pois os trabalhadores alegam que não dispõem de tempo para cumprir obrigações pessoais.

Além da sobrecarga de trabalho, devido ao aumento da cobrança do gestor, como a maior parte dos sujeitos são mulheres, também foi comum o relato de sobrecarga de trabalho devido à dupla, e muitas vezes, tripla jornada de trabalho, decorrente de outros vínculos empregatícios, bem como do trabalho doméstico, o que também diminui o tempo que é dedicado à família e ao lazer.

[...] A gente não tem tempo de fazer feira, de pagar contas, de dar atenção aos filhos. A gente não tem tempo para lazer. A gente já acorda desanimado porque vem para cá trabalhar [...].

[...] tem que fazer as coisas e o tempo não dá, fica difícil aguentar. Eu acho que minha saúde mental continua do mesmo jeito de dois anos atrás. Eu estou cansada. É uma sobrecarga muito grande, muita cobrança. Além do trabalho de ACS, ainda tem o curso de ACS, tem a casa do ACS [...].

Medeiros *et al.* (2006) apontam que esta sobrecarga de trabalho é decorrente da precarização das condições de trabalho e da baixa remuneração, pois os trabalhadores procuram outros vínculos empregatícios como forma de garantir melhores condições de vida, gerando um aumento da jornada de trabalho. O cansaço sofre um processo de cronificação, sacrificando as horas do não-trabalho que seriam dedicadas ao convívio familiar e às outras atividades sociais.

O quadro de desemprego estrutural, que marca o mercado de trabalho atual, deixa os trabalhadores apreensivos e mais submissos às relações precárias de trabalho. A ameaça de demissão, principalmente aos trabalhadores que não tem estabilidade no emprego, constantemente, produz sofrimento psíquico, uma vez que a demissão significa uma ruptura dos padrões de vida e das relações sociais.

Um estudo realizado por Araújo e colaboradores (2003) mostrou que a identificação da sobrecarga do trabalho como um dos principais fatores de estresse ocupacional tem sido evidenciada, principalmente entre trabalhadoras de enfermagem.

Borsoi (1995) aponta que muitas vezes o orçamento doméstico depende exclusivamente do trabalho da mulher, que, além de enfrentar a jornada de trabalho fora de casa, ainda tem a seu cargo os problemas familiares, a orientação dos filhos e as atividades domésticas.

Llobet *apud* Gomes (2002) aponta para o fato de que a mulher é prejudicada, uma vez que o homem tem sido considerado como exemplo do humano, pois mulheres e homens apresentam diferenças na forma de adoecer, de morrer, e de fato não têm a mesma carga de trabalho.

O trabalho doméstico, além de ser uma extensão da jornada de trabalho, contribui significativamente para a fadiga e exaustão física. Trata-se de uma atividade que não tem descanso semanal, nem férias remuneradas. Some-se a isso o fato de ser uma atividade desvalorizada socialmente, e que, muitas vezes, não consegue elevar a auto-estima da trabalhadora.

Além de significar mais horas de trabalho, a dupla/tripla jornada supõe uma divisão emocional entre as exigências do trabalho e das necessidades da família, gerando com frequência uma dupla culpabilidade, aumentando a predisposição a doenças ou a sua cronificação (GOMES, 2002).

Um estudo realizado por Costa e colaboradores (2005) com trabalhadoras de enfermagem revelou que as trabalhadoras são conscientes quanto à sobrecarga que têm na vida profissional e doméstica, entretanto elas afirmaram não saber como reverter esta sobrecarga e que, na maioria das vezes, esquecem de si mesmas, o que as torna susceptíveis à perda da integridade mental.

A carga psíquica resulta da interação do homem com a organização do trabalho. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) apontam que o prazer do trabalhador resulta da descarga da energia psíquica permitida na execução da tarefa, o que

corresponde a uma diminuição da energia pulsional. Assim, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, é considerado um trabalho equilibrante, do contrário, se o trabalho se opõe a essa descarga psíquica, trata-se de um trabalho fatigante.

Em estudo realizado por Lautert (1999) com enfermeiras, evidenciou-se que a sobrecarga de trabalho foi a principal categoria referida pelo grupo considerado “esgotado”. A mesma autora alerta que um quadro de tensão emocional se inicia quando o sujeito começa a perceber que as demandas do trabalho são superiores aos recursos de que dispõe para enfrentá-las.

A noção de carga de trabalho pressupõe a análise do processo de trabalho de forma dinâmica e abrangente, incluindo não somente os aspectos técnicos presentes nos objetos e instrumentos do trabalho, mas também a organização do trabalho (GOMES, 2002).

Outra consequência da sobrecarga de trabalho, de acordo com os depoimentos dos profissionais, são as crises hipertensivas frequentes.

[...] Minha saúde mental estava bem, mas hoje está complicada. É tanto que a minha pressão arterial aumentou há uns 15 dias atrás, veio junto dor de cabeça e tontura, mas deve ser por conta do processo de trabalho, por causa da seleção de agente que ainda esta rolando [...].

[...] minha pressão chegou a 200x140mmHg. Eu estava em tempo de enlouquecer. Eu chorava muito, e a pressão subia, mas eu estava com depressão, eu estava deprimida. Então para mim a solução era chorar. O médico me atendeu logo, eu fui medicada, fiquei em observação e fui liberada [...].

[...] eu tenho muitas colegas com depressão, com pressão alta por causa do trabalho. Tem uma que começa a ter pico hipertensivo no domingo a tarde porque sabe que na segunda tem que acordar e vir para cá [...].

A seleção de agentes relatada no depoimento acima se refere à situação do concurso para Agente Comunitário de Saúde que foi realizado em 2003, porém os agentes que foram aprovados tiveram que ser submetidos a um novo concurso em 2007. Alguns trabalhadores foram aprovados novamente, contudo alguns não conseguiram e outros resolveram não se submeter ao novo concurso, alegando a

legalidade na profissão. Assim, alguns profissionais relataram que se sentem inseguros por não saberem até quando continuam no emprego, e outros sofrem por saberem que um colega pode deixar o emprego a qualquer momento.

Além dos trabalhadores “concursados”, vários trabalhadores são contratados, o que não concede ao trabalhador uma estabilidade no emprego. Essa situação também pode constituir-se como importante fator no desenvolvimento do sofrimento psíquico, uma vez que gera dificuldade de convivência entre os ACSs, pois alguns agentes estão realizando o curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, e, portanto, desenvolvem algumas atividades na área, entretanto, os agentes que não realizam o curso relataram que se sentem discriminados, deixando-os insatisfeitos com o trabalho, além de influenciar as relações entre os membros da equipe.

O trabalho produz sofrimento quando constrói uma imagem de indignidade, um sentimento de inutilidade, tornando-se um trabalho despersonalizado e sem significação. Quando, ao contrário, o trabalhador consegue identificar significação humana e social na sua atividade, quando ela tem significado para a família, para os amigos, quando consegue despertar sentimento de utilidade, o trabalho constitui como uma fonte de satisfação e prazer.

Farias (2005) coloca que são raros os estudos que apontam o trabalho como fonte de prazer e que apresentação dessa categoria aparece no máximo, como moderação de sofrimento.

Classe 3: A falta de tempo para o auto-cuidado

A Classe 3 foi formada por 67 UCE, contendo 843 palavras analisáveis, com aproveitamento de 10,67%, organizando-se em torno de 16 elementos, como mostra a tabela abaixo.

Considerando as palavras em destaque na tabela abaixo, a classe 3 refere-se à falta de cuidado com a saúde física e mental por parte dos trabalhadores. Os poucos trabalhadores que referiram algum cuidado com a saúde, atrelam esse cuidado à prática de exercícios físicos, cuidados com a dieta e uso de medicamentos.

Tabela 5. Palavras associadas significativamente à Classe 3

Palavras	Frequência	χ^2
Controla	8	28,21
Cuido	8	6,79
Dias	15	17,09
Faço	13	15,19
Fazer	23	5,33
Médico	17	23,67
Passo	17	9,56
Pressão	8	8,58
Remédio	9	31,49
Saúde	8	19,43
Saúde mental	8	10,87
Tempo	15	15,75
Tenho	26	8,9
Tomar	21	40,46
Volta	9	13,44
Nada	11	6,38

Fonte: Carreiro, 2010

Para obter uma maior compreensão desta classe, é necessário situar seus conteúdos mais significativos segundo as UCE associadas a ela, exemplificadas a seguir.

[...] Com o tempo você acaba esquecendo. A dor vai passando e você vai esquecendo. Então eu deixei para lá. Não faço exercício físico. Nessa correria que eu estou em casa, eu ando muito relapsa, não fiz mais nenhum tipo de exercício [...].

[...] Eu estou sentindo que o trabalho está mais puxado, mas a sorte é que eu gosto de fazer o que eu faço, mas hoje eu estou hipertensa, tomando medicação [...].

[...] No momento não tenho feito nada pra cuidar da minha saúde mental. Porque eu não tenho mais tempo, mas a única coisa que ainda faço é assistir filme [...]

[...] Eu não tenho feito nada pra cuidar da saúde. Eu tava até fazendo caminhada. Tava bem melhor. Fiz hidroginástica uma época, mas eu só podia fazer de cinco horas da tarde. Aí na época eu estava afastada do outro emprego, aí eu saía do posto e ia fazer, mas eu tenho problema alérgico (...) aí a médica proibiu a hidroginástica. O ideal pra mim seria massagem, mas eu não tenho tempo porque tem que ser no mínimo três vezes por semana [...].

Os trabalhadores alegam a falta de tempo, decorrente da sobrecarga de trabalho como principal motivo do descuido com a saúde. Essa sobrecarga de trabalho, como já foi discutido anteriormente, se deve não só aos múltiplos empregos, ao excesso de tarefas desempenhadas na ESF, e também ao trabalho doméstico. Mesmo a atividade sendo desenvolvida na própria unidade, os profissionais não conseguem realizar devido ao excesso de trabalho.

Os profissionais que atuam na ESF são responsáveis por promover a saúde dos usuários, atuando não apenas na cura de doenças, como também, na prevenção. No entanto, o que se percebe é que os trabalhadores da saúde não dão a devida atenção à sua própria saúde.

A esse respeito, Vieira *et al.* (2007) esclarecem que o cuidador necessita estar atento ao seu olhar interior, cuidando de si antes de cuidar dos outros. E ainda acrescenta que se não formos capazes de cuidar primeiro de nós como indivíduos, então o cuidado que prestamos aos nossos clientes não é tão bom quanto poderia ser.

Ao final de um dia de trabalho intenso, dentro e fora de casa, os trabalhadores não tem mais força/ânimo para praticar alguma atividade física, mesmo sabendo a importância dessa prática para sua saúde, o que contradiz com o seu discurso, uma vez que, constantemente, os trabalhadores repassam essas orientações aos usuários do serviço.

Oliniski e Lacerda (2006) relatam que o ambiente de trabalho não favorece o cuidado dos cuidadores, uma vez que constituem ambientes mobilizadores de emoções, sentimentos e estresse, que são traduzidos por desinteresse pelo outro, agir mecanizado, não percepção do outro como ser humano, desvalorização do cuidado e de si como pessoa e profissional.

Vieira *et al.* (2006) defendem que o autocuidado é essencial para que o cuidador se perceba em “comunhão com a harmonia, com a paz interior, com a natureza, com o processo de cuidar de si e dos outros”, assim, será capaz de melhorar sua qualidade de vida e melhorar o cuidado prestado aos outros.

Sabemos que existe certo receio por parte dos profissionais de saúde para buscar ajuda em situações que causam sofrimento, principalmente quando se trata de sofrimento psíquico. Dos 22 entrevistados que adoeceram, 10 referiram que não procuraram nenhum tipo de ajuda para tratar o sofrimento psíquico, tendo o

diagnóstico realizado em consultas de rotina. Enquanto que 12 referiram que recorreram a algum tipo de ajuda profissional.

[...] Depois eu procurei a terapia alternativa. Quando você começa a conhecer a doença você trabalha melhor com ela. No início era terrível porque eu pensava que era só uma dor muscular, não tinha medicamento que desse jeito [...].

Apenas 6 profissionais referiram que não fizeram nenhum tipo de tratamento, o que nos leva a concluir que dos 10 que não procuraram ajuda, 4 recorreram ao uso de florais, fitoterápicos, psicotrópicos por automedicação e às rodas de Terapia Comunitária.

[...] A terapia comunitária também me ajudou muito porque eu tinha muita dificuldade de dizer não, eu sou de me doar muito, mas eu acho que eu melhorei. Às vezes eu me lembro dos exercícios de respiração, de jogar tudo na expiração [...].

[...] A gente também vai pra Terapia Comunitária, que também ajuda muito, porque a gente chora, chora, chora, às vezes nem fala nada, mas dependendo do assunto que é escolhido a gente pode até falar. Alivia, mas o problema não é resolvido [...].

A Terapia Comunitária - TC surgiu na comunidade de Quatro Varas, no bairro de Pirambu, na cidade de Fortaleza/Ceará, onde se realiza um trabalho de apoio a indivíduos e famílias que vivem situação de sofrimento psíquico. Consiste em uma ferramenta de cuidado nos programas de inserção e apoio à saúde mental da população, que acontece através de reuniões onde cada indivíduo tem a oportunidade de expor sua vivência e aliviar seus medos e tensões (ROCHA *et al.*, 2009).

Barreto (2003) aponta que a TC consiste na partilha de experiências, sofrimentos e sabedorias de vida de forma horizontal e circular onde todos são co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, uma vez que cada pessoa torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida, reflexão e trocas de experiência entre os participantes. Também se mostrou eficiente na promoção da auto-estima, na prevenção de transtornos mentais, no

resgate de vínculos afetivos e sociais, além de facilitar a agregação e a inclusão social.

Em João Pessoa, a TC vem sendo realizada desde 2007 e utilizada na ESF como uma tecnologia de cuidado para atender à demanda de pessoas com sofrimento emocional (ROCHA *et al.*, 2009). Os profissionais da ESF têm participado ativamente das rodas de TC, pois nelas encontram o alívio de tensões e pressões advindas do cotidiano do trabalho.

Existe um interesse comum entre os participantes da Terapia Comunitária: o alívio de seus sofrimentos e a busca de bem-estar. Além disso, ela promove a construção de vínculos solidários criando-se uma rede de apoio social reforçando os vínculos e evitando a desintegração social, onde a comunidade busca resolver os problemas que estão ao alcance da coletividade (FUKUI, 2004).

Oliniski e Lacerda (2006) realizaram oficinas incluindo técnicas de relaxamento com profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho, e obtiveram resultados bastante positivos, apesar de todo o estresse. Assim, a criação de ambientes que promovam o cuidado dos profissionais dentro do próprio local de trabalho é uma alternativa para promover o bem-estar dos profissionais.

Também foi mencionado a incompatibilidade de horário livre dos trabalhadores da ESF para a realização de atividades (biodança, acupuntura), ou até mesmo, com os horários de outros profissionais que poderiam auxiliar no combate ao adoecimento mental, como por exemplo, massagistas.

Muitos profissionais utilizam medicamentos psicotrópicos como única forma de aliviar o sofrimento mental, o que constitui um fato preocupante pela grande quantidade de trabalhadores que usam esse tipo de medicamento, o que pode ser confirmado pela fala dos entrevistados apresentadas a seguir.

[...] Eu tratei, voltei há uns dois meses ou mais, ele suspendeu o de tontura, e o rivotril, ele passou para eu tomar metade de um comprimido todos os dias e passou um para labirintite [...].

[...] O rivotril eu comecei a tomar há pouco tempo, mas antes eu tomei outro remédio e passei uns seis meses tomando, mas com esse corre-corre do trabalho a ansiedade volta de novo [...].

[...] Então a médica passou para mim, mas agora eu já estou tomando fluoxetina há um mês, todos os dias de manhã [...].

Mesmo conhecendo tendo ciência sobre terapias alternativas, os profissionais de saúde persistem em utilizar a prática da medicalização na superação de problemas emocionais. As classes de medicamentos mais presentes neste estudo foram os ansiolíticos e antidepressivos.

Marquardt (2008) advoga que isso se deve, principalmente, ao fato de que os profissionais de saúde têm fácil acesso a esse tipo de medicamento e recorrem a essa prática pois não dispõem de tempo para a prática de atividades de relaxamento devido à sobrecarga de trabalho.

Lucas *et al.* (2006) apontam que os profissionais de saúde são mais vulneráveis ao uso de psicotrópicos, pois além do fácil acesso e a constante convivência com muitas dessas substâncias, somam-se condições de trabalho extenuantes a que estão submetidos.

Além do uso de psicotrópicos, foram relatados o uso de fitoterápicos, realização de fisioterapia, acupuntura e acompanhamento com psicólogo. Também foi muito comum a utilização de mais de um método por uma mesma pessoa.

Classe 4: Estratégias defensivas

A Classe 4 foi formada por 76 UCE, contendo 1083 palavras analisáveis, com aproveitamento de 12,37%, organizando-se em torno de 16 elementos, como mostra a tabela abaixo.

Os 14 trabalhadores que não sofreram processo de adoecimento também referiram que o trabalho lhes causava sofrimento psíquico. Muitos deles relataram até a presença de sintomas, como dores de cabeça, desânimo, insônia. A diferença é que estes trabalhadores utilizaram estratégias eficazes contra o adoecimento mental, enquanto que, os trabalhadores que adoeceram, desenvolveram estratégias de enfrentamento que não foram suficientes para evitar o adoecimento.

Tabela 6. Palavras associadas significativamente à Classe 4

Palavras	Frequência	χ^2
Andar	7	20,86
Assistir	12	77,65
Bebo	11	10,1
Cuido	11	14,87
Dar	7	7,84
Dormir	7	20,86
Filme	8	56,96
Fizer	8	4,87
Gosto	18	25,59
Igreja	7	35,73
Insatisfeito	12	17,21
Ir	12	16,22
Praia	8	48,92
Sair	14	27,23
Saída	9	26,28
Vou	26	39,70

Fonte: Carreiro, 2010

A classe 4 refere-se às estratégias utilizadas pelos profissionais quando estão insatisfeitos com a vida, para enfrentar o sofrimento psíquico: andar, assistir filme, dormir, ir à igreja, sair, ir à praia, beber.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) esclarecem que o indivíduo não é apenas capaz de compreender as pressões do trabalho, mas também de reagir e se defender. Nesse contexto, as estratégias defensivas são comportamentos adotados pelos trabalhadores como uma tentativa de amenizar o sofrimento psíquico decorrente do trabalho. O autor acrescenta que, embora seja uma operação estritamente mental, ela é destinada a lutar contra um perigo real, pois elas atuam através da eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer.

Para reduzir a ansiedade causada pela atividade laboral, foi comum os trabalhadores relatarem a busca por atividades que proporcionam prazer no tempo livre, ou até mesmo no ambiente de trabalho, ou ainda o engajamento em outras atividades.

[...] Quando estou insatisfeita eu começo a ler um livro, vou assistir a um programa católico, eu melhora. Eu vou cuidar da minha casa, das minhas plantas, dos meus bichos. Eu não gosto de sair muito, só para a igreja [...].

[...] Eu gosto muito de sair, passear, beber uma cervejinha, gosto de ir a praia, show, passeios, gosto de ir a missa, no domingo. Faço o máximo para me divertir, para quando chegar aqui no começo da semana, chegar feliz [...].

[...] Como eu saio de onze horas e os meninos de meio dia, nessa uma hora ou uma hora e meia eu tiro para mim, para assistir um DVD, vou ver meus emails, vou andar no comércio, vou fazer qualquer atividade que seja prazerosa para mim [...].

Embora a prática de atividades prazerosas dentro e fora do ambiente de trabalho contribua para reduzir o sofrimento psíquico, significa que os trabalhadores não estão buscando mudanças das causas do sofrimento, mas apenas formas de controlá-lo.

Brant e Minayo-Gómez *apud* Farias (2005) colocam a importância da utilização do humor como estratégia de defesa contra o sofrimento no trabalho, pois consideram que as brincadeiras funcionam como formas veladas de “desrepressão e de manipulação”.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) esclarecem que as estratégias defensivas funcionam como regras que são compreendidas pelos indivíduos coletivamente, portanto, as estratégias defensivas são utilizadas pelo grupo. No entanto, um trabalhador pode utilizar mecanismos de defesa individuais. O grupo compartilha o sofrimento e encontra conjuntamente soluções para lidar com estas situações. Essas estratégias coletivas desaparecem quando a situação geradora do sofrimento é afastada.

Os mesmos autores atentam para o fato de que, se por um lado as estratégias defensivas podem amenizar o sofrimento, por outro, podem estabilizar a relação subjetiva com a organização do trabalho e alimentar uma resistência à mudança. Assim, as estratégias defensivas passam a ser vistas como promessa de felicidade, e, portanto, são transformadas em ideologia.

Apesar de a maioria dos profissionais negarem o consumo de álcool, ou apenas em momentos de lazer, o uso de álcool também foi referido como uma forma de fuga do sofrimento.

[...] Eu não tenho condições de ir três vezes na semana para massagem. Quando saio daqui eu vou ali comer uma tapioca, jantar fora, fazer alguma coisa. Eu bebo socialmente. Só bebo uma cervejinha, uns quatro copinhos. E quando eu estou ansiosa eu bebo

mais rápido, mas eu não passo do limite, porque eu tenho que dirigir [...].

[...] Parei de beber mais. Mas ainda bebo no final de semana. Quando eu estou estressada eu bebo mais [...].

O Ministério da Saúde aponta que o trabalho é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico. Assim, o uso do álcool atua como uma prática defensiva, também utilizada como meio para garantir inclusão social. Entretanto, essa situação não pode ser considerada como alcoolismo, uma vez que, o termo se refere ao uso crônico e continuado de bebidas alcoólicas, com descontrole periódico da ingestão ou com episódios frequentes de intoxicação e preocupação com o álcool e o seu uso (BRASIL, 2002).

O impacto causado pelo uso de álcool é conhecido: altas taxas de absenteísmo, acidentes de trabalho e de doenças decorrentes do uso abusivo. Assim, o alcoolismo acarreta sérias consequências para o indivíduo e para a sociedade, que sofre uma redução da força produtiva de trabalho, além dos gastos decorrentes do tratamento.

O primeiro passo para o tratamento é o indivíduo admitir que o alcoolismo é uma doença, que, como qualquer outra é necessário realizar um tratamento. Assim, é essencial a consciência e iniciativa da busca por ajuda. Muitas vezes, tratar o alcoolismo irá significar mudanças no ambiente de trabalho, que se constitui numa das partes mais difíceis do tratamento, pois nem sempre será possível mudar a situação de trabalho. Para que se tenha bom êxito no tratamento, é primordial a participação ativa da família no processo, uma vez que, ela será um dos pontos de apoio para o indivíduo (MUROFUSE, 2004).

Hallack e Silva (2005) apontam que as estratégias defensivas variam de acordo com a categoria profissional, uma vez que, cada forma de organização de trabalho está inserida em um contexto, contudo os mecanismos psicológicos que perpassam os diferentes trabalhadores são os mesmos.

Classe 5: A família como fonte de apoio e de sofrimento

A Classe 5 foi formada por 76 UCE, contendo 2642 palavras analisáveis, com aproveitamento de 31,52%, organizando-se em torno de 30 elementos, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 7. Palavras associadas significativamente à Classe 5

Palavras	Frequência	χ^2
Acabar	13	6,07
Aceitar	7	7,08
Adiantar	7	5,44
Ajudar	41	32,66
Brigar	9	5,88
Calar	8	8,93
Casa	43	4,75
Conversa	25	25,87
Desabafar	13	21,91
Digo	11	20,73
Dizer	21	15,53
Equipe	24	7,73
Errar	13	29,14
Falar	23	9,69
Família	18	20,07
Filhos	21	30,89
Insatisfeito	16	4,15
Irmão	10	22,3
Levar	17	7,47
Mãe	28	36,05
Marido	27	13,92
Mundo	20	13,92
Organizar	7	11,9
Pais	15	18,35
Pessoas	43	11,36
Problema	39	16,15
Quero	26	8,5
Terapia Comunitária	8	5,64
Vida	28	18,91
Viver	8	4,45

Fonte: Carreiro, 2010

Esta classe descreve a importância da família na manutenção do equilíbrio mental do trabalhador, na medida em que é um meio de convivência onde é possível desabafar e compartilhar os problemas.

[...] Minha família, graças a Deus é bem unida, todo mundo se entende, pai, mãe, os filhos também. Dinheiro falta, mas harmonia e união não faltam. É o que me deixa também uma pessoa equilibrada [...].

A família é considerada a principal responsável pela formação da consciência do indivíduo. Ela é essencial no processo de construção da identidade, pois é a responsável pela transmissão de crenças, valores e normas. Em qualquer processo de socialização, a influência da família desempenha papel primordial. Assim, estando o ser humano intrinsecamente ligado à família e a meio social, considera-se que esses atuam como fonte de pressões, mas também como apoio (GRANDO; ROLIM, 2005).

Ballone e Ortolani (2005) colocam que, para a sociedade, o amor entre os membros de uma família deve ser incondicional. Contudo, muitas vezes o que acontece é que as relações familiares são teatralizadas, não passam de uma máscara de boas intenções que esconde uma relação cheia de ódios, culpas e conflitos.

Não significa dizer que uma família com ausência de conflitos é a responsável pelo desenvolvimento emocional e psíquico satisfatórios de seus membros, pois, como aponta Grando e Rolim (2005), muitas famílias não expõem suas emoções para evitar o clima de tensão entre seus membros. É o que se denomina evitação de conflito. Entretanto, Ballone e Ortolani (2005) defendem que a busca pela solução dos problemas da família podem ter papel crucial no bom desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Apesar de o trabalho ser apontado como um causador fundamental de sofrimento psíquico, outras situações relatadas pelos trabalhadores foi a presença de conflitos familiares, incluindo dificuldade de relacionamento com os filhos e com o cônjuge, problemas de saúde ou perda de ente querido. Assim, a família foi apontada como fundamental tanto na manutenção do equilíbrio, como determinante de sofrimento psíquico.

O papel do meio familiar é fundamental para manter o equilíbrio dos seus membros. Muitas vezes, a família é o único vínculo social que o trabalhador possui fora do ambiente de trabalho. Contudo, nesse estudo, a dificuldade de relacionamento com familiares também foi apontada como um fator determinante do sofrimento psíquico, pois nem sempre o trabalhador encontra apoio nos familiares e

muitas vezes, o cuidado com a família significa aumentar o número de responsabilidades para si.

[...] Sempre ajudei minha família. Como eu não tive filhos as responsabilidades são todas nas minhas costas. Tem semana que eu estou mais carregada. Tudo é comigo. Eu estou muito pressionada. Eu acabo absorvendo os problemas de todo mundo. O povo se admira porque eu sou estressada se eu não tenho filho e nem marido, mas eu tenho uma família [...].

[...] Sofri de depressão, por conta dos meus filhos, porque eu passei muito apereio, muito apereio mesmo. (...) Meus dois filhos tem a doença de Wilson, porque é genética. Então foi o momento que pensava que ia perder eles dois, então eu quase entrei em depressão [...].

[...] Às vezes eu fico triste com as atitudes da família porque poderiam me ajudar mas não ajudam, nem reconhecem o que eu faço. Minha cunhada mesmo que fica com meu menino, eu tenho que pagar pra ela ficar com ele [...].

[...] Muitas coisas que ele (marido) faz, eu não aceito, mas eu acabo aceitando para evitar discussões. E assim eu vou vivendo por viver e isso não vai me deixar depressiva nunca, porque eu estou vivendo, estou sorrindo, estou brincando, estou levando [...].

[...] Ontem mesmo, eu sofri uma decepção amorosa que eu estou até agora desorientada. Eu não sei como eu não tentei alguma coisa. Eu cheguei ao fundo do poço. Tive outras doenças, amigdalites, tive muitas, viroses, mas nada muito grave, por causa da imunidade baixa [...].

Da mesma forma que a angústia e os transtornos psíquicos podem ser atribuídos às relações familiares, a ausência de uma família também pode ser motivo de sofrimento. Os autores sugerem que isso se deve à incansável busca do ser humano, pelo equilíbrio entre aquilo que é desejável e aquilo que é possível ou, tomam como padrão de felicidade aquilo que é desejável, distanciando-se das situações reais.

Seria injusto considerar a família como única fonte de sofrimento psíquico. Além dos aspectos familiares que são importantes na saúde mental de seus membros, é necessário também considerar a constituição da personalidade das

próprias pessoas. Portanto, muito além da estrutura familiar, as atitudes de seus membros são determinantes para o bem estar geral.

Classe 6: Sofrimentos vivenciados pelos trabalhadores

A Classe 6 foi formada por 43 UCE, contendo 610 palavras analisáveis, com aproveitamento de 7,29%, organizando-se em torno de 18 elementos, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 8. Palavras associadas significativamente à Classe 6

Palavras	Frequência	χ^2
Começo	10	26,25
Depressão	7	10,07
Disse	9	17,94
Doenças	7	61,49
Fez	7	69,74
Filhos	7	17,46
Fizer	9	22,89
Ir	7	9,5
Médico	10	10,99
Pensar	8	9,91
Preciso	7	4,70
Procuro	15	26,31
Tomar	8	4,22
Vontade	8	18,33
Tinha	7	4,26
Tive	9	13,6
Foi	12	28,54
Fui	11	42,42

Fonte: Carreiro, 2010

Nesta classe são descritas diversas situações vivenciadas pelos trabalhadores que contribuíram decisivamente para o surgimento do sofrimento psíquico, incluindo a depressão e o transtorno de pânico.

[...] Meu outro filho começou a se tremer, fez os mesmos exames e descobriu que tem a mesma doença, porque é uma doença genética. Então foi o momento que eu pensava que ia perder os dois, então eu entrei em depressão. E eu pedi muito a Deus que eu não entrasse, porque se eu tivesse não tinha ninguém para cuidar deles, porque eles dois ficaram acamados [...].

[...] E isso foi terrível para mim. Eu não posso nem falar que me dá logo vontade de chorar. Ela (mãe) está quase sem ver por um olho, e a gente teve que correr atrás, já fez duas cirurgias a laser, e ainda teve que fazer uma cirurgia tradicional, porque o médico dela disse que é raro [...].

O sofrimento mental descrito nos relatos acima se refere a doenças que acometem pessoas muito próximas. Como por exemplo, a trabalhadora relata, no primeiro depoimento, o início da depressão ao descobrir que seus dois filhos possuem uma doença pouco conhecida que os deixava completamente dependentes. O outro relato descreve o sofrimento da trabalhadora ao descobrir que sua mãe foi acometida por uma doença de início abrupto, fazendo-a perder a visão quase que completamente.

Uma trabalhadora referiu o início dos sintomas depressivos após ter sofrido um acidente durante uma viagem.

[...] Aos poucos eu fui desmamando a medicação. Eu tive depressão mesmo. Eu também sofri um acidente na estrada, no interior que eu trabalhava no PSF, depois disso eu fiquei com pânico de dirigir em estrada e foi exatamente quando eu fui aprovada nesse concurso [...].

Os profissionais de saúde, em seu cotidiano, estão expostos a situações que causam desgaste físico, mental e emocional. Constantemente eles sofrem com as pressões da gestão, da comunidade, dos colegas de trabalho, e as mulheres ainda sofrem as pressões da família (marido, filhos, pais, irmãos). Pelos seus discursos, percebe-se que eles se sentem responsáveis pela promoção da saúde de todos os que estão em volta, porém negligenciam sua própria saúde.

Farias (2005) ainda acrescenta que para se alcançar o ideário do SUS, é necessário que haja preocupação igual com a saúde dos usuários e trabalhadores, pois estes são “os verdadeiros operadores da política de saúde”, mas também são cidadãos, e como tais, têm o direito de receber cuidados e ser acolhidos em seu sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há dois anos realizamos uma pesquisa em que foram identificados profissionais da ESF de João Pessoa-PB com risco para depressão e ansiedade. Neste estudo, identificamos quais trabalhadores, dentre os que se encontravam em situação de risco, sofreram um processo de adoecimento mental, bem como o que causou este adoecimento. Entre os trabalhadores que não adoeceram, investigamos que estratégias foram usadas para evitar o adoecimento e quais as práticas de cuidados com a saúde desenvolvidas por esses profissionais no seu cotidiano.

O trabalho na ESF do município de João Pessoa-PB foi relatado pelos profissionais como o principal causador do sofrimento psíquico, devido a problemas tanto de infra-estrutura, como local inapropriado para atendimento, ambientes abafados, bem como na organização do trabalho: aumento de cobrança do gestor, falta de funcionários, sobrecarregando os outros, desenvolvimento de múltiplas atividades, dificuldades de relacionamento entre os membros da equipe.

O processo de trabalho desgastante não foi o único responsável pelo sofrimento psíquico dos profissionais. Também foram relatadas as dificuldades de convivência, enfrentamento de adoecimento e perda no meio familiar, como fatores de desgaste psíquico.

Para tentar amenizar o sofrimento psíquico, os trabalhadores vivenciam situações geradoras de prazer, como por exemplo, ir à praia, à igreja, sair com os amigos, que reduzem o sofrimento, contudo não modificam a situação causadora. Como estratégia defensiva, foi relatada a mobilização coletiva, através da reclamação e luta por melhores condições de trabalho.

Reconhecemos que é preocupante a negligência com a saúde dos trabalhadores por eles e também pelos gestores, pois é através deles que a política de saúde ganha vida e concretiza-se no cotidiano dos cidadãos brasileiros. Assim, podemos dizer que a saúde dos usuários dos serviços do município está sendo construída sobre a saúde dos trabalhadores.

O município de João Pessoa ainda é incipiente em estratégias para a promoção da saúde dos trabalhadores. Apesar de existir no município Terapeutas Comunitários e outros profissionais que trabalham na recuperação da auto-estima

usando as técnicas vivenciadas do curso “Cuidando do Cuidador”, não há incentivos, nem oferta suficiente para os profissionais das ESF.

Assim, é essencial o incentivo à promoção da saúde dos trabalhadores dentro e fora dos locais de trabalho, onde exista a possibilidade de desenvolver tarefas que proporcionem o bem-estar do trabalhador, o que acarretará em melhoria de atendimento prestado aos usuários.

É inegável a necessidade urgente de formação adequada de profissionais, de acordo com as ideias do que seja uma ESF. Porém, mais do que formar, é indispensável despertar nos trabalhadores o compromisso de assumir a verdadeira proposta. Para tanto, é imprescindível que sejam oferecidas condições aos trabalhadores para que possam atender às necessidades dos usuários, obedecendo, assim, aos princípios do SUS colocados na Constituição de 1988.

A prevenção do sofrimento mental requer uma ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e da vigilância. O atendimento ao trabalhador em situação de sofrimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho. Para tanto, é necessário qualificar estes profissionais para o atendimento ao trabalhador com sofrimento, inclusive estimulando a criatividade e a iniciativa para superar as dificuldades que serão enfrentadas.

A preocupação com a saúde mental dos trabalhadores da ESF vem aumentando a cada dia, pois já existem inúmeros estudos mostrando a influência do trabalho no desgaste psíquico desses trabalhadores. Contudo, ainda há muito o que se descobrir, uma vez que o processo de adoecimento é multifatorial e dinâmico. Assim sendo, é necessário, ainda, o incentivo à realização de pesquisas nessa área que forneçam subsídios importantes no planejamento de uma Política de Saúde do Trabalhador eficaz, contando, inclusive com a participação dos trabalhadores na elaboração dessas políticas.

Esperamos que o estudo funcione como alerta aos gestores sobre a real situação de saúde dos trabalhadores da ESF, atentando, principalmente, sobre a importância da existência de fóruns de discussão onde os trabalhadores possam

colocar suas dificuldades e necessidades. Assim é possível evitar que o trabalho se torne fonte de alienação e despersonalização e continue sendo uma forma de desenvolvimento pessoal e social.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e centralidade no mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

_____. **Os sentidos do trabalho.** Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Boitempo editorial, 2001.

ARAÚJO, M. D.; BUSNARDO, E. A.; MARCHIORI, F. M.; LIMA, M. F.; ENDLICH, T. M. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Espírito Santo, vol. 5, 2002. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpst/v5/v5a04.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2008.

AZAMBUJA, E. P., *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, Jan-Mar; v. 16, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a09v16n1.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2008.

BALLONE G. J.; ORTOLANI I. V. **A família faz bem ou mal à saúde mental?** PsiqWeb, revisto em 2005. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 03 jan. 2010.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. **Rev Bras Epidemiol.** 2005; 8(1): 7-17. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2005000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 dez. 2009.

BARRETO, A. **Manual do terapeuta comunitário.** Departamento de Saúde Comunitária -UFC: Ceará, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica:** Programa de Saúde da Família. Caderno 1. Brasília: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica:** Saúde do Trabalhador. Caderno 5. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho.** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2001.

BORGES, Zilma. O significado do trabalho. Uma reflexão sobre a institucionalização do trabalho na empresa integrada e flexível. **eGesta**, v. 3, n. 1, jan.-mar./2007, p. 121-143.

BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. A saúde da mulher trabalhadora. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento Psíquico nas organizações:** saúde mental e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CAMARGO, Brígido Vizeu. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. (páginas 511 a 539). In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, 2005. 603 p.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Rev.enferm.UERJ**. Out.-dez. 2007. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-3552&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2008.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**. Uma proposta para os profissionais de saúde. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CARMO, P. S. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 2005.

CARREIRO, G. S. P. **Identificação de risco para adoecimento mental em profissionais de unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB**. 2007. 76p. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal da Paraíba, 2007.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J.; ALVES, M. D. S.; ORIÁ, M. O. B. Estilo de vida e saúde mental: estudo de caso com enfermeiros. **R Enferm UERJ**, 2005; 13:199-03.

D'ÁVILA, M. L. S. I.; KUSTER, M. F. C.; GIOVANNETTI, M. O. **Quando a saúde adoece: situação de saúde mental dos servidores da secretaria da saúde do município de Curitiba**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador)- Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba, 2005.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho** São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho de psicopatologia do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho; tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira**. 5. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez - Oboré, 2003.

ECHTERNACHT, Eliza Helena de Oliveira. Alguns Elementos para a Reflexão sobre as relações entre Saúde e Trabalho no Brasil. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, vol. 2, n., 2, p. 85-89, abr-jun, 2004.

FARIAS, A. F. M. R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador da saúde da família em Campina Grande**. Campina Grande, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande, PB.

FEUERWERKER, L. C. M.; LIMA, V. V. **Os paradigmas da atenção à saúde e a formação de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, 2002.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. **Ecologia, Epidemiologia e Sociedade**. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 720 p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: MERHY, E. E. *et al*; **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 55-124.

FROMM, Erich. **Conceito marxista do homem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

FUKUI, L. **Terapia comunitária e o conceito de comunidade**: uma contribuição da sociologia. Disponível em: <<http://www.usp.br/nemge/artigo-lia.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GLINA, D. M. R. *et al*. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 02 nov. 2009.

GOMES, Luciana. **Trabalho multifacetado de professores/as**: a saúde entre limites. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2002. 123 p.

GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 novembro-dezembro; 13(6):989-95. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 03 jan. 2010.

HALLACK, F. S.; SILVA, C. O. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, 2005, set/dez: 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a11v17n3.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2008.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1463-1472, 2009.

LAUTERT, Liana. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul. 1999.

LUCAS, A. C. S. *et al*. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3):663-671, mar, 2006.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. **Estudos de Psicologia** 12 (1), 79-85, 2007.

MARTINS, Maria da Conceição de Almeida. Fatores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. **Rev. Educação, ciência e tecnologia**. 2004. Disponível em: <http://saudeetrabalho.com.br/download_2/factores-risco.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2006.

MARCO, P. F.; CÏTERO, V. A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **J Bras Psiquiatr**. 2008;57(3):178-183.

MARQUARDT, Andressa Ramires Pires. **Uso de medicamentos psicotrópicos por profissionais da área de saúde do município de Baixo Guandu**. (Especialização em Saúde Coletiva) - Faculdade de Tecnologia FAESA, CET-FAESA, Espírito Santo, 2008.

MATTA, Patrícia Helena Duarte. **O trabalho em saúde mental: acolhendo a crise do cuidador**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Programa de Aprimoramento em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M.; FERNANDES, S. M. B. A.; VERAS, V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8/_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 01 ago. 2007.

MENDES, A. M.; COSTA, V. P.; BARROS, P. C. R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Rev. Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/Artigo%204%20-%20V3N1.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2008.

MERLO, A. R. C., LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: Reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**; 19 (1): 61-68; jan/abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1822007000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 mar. 2009.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 15-36.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L., CARVALHO, F. M., BONFIM, T. A. S., CIRINO, C. A. S., FERREIRA, I. S. Condições de Trabalho e Saúde dos Médicos em Salvador. **Rev Assoc Med Bras**. Salvador, n.52, v.2, 2006.

NEVES, José Luís. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2009.

NÓBREGA, Jane Suely de Melo. **Perfil dos profissionais nas equipes do programa saúde da família em Macaíba/RN**. 2005. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoRelato.php?codigo=291>. Acesso em: 01 ago. 2007.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v. 6, n. 10, p. 91-93, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte. v. 1, n.1. p.58-68. Jul-Set. 2003.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5ªed. São Paulo: Hucitec, 2003.

OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Rev. bras. enferm.** v.59, n.1 Brasília Jan./Feb. 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100019&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10**. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000, 1191p.

OPS/OMS. **Trabalhando juntos pela saúde. Relatório Mundial da Saúde 2006**. Paris: OMS, 2006.

PASCOAL, F. S. **Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde da estratégia saúde da família: risco de adoecimento mental**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa, PB.

PENIDO, Laís de Oliveira. **A saúde mental no trabalho: reconhecimento legal e desconhecimento fático**. In: 5º Congresso Brasileiro de Segurança e Saúde no Trabalho, 2004, São Paulo. *Jornal do 5º Congresso Brasileiro de Segurança e Saúde no Trabalho*, 2004. p. 31-32.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2 Mar/Apr. 2004.

RIGOTTO, R. M. Investigando a relação entre saúde e trabalho. In: ROCHA, L. E. RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994.

ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994.

ROCHA, I. A. *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. bras. enferm.** 62(5): 687-694, 2009.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SELIGMANN-SILVA, E. Uma história de crise de nervos: saúde mental e trabalho. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** São Paulo: Vozes, 1994.

SENNA, M. C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.18, 2002.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(5):921-9.

SOUSA, Maria Fátima (org). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2002.

SOUSA, Maria Fátima. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva,** 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

TEIXEIRA, Sueli. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.,** Belo Horizonte, v.46, n.76, p.27-44, jul./dez.2007.

TOMA, B., DUFOUR, B., SANAA, M. **Epidemiologia aplicada.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica:** Conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. 836p.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 14(2):429-435, abr-jun, 1998

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface (Botucatu),** Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2010. DOI: 10.1590/S1414-32832005000200007.

VIEIRA, A. B. D.; ALVES, E. D.; KAMADA, I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, Jan-Mar; 16(1): 15-25, 2007.

WIECZYNSKI, M. M. **O sofrimento humano nas organizações na ótica da psicopatologia do trabalho:** uma questão para o serviço social. Disponível em: <www.portalsocial.ufsc.br>. Florianópolis, 2001. Acesso em: 12 fev. 2008.

ANEXOS

**ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**


C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 53ª Reunião Ordinária realizada em 04.05.09, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: **A Saúde Mental dos Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família: Estratégias de Prevenção do Sofrimento** da pesquisadora responsável **Gisele Santana Pereira Carreiro**.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 05 de Maio 2009.


Vânia Cátia Maranhão Trindade
Coordenadora do CEP-SES/PB

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA: PARTE 1

Questionário de identificação

Nome:

Idade: Sexo: Estado civil:

Grau de escolaridade: Religião:

Profissão: Ocupação:

USF: Tempo de trabalho na ESF:

Renda Mensal (Salário Mínimo):

Nestes últimos dois anos, você sofreu de transtorno da ansiedade ou depressão?

() sim () não

Teve algum outro tipo de doença? () sim () não

Qual? _____

Procurou o médico, ou outro profissional para pedir ajuda? () sim () não

Quem diagnosticou? _____

Fez algum tipo de tratamento? () sim () não

Qual? _____

Chegou a tomar medicamentos? () sim () não

Quais? _____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista 01 - Para os que adoeceram

01. Na sua percepção, o que foi que contribuiu para esse adoecimento?

02. Que cuidados você tem adotado para melhorar sua saúde mental?

03. Nesses últimos meses, você tem consumido álcool ou aumentado o consumo?

04. Você tem participado de movimentos coletivos ou reclamado por melhores condições de trabalho?

05. O que você faz quando está insatisfeito?

06. Gostaria de fazer algum comentário sobre sua saúde?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista 02 - Para os que não adoeceram

01. O que você fez para não adoecer?

02. Que práticas de auto-cuidado você tem desenvolvido para melhorar sua saúde?

03. De que formas estas práticas ajudam na melhoria da sua saúde?

04. Nesses últimos meses, você tem consumido álcool ou aumentado o consumo?

05. Você tem participado de movimentos coletivos ou reclamado por melhores condições de trabalho?

06. O que você faz quando está insatisfeito?

07. Como é que você lida com os fatores estressantes?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA ESF DE JOÃO PESSOA-PB: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO ADOECIMENTO, tem por objetivos identificar os profissionais que apresentaram o risco para depressão e ansiedade e que desenvolveram alguma forma de adoecimento; investigar entre os profissionais que adoeceram os fatores predisponentes; evidenciar as práticas de auto-cuidado utilizadas pelos trabalhadores para evitar o adoecimento mental.

Os dados serão coletados através de um questionário de identificação, elaborado para fins deste estudo e utilizando-se a técnica de entrevista semi-estruturada, de acordo com os roteiros propostos, sendo que as respostas serão gravadas.

Sua contribuição neste estudo consiste em responder às perguntas dos questionários, que serão aplicados de acordo com sua disponibilidade a fim de obter informações necessárias para a elaboração desta pesquisa. Nenhum dos procedimentos oferece risco à sua dignidade.

Esta pesquisa segue de acordo com o que rege a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa com seres humanos, garantindo ao participante esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa, a liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento, a segurança que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação.

Solicito sua autorização para apresentação dos resultados obtidos neste estudo em eventos científicos e publicações em revista ou outros veículos de comunicação.

A pesquisadora agradece sua colaboração e a confiança depositada. E estará à sua disposição para qualquer esclarecimento em qualquer etapa da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Consentimento Livre e esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu desejo em participar da pesquisa

João Pessoa, _____/_____/_____

Participante da pesquisa

Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Orientadora da pesquisa
Email: marfilha@yahoo.com.br

Gisele Santana Pereira Carreiro
Discente do PPGENF
Email: giselespc@yahoo.com.br