

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**ILMD** INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

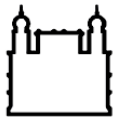
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES**  
**DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**ANNE KARINA PEREIRA DE ANDRADE**

**SAÚDE, SUBJETIVIDADE E TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA FLUVIAL NO INTERIOR DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE**  
**DEJOURIANA**

**MANAUS – AM**

**2017**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD**

INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
FioCruz Amazônia

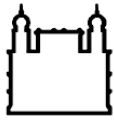
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES**  
**DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**ANNE KARINA PEREIRA DE ANDRADE**

**SAÚDE, SUBJETIVIDADE E TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA FLUVIAL NO INTERIOR DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE**  
**DEJOURIANA**

**MANAUS – AM**

**2017**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD** INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES**  
**DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**ANNE KARINA PEREIRA DE ANDRADE**

**SAÚDE, SUBJETIVIDADE E TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA FLUVIAL NO INTERIOR DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE**  
**DEJOURIANA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde-Doença-Cuidado na Amazônia.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia de Moura Pontes**

**MANAUS – AM**

**2017**

Ficha Catalográfica

**Seção Biblioteca Dr. Antonio Levino da Silva Neto**

A553s

Andrade, Anne Karina Pereira de.

Saúde, subjetividade e trabalho na Estratégia Saúde da Família Fluvial no interior do Amazonas: uma análise Dejouriana.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, 2017)

85 f.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia de Moura Pontes.

1. Saúde pública 2. Saúde da família 2. Psicodinâmica do trabalho

I. Título

CDU 159.9:613.6(811.3) (043.3)

CDD 363.11098113

22. ed.

**ANNE KARINA PEREIRA DE ANDRADE**

**SAÚDE, SUBJETIVIDADE E TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA FLUVIAL NO INTERIOR DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE  
DEJOURIANA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde-Doença-Cuidado na Amazônia.

**Aprovada em:** 19 de dezembro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia de Moura Pontes - Orientador

Fundação Oswaldo Cruz – IOC/FIOCRUZ

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosangela Dutra de Moraes- Membro

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana Cristina Pereira Parente - Membro

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Pesquisa realizada no âmbito do Projeto: **Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas**; financiado pelo **CNPq, Edital Universal**, Processo No. **407944/2016-8**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família Fluvial que exercem seu trabalho com amor e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus em sua infinita misericórdia que me ajudou em todo esse processo desafiador, angustiante e de grande aprendizado. “Porque dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente”. Amém. Rm 11:36.

Quero agradecer a minha orientadora Ana Lúcia de Moura Pontes por toda a paciência e por ter me ajudado, ensinado e auxiliado em todo esse período, compreendendo as minhas dificuldades e limitações. As professoras Rosangela Dutra de Moraes e Rosana Cristina Pereira Parente que aceitaram participar da banca de avaliação.

Agradeço ao Instituto Leônidas e Maria Deane- FIOCRUZ Amazônia, que sempre nos auxiliou e procurou ajudar em todas as situações, permitindo um tempo maior para a realização da pesquisa.

Agradeço a meus pais e familiares por terem me apoiado e acreditado em mim, sempre torcendo pelo meu sucesso.

Aos meus amigos que me incentivaram a continuar e que serviram de grande apoio. Aos colegas de turma do PPGVIDA, turma esta que foi maravilhosa, as Bunitas que me apoiaram e que ouviram todas as minhas lamúrias, especialmente minha grande amiga Josiara Reis, que se não fosse correndo fazer minha inscrição não teria sido possível a realização desse trabalho.

A minha amiga Karina que me apoiou em todos os momentos, ao meu GA que sempre esteve preocupado comigo e sempre em amor e oração. E ao meu amigo Uzi Suwa que me ajudou na revisão, obrigada amigo!



**“O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra.”**

**Aristóteles**

## RESUMO

A Saúde do Trabalhador tem se mostrado como um campo fértil de pesquisas que estabelecem a relação de saúde-trabalho e adoecimento. A degradação do trabalho, o acúmulo de funções e o descumprimento dos regulamentos de proteção à saúde, trouxeram o risco de doenças em decorrência da crescente deterioração das condições de trabalho. Este estudo teve como objetivo discutir a saúde dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família Fluvial que exercem sua atividade com populações rurais ribeirinhas no município de Manaus e/ou Novo Airão- AM, a partir da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, teoria de Christophe Dejours (2015) pretendeu-se fazer uma análise que possibilita a percepção de que o trabalho pode ou não ser propiciador de saúde ou doença. Como metodologia de pesquisa optamos pela abordagem qualitativa e como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Foram entrevistados 08 profissionais de duas equipes da ESF Fluvial, o roteiro de entrevista consistiu em questões referentes ao prazer e sofrimento na realização do trabalho, reconhecimento, estratégias defensivas da profissão, organização do trabalho, relações interpessoais e a relação saúde-adoecimento e contou com a participação dos profissionais das ESF Fluviais que atuam nas localidades citadas. Os resultados apresentaram que o trabalho das equipes se apresenta de modo diferenciado em comparação as atividades realizadas nas unidades básicas de saúde da zona urbana, realizando atendimentos de urgência e que extrapolam o horário padrão de funcionamento. Nas condições de trabalho das equipes fluviais percebe-se que há dificuldades em lidar com a situação socioeconômica das comunidades, falhas na estrutura do barco e falta de comunicação externa no período embarcado, que desencadeiam situações de sofrimento e para se proteger utilizam estratégias como negação do tempo e cooperação nos relacionamentos interpessoais da equipe multiprofissional como forma de subversão ao sofrimento, entretanto a equipe também apresentou vivências de prazer em relação ao trabalho na ESF Fluvial, expressando satisfação ao se trabalhar com os ribeirinhos apesar das dificuldades. A partir dos resultados alcançados se pode contribuir para subsidiar futuras discussões sobre a formulação de políticas de saúde do trabalhador da atenção primária em áreas rurais na Amazônia, principalmente nas especificidades da relação entre processo de trabalho e sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Saúde e Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Psicodinâmica do Trabalho.

## **ABSTRACT**

Occupational Health has been shown as a fertile field of research that establishes the health-work relationship and illness. The degradation of work, the accumulation of functions and the failure to comply with health protection regulations, brought the risk of diseases due to the growing deterioration of working conditions. The purpose of this study was to discuss the health of workers in Fluvial Family Health Teams who work with rural populations in the municipality of Manaus and Novo Airão-AM, from the perspective of Work Psychodynamics, which allows the perception of that work may or may not be conducive to health or illness. As a research methodology we opted for the qualitative approach and as a data collection instrument the semi-structured interview was used. Eight Fluent ESF professionals were interviewed. The interview script consisted of questions related to pleasure and suffering in the accomplishment of work, recognition, defensive strategies of the profession, work organization, interpersonal relations and the health-illness relationship, and will include the participation of professionals of the riverside FHEs that work in the mentioned places. The results showed that the actual work of the teams shows a discrepancy in the prescribed workload, in the working conditions it is noticed that there are difficulties in dealing with the socioeconomic situation of the communities, structural failures and lack of communication during the embarked period, which trigger situations of suffering, in order to protect themselves they use strategies such as denial of time and support in the interpersonal relationships of the multiprofessional team, however the team was satisfied to work in the Fluvial ESF, with high resolution of basic care in the communities it serves. Based on the results achieved, it can contribute to further discussions on the formulation of health policies of the primary care worker in rural areas in the Amazon, especially in the specificities of the relationship between work process and psychic suffering.

**Keywords:** Health and Work; Family Health Strategy; Psychodynamics of Work.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1.** Mapa da área das comunidades atendidas pela ESF Fluvial no baixo Rio Negro.....46
- Figura 2.** Planta do Barco da Unidade de Saúde Fluvial.....46

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I- Introdução acerca da temática das relações entre trabalho e subjetividade .....</b>	<b>13</b>
1.1 INTRODUÇÃO .....	13
1.2 JUSTIFICATIVA .....	16
1.3 OBJETIVOS .....	19
<b>CAPÍTULO II- Trabalho, saúde e subjetividade .....</b>	<b>20</b>
2.1 RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO .....	20
2.2 CONSTITUIÇÃO DO CAMPO E DAS POLÍTICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR .....	22
2.2 SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE .....	29
2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE .....	32
<b>CAPÍTULO III- Psicodinâmica do trabalho .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO IV- Materiais e métodos .....</b>	<b>44</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	44
4.2 TÉCNICAS DE PESQUISA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3 PARTICIPANTES .....	46
4.4 DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO .....	46
4.5 PROCEDIMENTOS .....	48
4.6 PLANO DE ANÁLISE .....	48
4.7 FASES DA ANÁLISE DOS DADOS .....	50
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	51
<b>CAPÍTULO V- Resultados e Discussão: Trabalho e subjetividade a partir da fala dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família Fluvial .....</b>	<b>52</b>
5.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO .....	52
5.1.1 Rotina de trabalho .....	52
5.1.2 Condições e Organização do trabalho .....	55
5.1.3 Sofrimento, prazer e estratégias defensivas .....	58
5.1.4 Reconhecimento .....	62
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>78</b>
ANEXO A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	78
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	80
ANEXO C- Folha de Aprovação do Comitê De Ética .....	83

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho faz parte do “**Projeto de Pesquisa Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, no estado do Amazonas**”, coordenado pela Dra. Luiza Garnelo Pereira (ILMD/Fiocruz) (Pereira et al., 2016). Este tem como interesse verificar quais são as estratégias de operacionalização, funcionamento, acesso funcional e geográfico referentes aos serviços de saúde disponibilizados na área rural do município de Manaus e Novo Airão.

Esta dissertação de mestrado está assim dividida em 5 capítulos: I- Introdução acerca da temática das relações entre trabalho e subjetividade, Justificativa para a realização da pesquisa e os Objetivos alcançados; II- Trabalho, Saúde e Subjetividade que aborda as relações entre trabalho e saúde, o campo da saúde do trabalhador, Saúde e Subjetividade; III- Psicodinâmica do Trabalho que é a teoria utilizada para a análise dos discursos; IV- Materiais e Métodos para a execução da pesquisa; V- Resultados e Discussões dos dados coletados relacionados a teoria de análise e Considerações finais.

## CAPÍTULO I- Introdução acerca da temática das relações entre trabalho e subjetividade

### 1.1 INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, o trabalho tem assumido diversos sentidos, oferecendo aos trabalhadores condições tanto emancipatórias quanto escravizantes. A partir da racionalidade econômica, o psíquico tem se envolvido na trama da dominação social, prevalecendo a sujeição do trabalhador ao invés da resistência e emancipação. Assim, o trabalho pode causar modificações nos trabalhadores, tanto no nível corporal quanto no psíquico, passou-se então a associar a relação da saúde com o trabalho (MENDES, 2011).

Autores como Dejours (1992) passaram a discutir o trabalho como fonte de nocividade para a vida mental, apresentando a luta dos trabalhadores pela sobrevivência, em contraponto ao excesso de duração do trabalho, a luta pela saúde do corpo face às condições laborais e ao sofrimento mental advindo da organização do trabalho. Entretanto o autor traz a discussão que o trabalho também pode ser uma via de prazer, quando o trabalhador consegue se reorganizar mediante a organização do trabalho e transformar o sofrimento.

A psicanálise presta grande contribuição a esta teoria, uma vez que esta, mediante a relação do sujeito com o trabalho e a relação social entre os sujeitos e o trabalho, busca compreender a dimensão da atividade laboral no campo da subjetividade e da intersubjetividade, construídas no estabelecimento das relações entre os sujeitos. As teorias da pulsão e da sublimação<sup>1</sup> são fundamentais para se compreender como o sujeito se mobiliza mediante a sua relação com o trabalho, a maneira como realiza sua tarefa, a resistência e o esforço empregado; fatores que estão presentes e descrevem a organização do trabalho.

A partir dessa perspectiva é que pretendemos desenvolver essa pesquisa, tendo em vista que o trabalhador, no contexto atual, tem experimentado profundas mudanças políticas, econômicas e sociais. A Saúde do Trabalhador tem se mostrado como um campo fértil de pesquisas que estabelecem a relação de saúde-trabalho e adoecimento. Esse campo de práticas

---

<sup>1</sup>Formuladas por Sigmund Freud (1905), na literatura psicanalítica, a *sublimação* é considerada como um mecanismo ou um modo de defesa contra as *pulsões*. A *sublimação* de uma *pulsão* implica que esta possa se satisfazer com os objetos de substituição e também que uma satisfação imaginária ou simbólica possa se igualar com uma satisfação real.

e conhecimentos busca conhecer e intervir nesse processo, tendo evidenciado o sofrer, adoecer e morrer das classes e grupos sociais nos processos laborais (LACAZ, 2007).

No Brasil, a problemática da Saúde do Trabalhador tem se apresentado como um problema de saúde pública nas últimas décadas. A degradação do trabalho, o acúmulo de funções e o descumprimento dos regulamentos de proteção à saúde, trouxeram o risco de doenças em decorrência da crescente deterioração das condições de trabalho. As distintas características regionais e as contínuas mudanças que se processam no mundo do trabalho têm múltiplos efeitos sobre a saúde e configuram perfis epidemiológicos mutantes na população trabalhadora (FILHO, 2004).

Na década de 50 teve início a produção científica na área de Saúde do Trabalhador no Brasil, sob a forma de teses e dissertações em programas de pós-graduação. No bojo das pesquisas sobre doenças infecciosas, apresentou crescimento geométrico nas décadas seguintes, impulsionada pelo desenvolvimento de mais programas de pós-graduação quadruplicando a cada década (SANTANA, 2006).

Entretanto ainda há uma necessidade de pesquisas dentro do campo da Saúde do Trabalhador sendo importante que mais estudos sejam desenvolvidos, neste caso, especificamente da relação trabalho, saúde e subjetividade, que contribua para a maior caracterização desse eixo.

A saúde do trabalhador apresenta-se como um campo interdisciplinar, possuindo um conjunto de disciplinas para se explicar os aspectos sócio históricos e teórico-metodológicos possuindo várias vertentes, como: a medicina do trabalho, a saúde ocupacional, a sociologia, epidemiologia, psicologia e etc. Essa pesquisa se situa na temática saúde, trabalho e subjetividade, a partir do olhar da teoria da Psicodinâmica do trabalho, buscou-se compreender a dinâmica prazer-sofrimento de profissionais da unidade de saúde da família.

Essa dissertação de mestrado se propôs a analisar as condições e organização de trabalho as quais os trabalhadores das Equipes Fluviais de Saúde da Família de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão estão submetidas e suas implicações na saúde. Essa investigação foi realizada a partir da psicodinâmica do trabalho, com ênfase nas dimensões referentes a relação prazer e sofrimento (DEJOURS,1992). Os resultados alcançados por nossa pesquisa poderão contribuir para subsidiar futuras discussões sobre a formulação de políticas de saúde



do trabalhador da atenção primária em áreas rurais na Amazônia, principalmente nas especificidades da relação entre processo de trabalho e sofrimento psíquico.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa, parte da discussão acerca da dinâmica atual de trabalho das Equipes de Saúde da Família fluvial que atuam na área rural ribeirinha de Manaus e Novo Airão. Tendo em vista que se pode estabelecer a relação entre saúde e trabalho é importante discutir como o trabalho dessas equipes está organizado e que tais condições têm gerado sofrimento psíquico para esses trabalhadores, o que pode acarretar consequências para a qualidade da atenção ofertada.

Há ainda poucos estudos relacionando saúde do trabalhador e subjetividade na área rural ribeirinha, a carência de condições adequadas de trabalho, recursos materiais e humanos indicam que devem estar gerando sofrimento físico e psíquico a estes trabalhadores. Devemos ressaltar que há uma maior vulnerabilidade em áreas rurais. O projeto do qual essa pesquisa faz parte tem como objetivo mapear essas condições em que se encontram essas comunidades e qualidade dos serviços ofertados na região.

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de ações de saúde desenvolvidas no campo individual e coletivo, nos quais envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Por meio do trabalho em equipe, pode-se atuar através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas que estão voltadas a populações de territórios específicos, os quais tem responsabilidade sanitária, levando em consideração as necessidades e especificidades das populações de acordo com o local em que estas habitam (TANAKA, 2011).

A Atenção Básica deve ser um espaço que permita a construção de um sistema de saúde humanizado, considerando as relações interpessoais e o modo de ser e viver das comunidades, em busca de melhor qualidade de vida, respeitando o espaço-território no qual está inserido. (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo reorganizar a Atenção Primária, atravessa vários desafios no país para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Esta se configura pela atuação no território através do diagnóstico situacional e pelo enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao

longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania (STARFIELD, 2002).

Estudos (Bastos-Ramos, Santana e Ferrite, 2015; Favoreto e Camargo Jr, 2002; Ribeiro, Pires e Blank, 2004) citam os desafios enfrentados pelas ESF no país. O programa apresenta desempenho diferente em contexto urbano e rural, visto que a distância, o tamanho do território e a população tornam-se como fatores limitantes no desempenho das ações. Embora as condições políticas sejam favoráveis, o ESF não está positivamente a favor da população rural, visto que ainda não foram vencidas as barreiras limitantes de territorialização. Alguns fatores contribuem para essa problemática, como burocratização dos serviços, unidades locais improvisadas, equipe com sobrecarga de trabalho, falta de integração do ESF com outros programas municipais (OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011).

Favoreto e Camargo Jr (2002) destacam problemas como condições físicas precárias das unidades, carências de recursos materiais como equipamentos e medicamentos, despreparo e qualificação insuficiente dos médicos, dificuldades na referência e contra referência nos serviços, precariedade nas redes de saúde, inadequação na formação de equipes que atendam as especificidades das populações em áreas adscritas.

Nesse sentido, a Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do nosso processo de construção social da saúde que tem avançado pontualmente, mediante gradativas acumulações e superposição de experiências que contemplam os enfoques das Ações Programáticas de Saúde, Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida e das concepções da Atenção Primária e da Atenção Básica (GIL, 2006).

O Brasil é um país de grande extensão territorial e apresenta uma grande diversidade geográfica e populacional, tendo a necessidade que se desenvolva modelos e lógicas diferenciadas na organização de serviços de saúde, para que populações vulneráveis tenham acesso por estarem distantes dos grandes centros urbanos.

No contexto rural devido à distância geográfica, as unidades de saúde enfrentam a precariedade nos serviços, que limitam o acesso, a oferta, a regularidade e a qualidade, nas ações de atenção básica, sendo necessário que se compreenda a realidade na qual esses serviços são prestados e como estão sendo realizados nesses locais. A implementação de políticas de saúde na maioria das vezes, está pautada na adoção de modelos unificados focados em

populações urbanas, desconsiderando assim diferenças regionais na criação de políticas públicas. (BAPTISTINI; FIGUEREDO, 2014).

De acordo com Starfield (2002) o sistema de saúde deve possuir como metas principais investir no avançado conhecimento sobre a causa, manejo das doenças e maximização da saúde da população e diminuir as disparidades entre subgrupos populacionais, para que estes não fiquem em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e possuam um nível elevado de saúde.

A pesquisa buscou analisar as condições de trabalho no contexto da expansão política de atenção primária em áreas rurais próximas do município de Manaus. Diante dos problemas citados na organização do trabalho das ESF, apresenta-se um cenário propício a diversos questionamentos, entra no debate a relação saúde-adoecimento, o reconhecimento do trabalho das equipes, a carga de trabalho e relacionamento da equipe multidisciplinar de saúde, como trabalhar com diferentes perspectivas em relação à organização do trabalho, e a partir de que referencial de saúde deve-se partir como transformar o espaço em produção de saúde.

A utilização de instrumentos teórico-metodológicos é necessária para se verificar essa realidade. Para essa pesquisa foi utilizada a Psicodinâmica do Trabalho, que possibilita a percepção de que o trabalho pode ou não ser propiciador de saúde ou doença. Portanto é relevante utilizar os pressupostos teóricos dessa abordagem científica na análise do trabalho dessas equipes, na tentativa de responder questões referentes à situação em que esses sujeitos desempenham sua função, ou seja, em que condições estes profissionais trabalham, de que forma estão organizados, se o trabalho é desgastante, implicando assim na saúde desses sujeitos, e como eles se percebem e são percebidos em sua profissão.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Compreender a relação saúde, subjetividade e trabalho a partir dos discursos de profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos municípios de Manaus e Novo Airão/AM através das suas experiências subjetivas e as estratégias utilizadas para lidar com o sofrimento, sob a perspectiva da teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

### **Objetivos específicos**

1. Analisar os discursos dos profissionais de saúde das ESFF sobre suas vivências subjetivas no cotidiano do trabalho a fim de identificar as experiências produtoras de prazer e sofrimento/adoecimento e as estratégias defensivas utilizadas;
2. Discutir as relações entre as condições e a organização do trabalho no cotidiano das ESFF com a vivência de prazer-sofrimento e as estratégias defensivas dos trabalhadores;

## CAPÍTULO II- Trabalho, saúde e subjetividade

### 2.1 RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO

O trabalho configura-se como elemento central na vida do ser humano, viabiliza o seu sustento, estimula sua capacidade criadora e transformadora da natureza e dá sentido à sua identidade. Segundo Albornoz (1986) a palavra trabalho apresenta diversos significados, muitas vezes atrelados à dor, emoção, tortura, fadiga, entre outros. É o que nos diferencia dos animais e um dos fatores que nos identifica como ser social. Na sua relação com o trabalho, o homem atravessou diferentes processos econômicos. Nos estágios iniciais, o trabalho era ligado à economia de subsistência. Era um esforço apenas complementar ao trabalho da natureza, as comunidades eram regidas por um sistema religioso e familiar, nesse período passaram a desenvolver a agricultura.

Na Grécia antiga séc. V, conforme Arendt (2007) o trabalho para o *homem faber* era extrair da natureza e fabricar os objetos de uso, que possuíam durabilidade, na qual ele utilizava da intelectualidade e criava até as obras de arte (*poiésis*). Já o labor estava ligado às necessidades biológicas humanas, para a manutenção da vida. O trabalho braçal era desenvolvido por escravos, onde *laborar* significava ser escravizado pela necessidade, o escravo era responsável pelo seu sustento e do seu senhor. Os gregos os tentavam excluir das condições da vida humana, pois era considerado inumano tudo o que os homens tinham em comum com outras formas de vida animal.

No período a partir dos séculos V a XV as mudanças ocorreram a partir da criação do sistema de plantio surge a noção de propriedade, passa-se a produzir excedentes tanto na criação de animais quanto na agricultura, propiciando condições para a existência de uma classe social. O comércio se intensifica e da primitiva troca em espécies passa-se ao comércio mediado pela moeda. A classe social burguesa que então se estabeleceu, posteriormente tem a ideia de aplicar à produção os conhecimentos sobre a natureza e os fenômenos físicos (ALBORNOS, 1986).

Ainda vivendo um modelo feudal de Idade Média, mas com um crescente movimento de urbanização, a Inglaterra inicia a moderna industrialização, e as fábricas se instalaram principalmente nos aglomerados urbanos. O trabalho artesanal, onde o homem era detentor de todo o processo, dá lugar a um processo industrial com profundas modificações sociais (FRIAS JUNIOR, 1999. p.135).

O trabalho passou a ser associado com produtividade na Idade Moderna, início no século XX ao processo de industrialização com o surgimento das fábricas. A primeira invenção é a da máquina a vapor, caracterizando a primeira revolução tecnológica do século XVIII. A segunda trata-se do uso da eletricidade e a automação representa o último estágio recente da evolução tecnológica: a invenção do computador, a Revolução Industrial do século XX, ou a Terceira Revolução Industrial (ALBORNOZ, 1986).

O ambiente das fábricas apresentava condições desumanas nas quais o trabalhador foi submetido ao esgotamento de sua força de trabalho, prejudicando a manutenção e sobrevivência do próprio processo de produção capitalista, acarretando danos à saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Nesse contexto surgiram as teorias científicas do trabalho para mostrar que ele poderia ser organizado e dividido para aumentar a produção. No final do século XIX, o engenheiro americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915), percebeu que se podiam produzir muito mais bens e muito mais serviços com menos trabalho se as fábricas, instituições e quaisquer atividades coletivas fossem organizadas cientificamente. Taylor trouxe desconforto aos trabalhadores por tratá-los como máquinas. A seleção dos melhores operários por meio da divisão e racionalização da produção, estudando-se tempo e movimentos, programando-se pausa, tentando evitar problemas de fadiga, de rotina e treinamento para assimilação da automação do trabalho são características desse método (CAMPOS, 2011).

Na França, Henry Fayol (1841-1925) tinha como objetivo principal proporcionar fundamentação científica às atividades administrativas. A estrutura autocrática da fase anterior foi conservada, porém ganhou um caráter de cientificidade pela automação do trabalho humano. Foi durante boa parte de sua vida diretor de grandes minas e usinas siderúrgicas e também contribuiu para o movimento da Administração Científica, formulando a doutrina administrativa que passou a ser conhecida como *fayolismo*. Essa doutrina atribui aos subordinados uma capacidade técnica, que se exprime nos princípios: conhecer, prever, organizar, comandar, coordenar e controlar (GIL, 2010).

No início do século XX, o engenheiro Henry Ford (1863-1947), pioneiro da indústria automobilística americana percebeu que a oficina, a fábrica, a cidade e a sociedade podiam se transformar em outras tantas e eficientíssimas linhas de montagem (ALBORNOZ, 1986). Para ele “o trabalho deveria ser altamente especializado, realizando cada operário uma única tarefa. Além disso, propunha boa remuneração e jornada de trabalho menor para aumentar a

produtividade dos operários.” (GIL, 2010, p. 18). Para que os custos fossem reduzidos, a produção deveria ser em massa, em grande quantidade e aparelhada com tecnologia capaz de desenvolver ao máximo a produtividade dos operários.

A sociedade então passou a produzir a favor do capital, a produção das fábricas passou a ser o sistema econômico vigente que visava o lucro da sociedade burguesa em detrimento da força de trabalho dos mais pobres. Para Marx (2004) o trabalhador passou a ter sua existência reduzida ao valor de mercadoria, ressaltando o aspecto negativo do processo de industrialização, para ele, o trabalhador era *alienado* do seu próprio trabalho, pois vendia sua força, tempo e capacidade sem deter e dominar os meios de produção.

Nesse período o trabalhador tinha uma jornada de trabalho intensa de 12, 14 e até 16 horas por dia, com salários baixos que não eram suficientes para suprir as necessidades de alimentação e moradia. Fatores como a falta de higiene, esgotamento físico, subalimentação, acidentes de trabalho, favoreciam a alta taxa de morbi-mortalidade na população (DEJOURS, 1992).

Desse modo, no cenário da Revolução industrial, o trabalhador passou a ser visto apenas como peça de engrenagem na máquina de produção do capital. Com a crise estrutural do sistema, as pressões, o adoecimento, e a precarização, a classe trabalhadora veio a reivindicar melhores condições de trabalho. Estas passaram a estar diretamente ligadas com a saúde. Esse cenário propiciou um campo de discussões acerca da relação trabalho e saúde.

## **2.2 CONSTITUIÇÃO DO CAMPO E DAS POLÍTICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

O marco conceitual e de práticas que configuram o campo da saúde do trabalhador tem sofrido transformações nas últimas décadas. As discussões na área apresentam-se como um campo fértil de pesquisas, tendo como base um conjunto de disciplinas para se explicar os aspectos sócio históricos e teórico-metodológicos desse campo. Nos últimos tempos tem surgido uma gama de abordagens e estudos que buscam tratar da associação entre o trabalho e o processo saúde-doença. Caracterizado como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e institucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum.” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).



No Brasil, essa temática passou a ter maior visibilidade com as transformações na conjuntura social e política no período da década de 70 e 80, que através dos movimentos sociais que buscavam direitos aos cidadãos e da redemocratização do país em vários espaços e setores da sociedade. A partir do crescimento na produção acadêmica nas áreas de medicina preventiva, social e saúde pública, obteve-se uma nova interpretação do processo saúde-doença (MINAYO GOMEZ, 2011).

A América Latina na década de 70 vivia em meio a um contexto que propiciou o surgimento de significativas formas de luta social que envolvia o desempregado, o trabalhador precarizado, além da reivindicação de dívidas históricas no período colonial pelos negros, povos indígenas e os que lutavam pela terra. Dessa forma, esses movimentos apresentaram formas significativas de organização. No Brasil, ocorriam importantes mudanças no cenário político, econômico e social nesse período. Esse movimento influenciou as condições de trabalho e saúde na década de 80, permitindo que estes fatores pudessem fazer parte do interesse sindical, o modelo contribuiu com o mapeamento dos riscos nos ambientes de trabalho. Possui importante referência teórico-metodológica, sobretudo no que se refere às intervenções nos ambientes de trabalho sob o protagonismo dos trabalhadores (MUNIZ et al., 2013).

Na Itália, os operários dos séculos XVIII e XIX viviam sob condições de trabalho exploratórias, eram desprovidos de direitos, não tinham salários justos e proteção à saúde. Diante da nova realidade urbana industrial criaram um modelo de assistência baseado na solidariedade mútua, que passou a ter personalidade jurídica conferida pelo Estado ao final do século XIX. Depois de encerrado, esse modelo deu lugar ao sistema previdenciário e assistencial de caixas mútuas. Em relação à saúde, A Itália na década de 1960 até o fim do século XX passou por várias reformas. Nesse período surgiu o Movimento Operário Italiano (MOI), que colocou o trabalhador como elemento central no cenário da indústria. As reivindicações consistiam na fiscalização das melhores condições e relações de trabalho como ambiente, direito à informação e avaliação de riscos, o que gerou mudanças na legislação de saúde. O MOI tornou-se símbolo de luta e influenciou outros países europeus e da América Latina (LIMA, 2009).

Estas lutas sindicais têm influência no desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, que inseriu o trabalhador como agente de produção de saúde, partindo da transformação do seu processo de trabalho. Para Dejourns (1992) a evolução das condições

de vida e do trabalho que repercutiram na saúde dos trabalhadores não pode ser dissociada das lutas e movimento operários.

Desenvolveu-se a partir daí busca pela construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores (MINAYO GOMEZ; THENDIM-COSTA, 2003).

A Reforma Sanitária Brasileira que ocorreu no final da década 80, teve influência de iniciativas mundiais de universalização e promoção da saúde, com destaque para o movimento italiano que contribuiu para a institucionalização da área de Saúde do Trabalhador, juntamente com o movimento dos trabalhadores que se fortaleceu na luta pelos seus direitos, que através da livre organização promoveu discussões relacionadas à saúde nos serviços de atenção na rede pública (MINAYO GOMEZ, 2011).

A Constituição de 1988 configurou-se como marco institucional, através da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecida a construção do controle social em saúde do trabalhador que visa à intervenção a favor da participação social e do trabalho digno. As ações de Saúde do Trabalhador têm se desenvolvido em formas diversas de organização institucional e estratégias nos três níveis de gestão do SUS (ARTUR, 2015).

A inserção da atenção à saúde dos trabalhadores como estratégia na saúde pública teve maior impulso a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que propôs a criação do SUS. A legislação do SUS Lei nº 8.080/90, que traz a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores”, além de preconizar a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores que são submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho vivenciadas (BRASIL, 2012. LEI Nº 8.080/90 Art. 6 § 3º).

A publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador a partir de 1988 passou a nortear os procedimentos de orientação e instrumentalização das ações e serviços no SUS. Com as discussões acerca da organização dos serviços no SUS a partir da década de 80, foram criados os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador, com o intuito de serem “serviços específicos e especializados, de nível secundário, e que buscam incorporar maior densidade tecnológica em seu quadro de profissionais, de apoio diagnóstico e de vigilância”. A implantação desses centros trouxe avanços setoriais e acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, entretanto contribui para manter a área às margens das políticas de saúde do SUS (SANTOS; LACAZ, 2011).

As Conferências de Saúde do Trabalhador também propiciaram a criação em 2002 da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) que representou um marco importante nesse processo. A partir dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tornou-se visível a ampliação da área de Saúde do Trabalhador junto aos gestores e aumento do controle social. Estes locais passaram a ser considerados espaços de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente (BRASIL, 2012).

Outra conquista importante foi a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que tem como principais objetivos fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, além de promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, deve-se garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador e incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora “alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença”. (Parágrafo único do art. 3º).

(...) tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

A política tem como fator importante o estabelecimento e a atuação do Conselho Nacional de Saúde e da CIST Nacional, no sentido de que os conselhos de saúde promovam a criação de Comissões Inter setoriais de Saúde do Trabalhador (CIST). A construção do desenvolvimento sócio-político e técnico das ações em Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde no Brasil se deu por meio da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentam as ações de Saúde do Trabalhador levando em consideração as relações de Produção-Consumo, Ambiente e Saúde como determinantes do processo saúde/doença, para a organização do cuidado da saúde dos trabalhadores. A atenção integral à saúde dos

trabalhadores engloba as ações de promoção e proteção da saúde, de vigilância e de assistência incluindo também a reabilitação (UFMG, 2010).

São grandes os desafios à frente para que se implante uma efetiva e democrática política social no campo da Saúde dos Trabalhadores, a qual deve necessariamente partir dos níveis regional e local e da ampla participação social, mediante a *revitalização* dos Conselhos e Comissões gestoras com participação da sociedade civil nos municípios, como os Conselhos Municipais de Saúde, buscando o aprofundamento da municipalização da saúde (LACAZ, 1997. P 15).

Desse modo, há um caminho ainda a ser percorrido para que as políticas em saúde do trabalhador sejam de fato efetivas no país. O estado tem papel fundamental na execução e desenvolvimentos das políticas, entretanto nota-se que a participação social tem função importante e deve continuar a reivindicar melhores ações na área que atendam às necessidades dos trabalhadores.

Seguindo o paradigma da saúde coletiva, o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores se organizou como prática de saúde integral, considerando indissociáveis as ações de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde, incluindo a reabilitação, com a participação dos trabalhadores como sujeitos sociais e atores em todas as fases dos processos. As ações de saúde deveriam ser conduzidas por equipe multiprofissional, considerando o indivíduo e o coletivo de trabalhadores, por meio do esforço organizado da sociedade, com o protagonismo dos trabalhadores, na busca da melhoria de vida e de trabalho e da eliminação ou redução dos problemas de saúde relacionados ou não ao trabalho, visando o bem-estar dos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2013 p.25)

As discussões acerca do campo da saúde do trabalhador surgem na saúde coletiva em contraposição às bases conceituais e práticas hegemônicas da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Tem como proposta transcender a visão reducionista e monocausal no processo saúde-doença, entre doença e agente específico, ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (MINAYO GOMEZ, 2011).

Desse modo, a teoria da unicausalidade, advinda da Medicina do Trabalho, quando transposta para esse campo, passou a isolar riscos específicos e atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida. (MINAYO GOMEZ; THENDIM-COSTA, 1997).

A medicina do trabalho surgiu no início do século XIX na Inglaterra, no período da revolução industrial, tinha como intuito adaptar o trabalhador ao trabalho, tanto física quanto mentalmente, de acordo com suas aptidões, realizando seleções, programas educativos que visavam o bem-estar do trabalhador com sua função no trabalho. Sua atuação limita-se a intervenção médica, e ao ambiente do local de trabalho. (MENDES; DIAS, 1991).

Através dos tempos, a atuação do Estado no espaço do trabalho sustentou-se nas concepções dominantes sobre a causalidade das doenças. Essas concepções decorrem tanto da bagagem cumulativa de conhecimentos, como do seu caráter de práticas sociais, cujos marcos conceituais definem-se no bojo de relações peculiares aos diferentes contextos históricos onde surgem ou se mantêm (MINAYO GOMEZ; THENDIM-COSTA, 1997. p.3).

No contexto pós II Guerra Mundial, um novo cenário se apresentava, a perda de trabalhadores, acidentes de trabalho, doenças do trabalho e evolução da tecnologia. A MT então tornou-se impotente para intervir no processo de saúde afetado pelo sistema de produção. Desse modo conforme Mendes e Dias (1991) a Saúde Ocupacional se estabelece nas grandes empresas com destaque para a higiene industrial. Sua atuação buscava intervir com equipes multiprofissionais nos locais de trabalho, a fim de controlar os riscos ambientais, passando a ser considerada um ramo da saúde ambiental.

Minayo Gomez e Thendim-Costa (2003) abordam que com a inserção das ciências sociais na compreensão da saúde do trabalhador, o campo da saúde coletiva rompeu com as concepções hegemônicas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, que embasadas em uma perspectiva positivista, formulam articulações simplificadas entre causa e efeito sem levar em consideração a dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde-doença. Desse modo a importância das Ciências sociais para o desenvolvimento do campo.

É delas que se extrai um corpo de conceitos e categorias centrais para uma abordagem interdisciplinar da intercessão entre as relações sociais e técnicas que configuram os processos de trabalho como condicionantes da saúde e da doença em coletivos de trabalhadores. Tais conceitos e categorias são decisivos para a interpretação da gênese dos agravos à saúde dos trabalhadores e para a compreensão dos distintos níveis de determinação, imbricados na relação trabalho-saúde. (MINAYO GOMEZ; THENDIM-COSTA, 2003).

Minayo-Gomez (2011) ressalta que a saúde do trabalhador constitui-se como um campo que agrega diversas disciplinas: epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde; como auxiliares estão a demografia, estatística, ecologia, geografia,

antropologia, economia, sociologia, história e ciências políticas, toxicologia, engenharia de produção e ergonomia e etc. Tem como objeto o processo de saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho, destacando o fator humano e sua capacidade protetora contra os agravos à saúde do trabalhador.

Dessa forma a Saúde do Trabalhador pode ser caracterizada por:

“1) introduzir na discussão sobre a determinação social do processo saúde/doença a importância do trabalho para o estudo dessa determinação, incorporando especificamente a ideia de processo de trabalho como uma categoria explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho; 2) incorporação da ideia de trabalhador, colocando-a numa perspectiva de interação entre o biológico e o psíquico, constituindo um nexo indissociável; 3) enquanto uma “atividade abstrata”, ser elaborada por grupos de pesquisadores multiprofissionais (saúde, ciências sociais, antropologia, filosofia), tendo por objeto as relações capital/trabalho, trabalho/saúde e sociedade/classes/saúde, utilizando como instrumentos e métodos abordagem teórica e conceitual transdisciplinar e que dota técnicas analíticas das diferentes disciplinas do conhecimento; 4) ter como “agente” as equipes de saúde (várias profissões de especializações diversas) e “agentes de saúde” os próprios trabalhadores, colocando a técnica a serviço destes; 5) adotar como instrumentos e meios uma abordagem de saúde coletiva, empírico-conceitual, clínico-epidemiológica e de planejamento, engenharia, ciências sociais e políticas” (LACAZ, 1996.p. 22-25).

Assim, partir do conceito de processo de trabalho tem se como estabelecer dois planos: o que contempla o contorno social, econômico, político e social, que define as relações nos espaços de trabalho e das condições de reprodução dos trabalhadores e o segundo está relacionado a determinadas características dos processos de trabalho com repercussão na saúde e subjetividade dos trabalhadores. Em oposição aos marcos da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador concebe os sujeitos como políticos coletivos, depositários de saber proveniente da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras (MINAYO GOMEZ, 2011).

O autor afirma que se a saúde do trabalhador é um campo aberto e em construção, é preciso que haja um aprofundamento teórico no encontro de todos os atores e em planos de ação que promovam maior consenso. Mesmo com uma vasta produção acadêmica na área que trazem uma enorme contribuição, ainda apresentam algumas lacunas: falta de precisão conceitual, em grande parte são abordadas questões pontuais e unidisciplinares, estudos descritivos e análises fenomenológicas e tecnicistas, repetição de discursos de conotação ideológica.

Na área da Atenção Básica, a realização de ações em Saúde do Trabalhador deve partir da identificação, no território, da população economicamente ativa (por sexo e faixa etária), do mapeamento das atividades produtivas existentes na área, da identificação dos integrantes das

famílias que sejam trabalhadores, da observação dos vínculos empregatícios, dos desempregados e dos que iniciam o trabalho precocemente. Deve ainda levantar os riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, além de acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

No entanto apesar de muitos profissionais reconhecerem a importância do trabalho para a saúde e da existência de um caderno temático com informações voltadas à ST na AB, é sabido que na prática dos serviços, muitas ações em ST são efetuadas pontualmente ou não existem no planejamento das equipes (SOUZA; VIRGENS, 2013).

No que se refere as dificuldades na organização do cuidado a saúde dos trabalhadores da APS, deve-se levar em consideração a desvalorização social, que se traduz na ausência de plano de carreira, que ocasiona alta rotatividade de profissionais, deficiências na infraestrutura, que se reflete na precariedade física, condições de trabalho inadequadas, hegemonia das ações assistenciais, sobrecarga de trabalho, enfrentamento de situações mais complexas, dificuldades no processo de trabalho, entre outros (DIAS; SILVA, 2013).

## 2.2 SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

O campo da saúde mental tem se estabelecido nos estudos que abordam o trabalho no processo de construção da subjetividade, a contribuição do trabalho nos processos de adoecimento psíquico, a caracterização dos aspectos do trabalho relacionado à ocorrência de transtornos mentais ou situações de sofrimento psíquico. É marcado pela interdisciplinaridade, entretanto recebe contribuições de conhecimentos construídos em disciplinas que não estão interconectadas, sendo caracterizado dessa forma como um campo multidisciplinar (ARAÚJO, 2011; SELIGMAN-SILVA, 2011).

“Nesse campo passam a ser examinados os processos saúde-doença vinculados, em suas determinações ou desenvolvimentos, a vida laboral, através de uma ótica profundamente distinta das anteriormente adotadas pela antiga Psiquiatria Ocupacional, tanto pelo enriquecimento dos eixos de análise quanto pela fixação de uma perspectiva em que finalidades das investigações assumem diretrizes éticas. O significado disso e que os princípios adotados ultrapassam a busca de produtividade e os estudos se voltam para identificar todos os aspectos – os que promovem a saúde e todos os que se revelam potencialmente adoecedores (...)” (SELIGMAN-SILVA, 2011.p.40).

A saúde do trabalhador tem apresentado pesquisas com intercessão com estudos da subjetividade, carência de pesquisas, numerosas vertentes, subjetividade- matéria prima essencial das relações de produção do capital. É uma forma de capital que cada um dispõe e

não existe de forma uniforme nem total pluralidade de olhares desse tema na literatura (LIMA, 2011).

No primeiro grupo de disciplinas estão aquelas relacionadas ao estudo da saúde humana em suas várias perspectivas: e se dividem em 2 subgrupos e se constituem a partir de estudos que se centralizam nos processos mentais e /ou na dinâmica de saúde e adoecimento submetidos a diversas condições de trabalho: o primeiro subgrupo diz respeito a Medicina do Trabalho, a Psicologia do Trabalho, Psicopatologia do Trabalho, Toxicologia e Ergonomia. O segundo subgrupo é formado por disciplinas que fundamentam o primeiro grupo: a Fisiologia, Psicofisiologia, Neurologia, Psiquiatria e Psicossomática e a Psicanálise. No segundo grupo estão as disciplinas que se ocupam direta ou indiretamente do trabalho humano e fazem parte do campo das Ciências Humanas (SELLIGMAN-SILVA, 2011).

A autora ainda traz um panorama dos referenciais teóricos e modelos para o estudo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho: 1) as teorias do estresse- foi formulada na década de 30 pelo endocrinologista Selye, provem da Fisiologia com base na teoria positivista e Medicina com visão behaviorista. É um modelo que serve de base para a quantificação de dados epidemiológicos que visam identificar fatores de risco em setores da Economia e ocupações, tem uma aplicação preventiva para diminuir ou eliminar os fatores de risco no trabalho. 2) a corrente utilizada a partir do viés psicanalítico- esta se concentra nos processos subjetivos, intrapsíquicos e também intersubjetivos e relações interpessoais e na abordagem feita pela Psicodinâmica do Trabalho. A psicanálise tem proporcionado importantes pesquisas qualitativas, tanto com pacientes adoecidos e proposto terapêuticas com novas descobertas no campo. 3) o modelo que adota o conceito de desgaste- trazendo a discussão o conceito de desgaste que está vinculado a ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador, tem bases no materialismo dialético e na perspectiva histórica.

Tomasi et al. (2008) aponta que o desgaste profissional, a satisfação no trabalho e a morbidade psíquica entre os profissionais de atenção primária vêm sendo estudados por diversos autores tendo sido detectadas elevadas prevalências de síndrome de *burnout*, assim, estudos sobre o trabalho em saúde devem considerar a complexidade das demandas em saúde.

Brant e Gomez (2005) enfatizam que o sofrimento tem levado muitos trabalhadores ao adoecimento, sobrecarga de trabalho, mudanças organizacionais, e pressões, de acordo com uma pesquisa realizada, trouxeram tanto manifestações físicas quanto psíquicas aos trabalhadores.



Dados epidemiológicos demonstram que no Brasil as distintas características regionais e as contínuas mudanças que se processam no mundo do trabalho têm apresentado múltiplos efeitos sobre a saúde e configuram perfis epidemiológicos mutantes na população trabalhadora. As relações entre trabalho e saúde quando examinadas mostram que nas últimas décadas o fenômeno denominado de globalização levou a grandes modificações no mundo do trabalho, através da recente internacionalização dos mercados e do aporte de inovações tecnológicas no modelo econômico capitalista (FILHO, 2004).

De acordo com o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001), a adoção dessas novas tecnologias e métodos gerenciais facilita a intensificação do trabalho que, aliada à instabilidade no emprego, modifica o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se, entre outros, pelo aumento da prevalência das patologias relacionadas ao trabalho.

São denominadas patologias relacionadas ao trabalho quaisquer manifestações em que o trabalho se configura como fator de risco adicional ou contributivo para o adoecimento. Costumam ser definidas por meio de estudos epidemiológicos e de pesquisas interseccionais. Entre as patologias mais registradas junto à Previdência Social no Brasil estão os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dorts), o estresse, a depressão, a ansiedade e as afecções do trato intestinal (MARTINS, 2011.p 69).

Segundo Araújo (2002) a subjetividade no trabalho aborda cinco perspectivas: um caráter psicodinâmico do trabalho; como posição à objetividade; como dimensão da experiência; como dimensão clínica da organização; como invenção contínua de modos de estar na vida. Tem como áreas de concentração: enfermagem, filosofia, sociologia, psicologia, engenharia, administração, fonoaudiologia, antropologia, saúde coletiva, economia, educação. Com vários trabalhos na área da psicologia, dentro dos eixos: saúde mental e trabalho, subjetividade, sofrimento psíquico e trabalho.

“ (...) a subjetividade ora é referida como uma espécie de entidade interiorizada que, ao sofrer as ações de determinadas formas de trabalho, torna-se uma subjetividade explorada, alienada; ora é concebida como algo que se perde, por exemplo, com a introdução da máquina no processo produtivo” (LIMA, 2011. p. 317).

As dificuldades encontradas têm repercussões bastante evidentes, constituindo entraves para garantir aos trabalhadores aporte técnico consistente e suficiente para o estabelecimento de direitos e benefícios em razão do adoecimento psíquico e para a adoção de medidas para

proteger e preservar a saúde mental dos trabalhadores. Essas limitações comprometem as mudanças efetivas na estrutura organizacionais ambientais de trabalho (ARAÚJO, 2011).

### **2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE**

O trabalho em saúde tem sido objeto de várias pesquisas, enfatizando os aspectos propiciadores de saúde e doença nos trabalhadores. A avaliação de perfis profissionais e das condições de trabalho tem permitido verificar o impacto da atividade na saúde dos trabalhadores. Fatores como desgaste ocupacional, insatisfação com as relações interpessoais, problemas cardiocirculatórios, osteomusculares e do tecido conjuntivo, bem como as doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais comuns e foram evidenciados através de pesquisas nacionais e internacionais (TOMASI et al., 2008; ASSUNÇÃO; FILHO, 2011).

Além desses fatores, os acidentes de trabalho também têm apresentado impacto sobre a sociedade, a economia e o processo de produção de riquezas do país, o sistema de saúde e o previdenciário e, principalmente, sobre os trabalhadores e suas famílias, tanto no aspecto físico como no plano psicológico. O trabalho em saúde apresenta-se na esfera da produção imaterial, que se completa no ato de sua realização. Ele é coletivo, contando com a participação de diversos trabalhadores e envolve características tanto em sua forma assalariada e fragmentada, quanto artesanal (TOMASI et al., 2008).

Assunção e Filho (2011) ressaltam que embora governos, agências internacionais e empresas reconheçam a importância de dar suporte à saúde desse trabalhador, ainda há deficiências no suporte garantido pela gestão dos sistemas às atividades desenvolvidas, incluindo a inexistência de programas de vigilância dos grupos ocupacionais em inúmeros estabelecimentos sanitários.

A ausência de meios é determinante para a queda na qualidade dos serviços prestados e para a insatisfação dos trabalhadores, no setor saúde são ainda mais graves as situações ocorridas por causa da deficiência das condições necessárias para a realização das tarefas.

“A qualidade do cuidado com a saúde depende da maneira com a qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas. Os modos de lidar com esses aspectos do trabalho incluem, por exemplo, tempo para rever as práticas adotadas; suporte social para o enfrentamento das dificuldades e carências vivenciadas pelos usuários; incentivo às estratégias formais e informais de cooperação entre equipes e dentro da própria equipe” (ASSUNÇÃO; FILHO, 2011)

A atenção básica constitui um enorme contingente de força de trabalho, no contexto do SUS e do país, entretanto pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e saúde.

“São muitas as razões que levam os gestores do SUS a se omitirem e mesmo ofenderem a Constituição Federal neste tópico. O fato de haver uma multiplicidade de órgãos estatais responsáveis pela ST, sem uma sintonia fina entre eles, é uma delas. O enfrentamento, especialmente no nível local, com os setores econômico-produtivos, criando desconfortos entre a gestão pública e os financiadores das campanhas eleitorais, é outra delas” (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015).

Envolvidos em suas atividades diárias e expostos a situações extremas, os trabalhadores podem se sentir impotentes para ajudar os usuários. Nesses casos, o suporte social da gestão e colegas, pode conferir equilíbrios indispensáveis. Entretanto, apesar dos trabalhadores expressarem os efeitos negativos de determinadas situações de trabalho para sua saúde, são restritos ou ausentes, nos ambientes de trabalho, os espaços para discussão das dificuldades e angústias (ASSUNÇÃO; FILHO, 2011).

O surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Configuram situações que exigem mais pesquisas e conhecimento para que se possa traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2011).

De acordo com Pina e Stotz (2014) a intensificação do trabalho e a saúde do trabalhador como problemática contemporânea, surge como um problema científico das condições históricas do desenvolvimento capitalista, a partir da crise dos anos 1970, período em que as mudanças no processo de trabalho geraram uma acentuada piora das condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores nos EUA e na Europa.

A acepção de trabalho intenso como fonte de sofrimento e agravos à saúde dos trabalhadores é predominante na literatura. Davezies (2007, p. 32) se refere a um “tripé sintomático da intensificação do trabalho”: a) a impossibilidade de manter um trabalho de boa qualidade; b) o assédio moral ou os conflitos entre os próprios trabalhadores; e c) os múltiplos danos à saúde (acidentes, a invasão do trabalho na vida pessoal, Lesões por Esforços Repetitivos – LER e os transtornos psíquicos) (PINA; STOTZ, 2014).

De acordo com os autores, da intensificação se adquire uma maior quantidade e/ou uma melhor qualidade dos resultados do trabalho através de um gasto maior de energia do trabalhador ao mesmo tempo. Diferentemente, no aumento da produtividade se obtém mais resultados do trabalho com igual dispêndio de energia, no mesmo tempo, e no prolongamento

da jornada de trabalho se produzem mais resultados do trabalho com maior gasto de energia decorrente da extensão da jornada.

Cunha, Blank e Bong (2009) destacam que as consequências desse adoecimento repercutem nas taxas de afastamento do trabalho por doença têm aumentado nos países industrializados desde 1955. De acordo com os autores, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho citou os elevados custos diretos e indiretos do absenteísmo decorrente de faltas por doença. No Brasil, como citado anteriormente, as pesquisas têm mostrado que o perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros tem revelado modificações ao longo dos anos, com a predominância das lesões por esforços repetitivos – LER/ DORT, entretanto existe o indicativo de que os transtornos mentais assumirão maior relevância nas próximas décadas.

Os autores ainda afirmam que outras hipóteses explicativas para a tendência observada são possíveis mudanças ocorridas na organização do trabalho, introdução de novas tecnologias, melhoria dos ambientes de trabalho e redução de riscos ocupacionais, que poderiam ter contribuído para a mudança no perfil epidemiológico.

A modernidade tem o trabalho como o produtor de riqueza de uma sociedade, cada trabalhador utiliza de meios para realizar a sua atividade, sua saúde, força e inteligência, e a forma como produz e os recursos que emprega diferem de indivíduo para indivíduo.

De acordo com Merhy e Franco (2005) cada trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas para a realização do seu trabalho, na saúde tem a denominação de valizes tecnológicas. Nelas o trabalhador porta instrumentos que vão variar de acordo com cada atividade tanto a nível individual quanto coletivo, têm suas ferramentas-máquinas, seus conhecimentos e saberes tecnológicos e suas relações com todos os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho.

Chamamos o trabalho feito em ato de ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto – o aço – chamamos de ‘trabalho morto’. O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos (MERHY; FRANCO, p. 281. 2005).

Podemos notar que o trabalho possui tanto a dimensão prática quanto técnica, e é atrelado a um valor simbólico. O trabalho em saúde deve ter o seu referencial simbólico ligado à produção do cuidado, tendo como objeto central as necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Entretanto como é mediado pelas tecnologias também pode atender a lógica delas, tornando assim o trabalho mecanizado.

Todo esse processo acaba por se refletir na saúde dos trabalhadores especificamente como o objeto desse trabalho, na saúde dos trabalhadores da Atenção Básica. Estas características de organização assumem papel fundamental no estabelecimento das funções e atividades dos profissionais, fatores estes que podem gerar o sofrimento físico e psíquico, dependendo da forma como esses trabalhadores lidam com a organização do trabalho.

A estratégia de saúde da família, intensiva em força de trabalho, ainda encontra obstáculos na incorporação de profissionais relativos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos. Os mecanismos de inserção dos profissionais das equipes de saúde por meio de contratos temporários e vínculos precários, na maior parte das cidades estudadas, podem afetar a sustentabilidade do programa. (SCOREL, 2007.p 175).

Ribeiro, Pires e Blank (2004) no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde, ressaltam que a racionalidade científica do processo de taylorização das indústrias acabaram por influenciar também o setor de serviços. O setor saúde no Brasil foi fortemente influenciado pelas políticas neoliberais e influenciado pela divisão parcelar.

Para Pires (2000) as concepções e de saúde e doença sofreram modificações ao longo da história, em decorrência dos processos de produção, pela cultura e organização dos setores da economia, o que reflete nas práticas assistenciais. As características do setor terciário influenciam o setor da saúde, ocasionando mudanças nas dimensões do processo de trabalho em saúde.

### CAPÍTULO III- Psicodinâmica do trabalho

No contexto do essencial para o homem e para a humanidade, surgem ao longo dos tempos no campo das ciências humanas e sociais, diversas disciplinas que tem o objetivo de investigar e responder a questões referentes ao processo de agir do ser humano no trabalho e as consequências que este pode trazer à vida dos indivíduos. Dentre tais disciplinas está a Psicodinâmica do Trabalho que estabelece essa relação trabalho-saúde como elemento presente na situação de trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica desenvolvida na França por Christophe Dejours. Inicialmente denominada Psicopatologia do Trabalho, é baseada no referencial teórico da Psicopatologia, nas análises históricas da organização do trabalho e no diálogo construído com as disciplinas filosofia, psicanálise, sociologia e ergonomia (DEJOURS, 1992; MENDES, 2007).

“(…) Para a psicopatologia do trabalho, o homem é virtualmente um sujeito pensante. Ele não é um brinquedo passivo das pressões organizacionais, em virtude de um determinismo sociológico ou vulgar. Fundamentalmente o sujeito pensa sua relação com o trabalho, produz interpretações de sua situação e de suas condições, socializa essas últimas em atos intersubjetivos, age, enfim, sobre o próprio processo de trabalho e traz uma contribuição à construção e evolução das relações sociais de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2009, p.140)”.

O desenvolvimento desta teoria é composto por três fases. A primeira fase está associada à publicação da obra através da publicação na França de *Travail: Usure Mentale. Essai de Psychopathologie du Travail*, em 1980, traduzido no Brasil com o nome de *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho* de Dejours, onde a psicodinâmica ainda é designada psicopatologia do trabalho e tem o foco no estudo da origem do sofrimento no confronto do indivíduo-trabalhador com a organização do trabalho (MENDES, 2007; GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

A segunda fase ocorreu em meio à década de 90, sendo o momento de criação e construção de uma abordagem peculiar e precursora para estudar o trabalho. Consistia nas vivências de prazer-sofrimento como dialéticas e intrínsecas ao contexto do trabalho, assim como as estratégias utilizadas para confrontar a organização do trabalho, para preservar a saúde, evitar o adoecimento e garantir a produtividade. A terceira fase originada no fim da década de 1990 até os dias de hoje, marca o estabelecimento da teoria como abordagem apropriada a

explicar os efeitos do trabalho na subjetividade humana, as patologias sociopsíquicas e a relação saúde-trabalho (MENDES, 2007).

Ao fim da década de 90 a teoria se consolidou como abordagem científica. Através de publicações da *Souffrance em France* e *L'évaluation du Travail à L'épreuve du Réel: Critique dès Fondementes de L'évaluation*, a psicodinâmica do trabalho aprofundou no estudo de conceitos como estratégias defensivas, as patologias sociais e modos de vivências no trabalho (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

Essa teoria apresenta dois grandes conceitos que norteiam a análise do trabalho, as condições e organização do trabalho. Como *condição de trabalho* estão relacionados o ambiente físico, o ambiente biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Como *organização do trabalho* estão relacionadas a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade e etc. (DEJOURS, 1992).

“Saúde física e condição de trabalho: estas são claramente apontadas pelos trabalhadores como fonte de perigo para o corpo: antes de tudo, são as condições de trabalho que são acusadas: os vapores, as pressões, as temperaturas, os gases tóxicos, os ruídos em resumo: as condições físicas e químicas do trabalho” (DEJOURS, 1992.p.66).

A Psicodinâmica a partir do diálogo com a Ergonomia<sup>2</sup> no seu desenvolvimento teórico e conceitual, também passa a discutir o importante conceito de trabalho real e trabalho prescrito. Na organização do trabalho, o trabalhador deve seguir regras e procedimentos na execução das suas tarefas, espera-se que este cumpra o previsto, entretanto, na realidade do seu cotidiano, o indivíduo é colocado em cheque, pois imprevistos lhe são apresentados. Através destes tem-se o surgimento da resistência. O trabalhador passa então a “trapacear as regras” para desenvolver sua atividade.

A partir disso, tem-se a possibilidade de pensar que o trabalhador pode agir sobre sua situação de trabalho (SZNELWAR; UCHIDA, 2004). Para Dejours (2004, p.28),

---

<sup>2</sup>Ergonomia é o estudo do relacionamento entre o homem e o seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento. (IIDA, 1998, p. 92).

Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Ora, o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha.

Assim o trabalho prescrito consiste nas normas da organização, que as fixa e direciona os objetivos qualitativos e quantitativos da produção; o trabalho real seria a maneira como a atividade é executada, e ao se analisar este conceito deve-se considerar as condições oferecidas e a rotina do trabalhador (FERREIRA; GONÇALVES; ODELIUS, 2001).

Verifica-se, então, que a discrepância entre tarefa prescrita e atividade real, enquanto desencadeadora de um custo psíquico para o trabalhador, traz consequências para a organização do trabalho em termos da natureza da tarefa em si e das relações sócioprofissionais, fazendo com que o sujeito se coloque em estado de esforço permanente para dar conta da realidade, muitas vezes, incompatível com seus investimentos psicológicos e seus limites pessoais, gerando sofrimento (MENDES; FERREIRA, 2001. p.96).

Nesse sentido, Sznalwar e Uchida (2004.p.88) concordam que “a tensão criada entre as expectativas e sonhos dos trabalhadores e a organização do trabalho e o conteúdo das tarefas pode vir a ser a fonte do sofrimento no trabalho”.

O trabalho também se apresenta como um lugar de relação social, onde os indivíduos não trabalham para si mesmos, porém pelos outros, chefes, colegas, subordinados, caracterizando um ambiente de relações de poder, desigualdade e dominação (DEJOURS, 2004; MENDES, 2011).

Para Dejours (2004) qualquer tecnologia ou a organização do trabalho não são naturalmente por si só instrumentos geradores de prazer ou sofrimento, mas desestabilizadores da saúde no confronto com o real, que pode gerar o sofrimento. A psicodinâmica do trabalho está fundamentada na epistemologia do conhecimento sobre saúde e normalidade, onde ressalta a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença.

Tem como objeto de estudo as relações dinâmicas entre organização do trabalho e os processos de subjetivação, analisa ainda a manifestação do prazer e sofrimento produzidos na situação de trabalho, e as estratégias defensivas utilizadas para mascarar e ocultar uma ansiedade, isto é, os mecanismos de defesa utilizados para mediar contradições da organização do trabalho, transformar o sofrimento causado por estas contradições em prazer, e evitar o adoecimento (MENDES, 2007).



Vale ressaltar, entretanto que o estado de normalidade não deve ser confundido com o estado saudável, pois o comportamento saudável tanto pode refletir um equilíbrio entre as pessoas, quanto pode ser considerado um sintoma patológico, pois o trabalhador pode estabelecer um equilíbrio precário entre as forças que o desestabilizam e o esforço empregado para se obter a produtividade, à custa de muito sofrimento que se aplicará também a outros campos de sua vida. (LANCMAN E UCHIDA, 2003).

Dejours (2012) afirma que o trabalho implica enfrentar constrangimentos deletérios para a saúde física e mental, e que os malefícios inerentes à tarefa além de afetar a saúde do corpo trazem incidências indiretas sobre o funcionamento psíquico.

Assim “o comportamento saudável não implica ausência de sofrimento e sim, nas possibilidades internas e externas de o sujeito transformar o sofrimento por meio da tomada de consciência das suas causas, dos conflitos e frustrações que o geraram” (MENDES, 2004 apud MENDES, 2007, p.46). Para Dejours (2004, p.31):

(...) Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação. Assim o real do trabalho não é somente o real da tarefa, isto é, aquilo que, pela experiência do corpo a corpo com a matéria e com os objetos técnicos, se dá a conhecer ao sujeito pela sua resistência a ser dominado. Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência do mundo social; e, mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade. O real do trabalho, não é somente o real do mundo objetivo; ele é, também, o real do mundo social.

Dejours (1992) traz o estudo do sofrimento para a inter-relação dos trabalhadores com a organização do trabalho e para as estratégias defensivas que os mesmos utilizam para lidar com o sofrimento; onde não é o trabalho que causa o sofrimento, mas o sofrimento que produz o trabalho. Diminuir a percepção do sofrimento é o objetivo principal das estratégias defensivas, pois estas oferecem ao indivíduo, suporte para lidar com as pressões do trabalho, agindo como modos de pensar, agir e sentir compensatórios, usados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento. Desse modo:

O sofrimento pode tornar-se o instrumento de uma modificação na organização do trabalho ou gerar um processo de alienação e de conservadorismo. Este segundo caminho explica-se pelo fato de que, após terem-se desenvolvido mecanismos de defesa contra a organização do trabalho, torna-se penoso tentar uma modificação nessa situação (MERLO, 2002 p.139).

Segundo Mendes (2007) ao passar do tempo essas formas de proteção podem se esgotar devido ao aumento da precarização da organização do trabalho, que reforça as causas

do sofrimento. A autora relata ainda que a ideologia defensiva tem por finalidade disfarçar, reprimir e encobrir uma ansiedade particularmente grave, sendo peculiar a determinado grupo social e deve conseguir que todos os interessados participem no encobrimento do sofrimento para que seja eficaz. Pode-se concluir que as defesas possibilitam conviver com o sofrimento, entretanto, podem levar a alienação de suas causas reais.

Para Dejours (2012) a investigação clínica dessas estratégias de defesas implementadas caso a caso para conter o sofrimento psíquico no trabalho leva a uma discussão metapsicológica uma vez que sugerem que essas defesas atravancam os poderes do pensamento, desempenham um papel importante como propulsores subjetivos da servidão e da dominação, podem contribuir para a formação da violência coletiva e até da violência de massa.

Ainda para Mendes (2007) segundo Dejours, a mobilização subjetiva configura-se uma fonte de vivência de prazer no trabalho, identificada como um meio para lidar com o sofrimento, que se caracteriza pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, permitindo a ressignificação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer.

Segundo Mendes (2011) o prazer apresenta-se como um dos elementos centrais para a saúde dos indivíduos. No trabalho pode habitar a possibilidade de prazer quando o sofrimento pode ser ressignificado, através da possibilidade de criar, inovar, aprender sobre um fazer específico, tendo a oportunidade de socialização e reforço da identidade, e que a organização do trabalho ofereça a oportunidade de negociação ao trabalhador.

Uma via que permite a ressignificação do trabalho é o reconhecimento. O reconhecimento do trabalho, do esforço e investimento empregado em determinada tarefa é necessário. No reconhecimento obtido, habita a possibilidade de que o sofrimento vivenciado pelos trabalhadores obtenha sentido (MENDES, 2007).

Do reconhecimento depende na verdade o sentido do sofrimento. Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção da sua identidade (DEJOURS, 1999, p.34).

Dejours (1999) diz ainda que o reconhecimento apresenta-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, não sendo uma exigência secundária dos trabalhadores.

De acordo com Traesel e Merlo (2009) Dejours traz duas formas de reconhecimento: o que é baseado em um julgamento de utilidade, proferido pelos superiores hierárquicos e subordinados e, ainda eventualmente, pelos clientes; e o reconhecimento advindo de um julgamento de estética, proferido especificamente pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade.

Conforme Athayde, Neves e Selligman-Silva (2004) o reconhecimento mais importante é o julgamento dos pares, onde somente esses, pois conhecem efetivamente as regras de trabalho, têm capacidade de avaliar a *elegância*, o rigor e a engenhosidade do que foi feito, assim como em que medida este trabalho expressa uma singularidade, um esforço maior de mobilização.

Para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante precisa-se flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica de trabalho (...) (DEJOURS, 2009, p.31-32).

A organização do trabalho produz um jogo de forças contraditórias que operam sobre o trabalhador levando-o a diversas soluções de compromissos. Essas contradições são vivenciadas quando entra em confronto o desejo do sujeito, expresso nas necessidades, aspirações e interesses e a realidade de trabalho, geralmente marcada pelo produtivismo, desempenho e excelência.

Essas contradições favorecem a rivalidade entre os colegas, a competição e o individualismo, tendo em vista as estratégias de gestão utilizadas, como sistemas de individualizados de avaliação de desempenho (MENDES, 2011).

(...)podem ser consideradas modos perversos de organização do trabalho, expressos em situações provocadoras de contradições, tais como a gestão pelo controle medo, pressão, desconfiança, insegurança e pela sedução e promessa do “paraíso perdido”, usando a busca pelo prazer e pelo reconhecimento como armas para essa sedução; normas sem limites ou muito padronizadas; poder autocrático ou permissivo; comunicação sem visibilidade, paradoxal, restrita; discurso de transparência, ética e responsabilidade social foco na produção, ideologia da excelência; metas inatingíveis, desqualificando o sentido psíquico e social do trabalho. (MENDES, 2011.p.14)

Conforme Lancman e Uchida (2003) se o trabalhador tem a capacidade de elaborar sua experiência, pensar acerca do seu trabalho, obtendo uma interpretação, ele tem a oportunidade de negociar, e de encontrar um novo sentido de transformar e fazer com que a organização do trabalho evolua.

(...) o trabalho revela-se com efeito, como um mediador privilegiado, senão único, entre inconsciente e campo social, e entre ordem singular e ordem coletiva. A teoria em psicopatologia do trabalho é potencialmente portadora de conceitos que podem ter efeitos sobre a teoria do sujeito, e via sublimação, sobre a própria teoria psicanalítica. O trabalho não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, ele é também um espaço de construção do sentido, e portanto, de conquista da identidade, da continuidade, e historicização do sujeito (...) (DEJOURS E ABDOUCHELI, 2009, p. 143).

O método de pesquisa-ação proposto em Psicodinâmica do Trabalho é estabelecido a partir de uma série de etapas que servem de norteadores para o trabalho de campo. Lancman e Heloani (2004) e Dejours (1992) em seu livro *A Loucura do Trabalho*, descrevem as fases que deveriam ser utilizadas para a análise dos dados obtidos e alcance dos objetivos na pesquisa:

*1: A pré-enquete:* essa etapa constitui-se um grupo denominado *grupo de pilotagem ou grupo gestor*, composto pela equipe de pesquisadores, por trabalhadores e por funcionários ligados à direção da instituição estudada, que se encarregará de organizar a enquete, com o objetivo de criar condições objetivas para a realização da pesquisa, apresentar e difundir os princípios da Psicodinâmica do Trabalho e da enquete entre os trabalhadores, identificando voluntários interessados em participar do grupo.

*2: A enquete:* constitui-se das discussões grupais propriamente ditas que ocorrerão em intervalos que dependerão das possibilidades do serviço em disponibilizar o conjunto dos trabalhadores durante o período de trabalho. O propósito dos grupos é o de desencadear uma reflexão e uma ação transformadora. Essa fase é subdividida em quatro etapas: análise da demanda, análise do material da enquete, observação clínica e interpretação.

*3: Validação e refutação:* Ao longo das sessões, buscar-se-á, a partir das elaborações, interpretações, hipóteses, temas e comentários registrados durante cada encontro, formar um relatório, que será discutido com os trabalhadores. Seu conteúdo será, ao longo das discussões, validado, refutado ou retomado. Somente após essa fase, será constituído o relatório final, que será apresentado à instituição e aos demais trabalhadores.

4: *Validação ampliada:* Este relatório final será discutido com o conjunto dos trabalhadores que não participaram diretamente da pesquisa e com a direção da instituição, para difundir as interpretações elaboradas no relatório de cada grupo.

Desse modo, a Psicodinâmica se apresenta como uma teoria de pesquisa e ação sobre o trabalho, podendo ser utilizada para análise e compreensão de aspectos relacionados à saúde mental e trabalho, analisando os aspectos que podem gerar sofrimento e os reflexos que este traz para a vida dos sujeitos, mostrando-se eficaz na análise do contexto das condições que o trabalhador desenvolve sua função e formas de intervenções capazes de oportunizar o diálogo, a reflexão, para que o indivíduo encontre sentido na sua atividade produzindo assim uma relação saudável do trabalhador com o trabalho, através de discussões teóricas ou da aplicação de conceitos vindos da psicodinâmica pode ser utilizada para delinear ou interpretar dados de pesquisa empírica (GIONGO, MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

Diversos trabalhos têm se utilizado desse referencial para avaliar o trabalho de profissionais da saúde. No que se refere ao trabalho das equipes de saúde da família, Katsurayama, Parente e Moretti-Pires (2016) fazendo uso dos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho, evidenciam que no interior do Amazonas, o trabalho dessas equipes tem apresentado uma relação de saúde-adoecimento. Através da investigação dos processos psíquicos envolvidos, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado por este nos processos de regulação psíquica, desse modo, nosso trabalho buscou corroborar ou verificar outros elementos não investigados, e se essa realidade se apresenta também se apresentava na equipe de saúde fluvial.

## **CAPÍTULO IV- Materiais e métodos**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA E TÉCNICAS DE PESQUISA**

Este trabalho parte da compreensão que o trabalho é central na vida dos sujeitos e que apresenta uma relação de prazer-sofrimento ao trabalhador. Para que essa realidade seja apreendida, é necessário que o pesquisador obtenha um olhar a partir da perspectiva dos próprios sujeitos acerca do seu trabalho. Desse modo, o estudo baseou-se nos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1992; MENDES, 2011).

A pesquisa possui caráter qualitativo, o que permite desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a determinados grupos, propiciando a construção de novos modelos e conceitos no decorrer da investigação. Caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até obter o conhecimento da lógica interna do grupo ou do processo investigado (MINAYO, 2010).

Conforme Carvalho e Serafim (1995) o método qualitativo está menos centrado na generalização, priorizando o aprofundamento e amplitude da compreensão da temática estudada, não sendo necessário na amostra um grande número de participantes. Assim a amostra adequada deve ser capaz de contemplar o todo em todas as suas dimensões.

Partindo dessa premissa, Minayo (2010) relata que os sujeitos pertencentes a um mesmo grupo ou classe social são o resultado das mesmas condições objetivas e à medida que estes se diferenciam e se igualam aos outros, consolidam de diversas maneiras as ideias e formas de conduta intrínsecas a realidade de pertencer, sendo o fato social apreendido de modo peculiar.

Desse modo cada ser humano vivencia de diferenciada forma sua realidade social, exprimindo suas características individuais que possibilitam alcançar uma visão global da sua interação com o mundo, traduzindo o comportamento e cultura de determinada sociedade. Partindo desse pressuposto, a pesquisa qualitativa define que a amostra é suficiente a partir do momento em que há informações recorrentes, entretanto não deixa de considerar, as características peculiares que possuem um potencial explicativo relevante. (GOLDENBERG, 2000; MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa vem sendo muito utilizada nos últimos tempos, especialmente nas ciências humanas e sociais, em contraposição à rigidez do método positivista. Entretanto

ressalta-se que a execução da mesma deve seguir uma sistematização dos dados. Deve haver assim uma articulação entre a realidade observada e os pressupostos teóricos que sustentam a pesquisa (ALVES E SILVA, 1992).

Nesse estudo utilizamos a entrevista do tipo semiestruturada, como instrumento de coleta de dados, a partir das perguntas contidas no roteiro de entrevista (ver anexo A). Foram entrevistados individualmente os profissionais da equipe de saúde da ESF fluvial, tanto os de nível superior quanto técnico que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A pesquisa qualitativa valoriza a fala e preconiza alguns instrumentos para que se faça a mediação entre os limites teórico-metodológicos e a realidade observada, dentre eles a entrevista. A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. A entrevista possibilita ao pesquisador realizar um mapeamento das práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de determinados universos sociais. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. (MARCONI E LAKATOS, 2010).

A entrevista semiestruturada deve seguir um roteiro, que dentro desse conceito, deve desdobrar as categorias analíticas considerados indispensáveis e suficientes em tópicos que contemplem as dimensões da experiência e significados. Contendo no guia da entrevista apenas alguns elementos indispensáveis, que facilitem a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2010).

Para essa pesquisa foi realizado um pré-teste para avaliar se o roteiro de entrevistas estava adequado. O roteiro que consistiu em perguntas que estão relacionadas a temática relacionadas ao prazer e sofrimento no trabalho. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a exploração e análise de todo o conteúdo obtido.

### **4.3 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES**

Participaram da pesquisa profissionais de saúde das equipes da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Móvel Fluvial que atuam nas comunidades ribeirinhas próximas do município de Manaus e Novo Airão e que concordaram em participar do estudo.

Na unidade básica de saúde fluvial atuam duas equipes da Estratégia de Saúde da Família, no total de 21 profissionais, que consistem em 03 médicos, 04 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de dermatologia, 02 cirurgiões dentistas, 02 auxiliares de saúde bucal, 01 farmacêutico, 02 auxiliares de patologia clínica e 02 bioquímicos.

Dos 21 profissionais, 08 profissionais concordaram em participar da pesquisa, 06 se recusaram a participar, 02 não residiam na cidade de Manaus, 02 marcaram a entrevista mas depois não confirmaram, 03 não se conseguiu estabelecer contato. Participaram da pesquisa 02 médicos, 03 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnico de enfermagem.

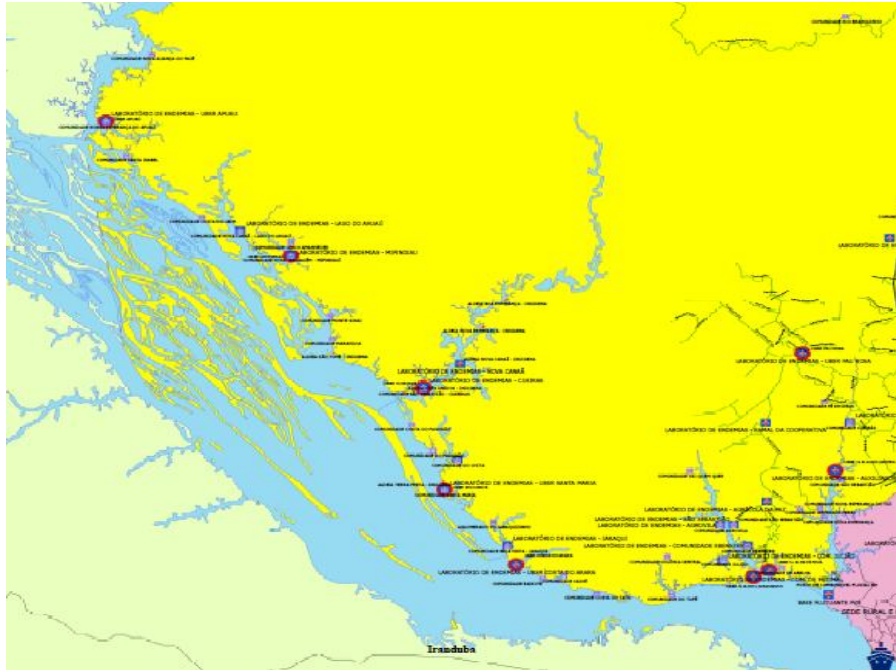
### **4.4 DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO**

O barco foi cedido pelo Tribunal de Justiça e a unidade atende comunidades às margens do baixo Rio Negro e presta cuidados de saúde à população ribeirinha, deslocando-se uma vez por mês visitando 16 localidades que são: Apuaú, Santa Izabel, Nova Canaã/Rio Aruaú, Nova Jerusalém, Mipindiaú, Lindo Amanhecer, Monte Sinai/Igarapé Açu, São Sebastião/Cuieiras, Santa Maria, Boa Vista do Jaraqui, Costa do Arara e Tupé.

A viagem dura uma semana e atende as comunidades das áreas citadas e também a população fora de área. Segundo informações coletadas no Distrito de Saúde Rural- DISAR, durante o período de cheia do rio, as pessoas fora de área tem melhor acesso aos locais de atendimento.

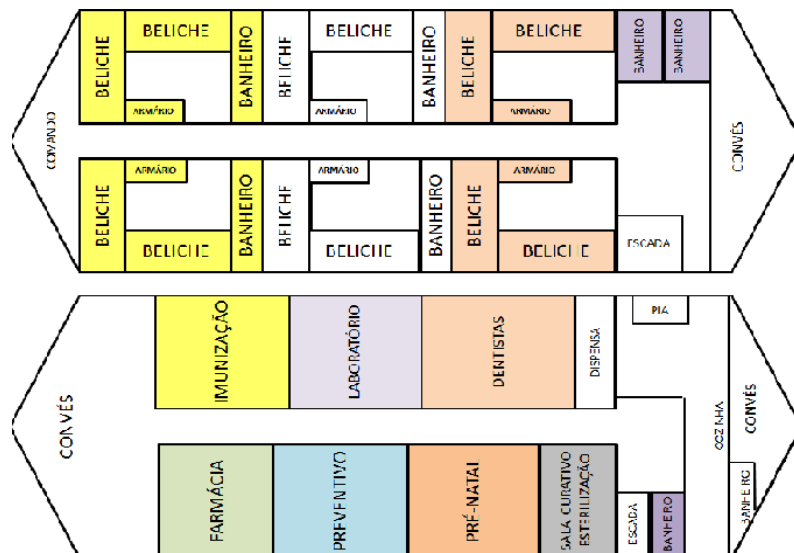
A programação das viagens é feita com antecedência, sendo o calendário com os dias e meses de visitas disponibilizados aos locais que recebem o atendimento, desse modo as pessoas podem se programar para os dias de atendimento. A carga horária de trabalho é de 08 horas diárias, porém os profissionais precisam ficar em alerta, para atender urgências e emergências, o que faz parte da contagem de horas para fechar a carga horária mensal trabalhada.





**Figura 1.** Mapa da área das comunidades atendidas pela ESF Fluvial no baixo Rio Negro.

A unidade desenvolve todas as atividades rotineiras de uma ESF. Quanto à estrutura, possui laboratório de análises clínicas e assistência farmacêutica, sala de coleta de preventivo, consultório de pré-natal, consultório odontológico, sala de curativo e esterilização, e sala de imunização. Conforme a planta do barco mostrada na **figura 2** abaixo.



**Figura 2.** Planta do Barco da Unidade de Saúde Fluvial.

## 4.5 PROCEDIMENTOS

Como metodologia proposta, pretendia-se viajar na embarcação da Unidade de Saúde Fluvial, para acompanhar a rotina de trabalho da equipe de saúde na realização dos atendimentos às comunidades, para que fossem empregadas a outra técnica de coleta de dados, a observação participante. Segundo Lakatos e Marconi (2010) a observação auxilia o pesquisador a obter fatos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, porém orientam seu comportamento. Possui diversas vantagens tais como: Possibilitar meios diretos e satisfatórios para estudar uma ampla variedade de fenômenos; Exige menos do observador do que as outras técnicas; Permite a coleta de dados sobre um conjunto de atitudes comportamentais típicas; Depende menos da introspecção ou da reflexão; Permite a evidência de dados não constantes do roteiro de entrevistas ou de questionários.

Entretanto não foi possível que fosse feita a viagem com a equipe, a partir desse entrave adotamos outra forma de acesso as informações. O estudo limitou-se então a exploração do material obtido das entrevistas individuais para que fossem extraídas as informações acerca do trabalho dos profissionais.

Foi necessário comparecer a algumas reuniões da equipe no Distrito de Saúde Rural para entrar em contato com os profissionais no primeiro momento, explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a colaboração na pesquisa. Posteriormente, obteve-se acesso aos contatos dos profissionais e foram marcadas as entrevistas individualmente. Algumas entrevistas foram realizadas em locais de trabalho e nas residências dos profissionais e outras em locais que eram possíveis os encontros. Todas as entrevistas foram realizadas na cidade de Manaus.

## 4.6 PLANO DE ANÁLISE

Para a análise dos dados das entrevistas utilizamos a Análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) apresentada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Faz-se uma descrição analítica do conteúdo das mensagens, no caso da entrevista, constitui-se de uma análise dos significados e dos significantes.

A análise de conteúdo tem objetivo de descobrir os núcleos do sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico

visado. Compreende as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A fase da pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; a fase da exploração do material visa criar categorias que alcancem o núcleo de compreensão do texto; na fase do tratamento dos dados obtidos e interpretação, o analista propõe inferências e realiza interpretações acerca dos resultados obtidos, através de operações estatísticas simples ou complexas, relacionando-os ao quadro teórico desenhado inicialmente (MINAYO, 2010).

A partir das respostas produzidas nas entrevistas individuais, fizemos a análise sistemática buscando agrupar através do mapa temático as semelhanças e diferenças e a categorização das respostas, obtendo-se a perspectiva coletiva do grupo.

A proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado. Para Orlandi (2003) a linguagem estabelecida pelos interlocutores possui significação e o modo de sua existência é social, o que possibilita usá-la como trabalho. O discurso é compreendido como fenômeno social, onde a unidade de análise é o texto.

O discurso é tido conceito teórico e metodológico e o texto como conceito analítico correspondente havendo uma relação entre eles, o texto se constitui como unidade de significação, e representa a totalidade de onde se parte a estruturação do discurso.

De acordo com Duarte (2004) as categorias de análise podem ser escolhidas antes da realização das entrevistas, tendo como base o referencial teórico proposto, ou de um conhecimento empírico prévio do campo de estudo. Podem também surgir no momento da análise a partir de dados recorrentes observados nas entrevistas, a partir disso deve-se reunir esse conteúdo em unidades de significação para a análise final.

Nessa pesquisa foram estabelecidas as categorias que visavam ser apreendidas, a partir do roteiro de entrevista em anexo, que são:

- 1- Prazer e sofrimento na realização do trabalho** que buscou verificar quais elementos são causadores de prazer e sofrimento patológico e criativo na situação de trabalho;

- 2- **Reconhecimento** que verificou se estes trabalhadores se sentem reconhecidos e como lidam com o (não) reconhecimento;
- 3- **Estratégias defensivas da profissão** que são as estratégias que os trabalhadores utilizam para lidar com o sofrimento;
- 4- **Organização do trabalho** que teve como objetivo obter informações acerca da rotina de trabalho dos profissionais;
- 5- **Relações interpessoais** que buscou verificar as relações de trabalho, entre os pares e a com a gestão;
- 6- **Relação saúde-adoecimento que verificou** a existência de elementos adoecedores e quais são os que promoviam a saúde.

#### 4.4 FASES DA ANÁLISE DOS DADOS

Na pré-análise da pesquisa fizemos a organização do material coletado, ou seja, a partir da transcrição das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde, foram retomadas as categorias propostas alinhadas aos objetivos, e através da leitura flutuante buscamos a identificação de novas categorias e o estabelecimento da formulação de novas hipóteses e objetivos. O corpus da pesquisa segundo Bardin (1977) deve valer-se de critérios: da exclusividade: de priorizar as categorias pré-definidas; da representatividade: onde se estabelece uma amostra efetiva do universo estudado; da homogeneidade: deve estabelecer critérios precisos de escolha acerca dos dados coletados; e o da pertinência: que significa garantir que os dados estejam alinhados aos objetivos.

Na fase de exploração do material construímos um mapa temático que buscou agregar os temas que se referiam a cada categoria de análise, examinando por exemplo uma fala que diz: “o que está no papel é diferente do que faço todos os dias no meu trabalho” esta fala poderia ser encaixada na categoria trabalho real e prescrito dentro do mapa temático. O mapa temático consistiu em uma tabela que nos permitiu uma visualização geral dos dados coletados, cada fala foi encaixada na coluna do tema a qual correspondia. Novas categorias entraram no mapa, que surgiram a partir das informações e eram pertinentes. Essa fase tratou basicamente então de codificar as unidades de análise e classifica-las em categorias simbólicas ou temáticas.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado

(entrevistas). Nessa fase o objetivo era o de fazer uma justaposição das categorias, comparando as semelhantes e as diferentes. Todo o material foi estudado à luz da Psicodinâmica do Trabalho para a partir daí serem feitas as inferências sobre a realidade estudada. A partir da transcrição, as falas foram agrupadas de acordo com as categorias que se pretendiam analisar.

A Psicodinâmica do Trabalho valoriza a fala dos trabalhadores e do coletivo de trabalho, pois nela está expresso o sentido que é dado ao trabalho através das vivências e relação do trabalhador com este “[...] o sentido que o sujeito constrói é fortemente singularizado pela forma através da qual a situação atual de trabalho se encaixa, faz ressonância com as experiências passadas e expectativas atuais do sujeito; [...]” (DEJOURS; ABDOUCHELI 2007, p. 141).

Os espaços que se destinam a ouvir estes trabalhadores possibilitam apreender a realidade observada, as relações, a organização do trabalho e o trabalho real e prescrito. Assim a partir das entrevistas coletadas pretendeu-se também identificar essas categorias. Os relatos permitiram obter conhecimento sobre as defesas utilizadas, estas caracterizam-se pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador, ou seja, pelas estratégias defensivas que os mesmos utilizam para lidar com o sofrimento; e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, permitindo a ressignificação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer.

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Respeitando as normas éticas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Ver Anexo 7.2), onde os profissionais autorizaram a participação na pesquisa, gravação e a utilização das informações obtidas através da entrevista semiestruturada.

## **CAPÍTULO V- Resultados e Discussão: Trabalho e subjetividade a partir da fala dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família Fluvial**

Neste capítulo apresentaremos os resultados e a discussão das entrevistas conforme as categorias selecionadas a partir da leitura das transcrições e do referencial teórico adotado da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1992, 2006, 2015). Ao final, as temáticas que foram abordadas são as seguintes: Prazer e sofrimento na dinâmica de trabalho, Reconhecimento, Estratégias defensivas da profissão, Organização do trabalho, Relações interpessoais e a Relação saúde-adoecimento no trabalho.

Das duas equipes da Estratégia de Saúde da Família, que atuam no barco, foram entrevistados 08 profissionais, como mencionado anteriormente. A média de idade dos participantes variou de 33 a 56 anos, eram em sua maioria do sexo feminino e o tempo de atuação na equipe variou de 2 a 22 anos.

### **5.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

#### **5.1.1 Rotina de trabalho**

No que se refere a rotina de trabalho desses profissionais, as viagens no barco Catuiara são realizadas 1 vez por mês e duram 07 dias, visitando as comunidades para a realização dos atendimentos. As comunidades possuem o calendário das equipes e se programam para os dias de atendimento. As equipes realizam todas atividades concernentes as ESF's, que são de acordo com o manual da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012). Como particularidade a ESF Fluvial também realiza atendimentos de urgência, configurando-se como uma unidade de saúde da família que precisa extrapolar as atribuições de uma unidade atenção primária urbana.

Antes de partir do porto de Manaus, os profissionais de saúde se reúnem no Distrito Rural de Saúde- DISAR para tratar de assuntos relacionados à viagem, como planejamento e organização das ações, resoluções de problemas entre outros. Para alguns profissionais a rotina começa antes da saída do porto, assim que entram na unidade fluvial, com a preparação de materiais que serão utilizados no dia seguinte. Como por exemplo, os materiais que serão utilizados na farmácia, odontologia e enfermagem. Conforme se observa na fala abaixo:

*“A rotina começa com uma reunião que nós temos agora, quando sai de Manacapuru já vai direto pro distrito pra reunião, depois dessa reunião como eu não vou pra casa de ninguém aqui vou direto pro barco, aí lá já começo a organizar né, pra preparar o consultório, ver se tem gaze estéril, se não tem, tem que preparar gaze, esterilizar gaze, vê se o material tá estéril, se tem algum material pra esterilizar, tudo isso. E organizar todo o consultório né, desde papelada, que a gente agora com a estratégia, a gente usa muito muito papel lá. Entendeu, é muita produção é, contabiliza vários programas diferentes, aí tem que ver se tá todos os papéis se tá tudo em ordem, tudo isso a gente tem que preparar já, pro dia seguinte”. [E 5]*

O atendimento no barco inicia às 8h na manhã seguinte, e não tem hora específica para terminar podendo se estender até às 19h de cada dia, sendo que também são feitos atendimentos de urgência que aparecem no período noturno, como é observado na fala de um dos profissionais:

*“Lá no barco nós temos, o primeiro dia de viagem é o dia mais cansativo porque a gente sai à noite, então viajamos mais de 10 horas né, do barco pra poder chegar no último local de atendimento que já faz divisa com Novo Airão. Aí de manhã a gente já começa o atendimento pelas 8 horas aonde tem a palestra, e em seguida 8 e meia a gente já começa o atendimento da população. Aí não tem hora pra terminar, porque a gente tem um limite de ficha mas nunca é cumprido né e se tiver procedimento também extrapola, aí o barco só sai quando todos terminam de atender geralmente meio dia, 11 e meia meio dia, e aí a gente se desloca pra outra comunidade e reinicia os atendimentos 2 da tarde. Também, aí a gente fica até encerrar tudo 6, 6 e meia...às vezes termina às 5, às vezes às 7...se chegar urgência durante à noite a gente atende também”. [E 2].*

O trabalho da equipe visa atender todos os comunitários da demanda espontânea, mesmo que ultrapasse o horário de funcionamento da unidade. Desse modo a carga horária de trabalho ultrapassa nessas ocasiões as 08h por dia propostas pela PNAB acerca das ESF Fluviais (BRASIL, 2012). Os entrevistados relataram que se esforçam para estender os horários devido às múltiplas dificuldades que os usuários enfrentam para obter o atendimento, principalmente em relação ao acesso ao barco, alguns vêm remando de muito longe, e ficam aguardando o atendimento por um longo período de tempo. Os profissionais afirmaram levar em consideração os fatores sociais das comunidades e referem tentar ofertar um serviço diferenciado de acordo com as necessidades da população, respeitando as peculiaridades da região.

O horário estendido dos atendimentos contribui para a sobrecarga de trabalho dos profissionais, o que reflete na saúde física e mental destes, pois diminui o tempo de descanso, aumentando os níveis de desgaste físico e emocional.

A carga de trabalho consiste na compreensão de que em uma atividade laborativa há uma relação de tensão entre as exigências do processo biológico e psicológico do trabalho e a capacidade do trabalhador corresponder a elas, fatores de risco e fatores nocivos podem incidir na saúde dos trabalhadores. Desse modo a sobrecarga configura-se através da superestimação das atividades e o trabalhador já não tem capacidade de corresponder a todas as exigências, o que reflete em sua saúde tanto física quanto psicológica, podendo se manifestar como fadiga, absenteísmo, distúrbios musculoesqueléticos, entre outros (FRUTUOSO E CRUZ, 2005).

Alguns entrevistados citaram que essa excessiva carga de trabalho reflete na saúde deles, relatando queixas como dores nas articulações e lesões por esforço repetitivo, como nas falas a seguir:

*“Às vezes dá dores nas costas”. [E 6]*

*“Ah, tem! A gente vai, esses dedinhos aqui foi quando eu comecei a trabalhar, já tem deformidade né, desse, calo...”[E 2]*

Os profissionais também relataram cansaço, problemas estomacais, dores de ouvido por conta do barulho do barco, acidentes como por exemplo, quedas que ocasionaram fraturas. Para Dejours (2007) a patologia da sobrecarga favorece o adoecimento através das LER/DORTS, burnout e outras doenças resultantes da intensificação do trabalho, alienando o desejo dos sujeitos que passam a adotar as metas da organização que se tornam cada vez mais elevadas, aumentando a sobrecarga.

*“Olha, pela intensidade ele fica, fica, que a gente se cansa muito, é a **intensidade de tarefas né**. Porque eu até vejo, aqui em Manaus tem o dia do pré-natal, o dia do preventivo não é? as unidades tem o dia do não sei o quê, é diferente o nosso. O nosso é o dia de tudo, entendeu?”[E 5]*

*“**Muito. Tanto físico como psicológico. São os dois desgastes.** E à noite, não sei se eu posso falar isso na tua entrevista, mas assim, **a gente não tem o conforto pra dormir**”.[E8]*

*“**Fisicamente sim! Porque a jornada ela é intensa, ela é assim, você tem hora pra começar, não tem hora pra terminar.** Tem comunidades assim, que a gente começa sete e meia (07:30) e termina nove horas da noite (21:00), acontece várias vezes né. Então tem hora pra começar e não tem hora pra terminar. E é desgastante porque, quando você termina nove horas da noite, por exemplo agora aconteceu, eu fico pensando naquele usuário que estou atendendo que vai atravessar aquele rio inenso de canoa né, então eu fico emocionalmente desgastada com isso”. [E 7]*



### 5.1.2 Condições e Organização do trabalho

Para Dejours (1992) as condições de trabalho relacionam-se a aspectos físicos (luminosidade, temperatura, barulhos), químicos (poeiras, vapores, gases e fumaças), biológicos (vírus, bactérias, fungos e parasitas), condições de higiene e segurança. No contexto de trabalho da ESF Fluvial encontramos que as condições ambientais contribuem para o desgaste conforme algumas falas a seguir:

*“É! É cansativo, a parte física, a gente sobe, principalmente agora com a seca né, sobe muito barranco (...)”. [E 3]*

*“Desgastante para também escrever, muito cansativo porque a gente faz um atendimento muito maior do que a gente faria aqui né, não é numa sala, num ar-condicionado (...)”. [E 2]*

As condições de trabalho nas quais os profissionais entrevistados estão submetidos configuram-se também como um fator de estresse e desgaste, estes expressaram dificuldades relacionadas tanto a fatores de estrutura quanto à falta de materiais essenciais para os atendimentos, forçando muitas vezes os profissionais a improvisar no desenvolvimento do seu trabalho.

Os entrevistados referiram que algumas vezes, por não terem um espaço para atender nas comunidades, trabalham em espaços cedidos nas comunidades, como por exemplo, casas, escolas e até comércio. Conforme verifica-se nas falas a seguir:

*“(...)digamos que o posto de saúde é deu um temporal, aí o telhado voa, ou quebrou, aí ficam 3, 4 meses sem assistência né, mas a gente atende naquela comunidade, a gente acaba procurando algum outro ambiente. Aí tem pessoas que doam a casa, tem outros que doam algum comércio ou até mesmo a escola. A gente tem parceria com as escolas e em cada comunidade atendemos na escola “(E1).*

Dentro das dependências do barco, as condições também não se apresentam como ideais, há reclamações acerca do espaço destinado aos atendimentos, consideradas pequenas e que não promovem a escuta sigilosa.

*“É, assim, um pouco apertado né, é um pouco assim, um pouco insalubre mesmo, eu acho assim um pouco apertado, a farmácia, como eu faço um atendimento diferenciado, a farmácia clínica né, eles adentram a farmácia, realmente eu fico um pouco apertado. Mas dá pra, dá pra suportar”. [E.6]*

*“Esse [condições de trabalho] que é o problema, tanto físico né, que é uma dificuldade que a gente encontra nas comunidades, porque eles não têm estrutura*

*física, não tem posto de saúde, a gente atende a maioria nos colégios, aí os alunos têm que ter as aulas suspensas, os colégios são precários né, não tem energia elétrica, não tem água encanada, na maioria das comunidades. E aparte estrutural nossa p0ra pequenas cirurgias, que tá incluso né na Estratégia Saúde da Família, a gente também tá com grande dificuldade”. [E 2]*

A falta de recursos também é observada em várias falas, sendo que em diversas situações, o trabalhador chega a utilizar dos seus próprios recursos financeiros ou traz de seus empregos na cidade alguns materiais necessários que não são enviados ao barco. O imprevisto então se torna mais presente.

*“O ambiente de trabalho assim, eu acho que a gente trabalha muito com o imprevisto, né. E imprevisto...de natureza, de âmbito mesmo, é...é às vezes assim, tem uma chuva forte, e a gente tava programando isso, aí não deu pra fazer daquela forma por causa da chuva, e às vezes alaga, tem aquele período de...de estiagem né, então assim é diferente, a gente tem que se adequar ao meio, a gente da área fluvial a gente tem que se adequar ao tempo, à temperatura, à enchente, à várzea, então é, é muito peculiar isso, de ser diferente da nossa unidade, de onde eu trabalho, fixo né, todos os dias né de outra unidade, porque vai ser sempre aquela mesma coisa, sempre aquele mesmo ambiente de trabalho, lá não, olha um dia eu posso tá trabalhando na sala de imunização, no outro dia já eu tô lá fora, mas às vezes nós não temos assim, se o médico ocupa uma sala, hoje esse barco atual, ele tá fazendo procedimento ali e uma outra colega tá ajudando, eu já tenho que ir pra outra sala, fazer um outro procedimento, então isso aí é muito peculiar do barco né, a gente tem que resolver”. [E]*

Para Feldman, Ruthes e Cunha (2008) o imprevisto surge da necessidade de falta de opções ou descontentamento, e por meio da criatividade, o trabalhador reorganiza sua situação de trabalho. Analisando o trabalho de profissionais da enfermagem Souza et al. (2009, p.357) reitera que a falta ou insuficiência de recursos materiais na atividade de trabalho propicia que os profissionais façam uso de adaptações e improvisações para finalizar a tarefa. “Entende-se como improvisar o ato de fazer, arranjar, inventar ou preparar rapidamente materiais que não são os mais adequados para determinada finalidade”.

Consideramos que o imprevisto também está relacionado com duas dimensões denominadas por Dejourns (2004) como trabalho prescrito e trabalho real. Para Dejourns (2004) o trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa, representa um registro que satisfaz uma necessidade de orientação, burocratização e fiscalização. O trabalho prescrito pode ser fonte de reconhecimento e de punição. Já o trabalho real é o próprio momento de

execução. Trabalho é definido como tudo aquilo que não está prescrito, porque não é o prescrito que realiza o trabalho, mas a ação real do trabalhador.

No cotidiano do serviço, a realidade das condições de trabalho das equipes entra em confronto com a prescrição estabelecida, sendo necessários diversos arranjos conforme relatado pelos entrevistados. Assim, consideramos que o imprevisto tem sido utilizado em decorrência dessas dificuldades citadas, podendo gerar angústias e sofrimento para o trabalhador.

“(…)o real se revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso da mestria. O mundo real resiste. Ele confronta o sujeito ao fracasso, de onde surge um sentimento de impotência, até mesmo de irritação, cólera ou ainda de decepção ou de esmorecimento. O real se apresenta ao sujeito por meio de um efeito surpresa desagradável, ou seja, de um modo afetivo. É sempre afetivamente que o real do mundo se manifesta para o sujeito. Mas ao mesmo momento que o sujeito experimenta afetivamente a resistência do mundo, é a afetividade que se manifesta em si.” (Dejours, 2004, p.28)

Diversos autores (Junior et al. 2013; Chaves et al.,2016; Santos et al.,2016; Siqueira et al, 2013) citam a falta de estrutura adequada das unidades de saúde da atenção básica, como espaço físico inadequado, falta de materiais, equipamentos, medicamentos e escassez de profissionais, sendo um dos problemas que mais compromete o trabalho das equipes. Apesar de que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), deve ser feita a manutenção regular dos insumos necessários para o funcionamento das unidades de saúde.

No estudo de Katsurayama et al (2016) realizado com profissionais das equipes de saúde da família de 04 municípios do interior do Amazonas, também foram observados esses fatores como falta de estrutura, medicamentos e recursos humanos, onde o profissional frente à essas condições, sentia-se na impossibilidade de reorganização do trabalho, assumindo uma postura de resignação diante das más condições de trabalho, através de falas como “a gente faz o que pode”.

### 5.1.3 Sofrimento, prazer e estratégias defensivas

O sofrimento é central para a teoria Dejouriana, é resultante da vivência do trabalhador com a organização do trabalho, que compreende: a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder entre outros.

“Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de prazer e tensão” (DEJOURS, 2015.p. 29).

O trabalho pode ser fonte de sofrimento e de prazer quando a organização do trabalho permite que este desenvolva uma relação saudável com o trabalho, os sujeitos podem investir sua criatividade para desenvolver estratégias frente aos sofrimentos gerados nas situações laborais. Para lidar com o sofrimento o sujeito emprega defesas que permitam controlá-lo. (DEJOURS, 1992; 2006)

Assim, segundo Dejours (1992) as “estratégias defensivas” caracterizam-se como mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores, por vezes de modo inconsciente, para negarem (negação do próprio sofrimento e sofrimento alheio no trabalho) ou racionalizarem (evitação e eufemização da angústia, medo e insegurança vivenciados no trabalho) o sofrimento e o custo humano no trabalho.

“O sofrimento do qual as estratégias defensivas tentam assumir o controle mental, está sempre intimamente ligado às exigências organizacionais do trabalho. Em outras palavras, todo o campo da saúde mental no trabalho remete a organização do trabalho, enquanto a saúde física remete, sobretudo as condições de trabalho” (DEJOURS, 2017).

As estratégias defensivas são importantes na adaptação do sofrimento, podendo ser construídas coletivamente, o que contribui para a coesão do coletivo de trabalho, ao compartilharem com as experiências de viver a situação de trabalho, esse viver que implica a experiência da pressão, de viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2006).

Katsurayama et al (2016) analisando um contexto de trabalho semelhante observaram em sua pesquisa que os profissionais buscavam estratégias que visavam aliviar o sofrimento e diminuir o impacto negativo causado pela situação de trabalho, como dor e frustração e impotência diante das dificuldades. A racionalização foi identificada pelas autoras como o meio encontrado por estes profissionais para aliviar o sofrimento, por meio da busca de explicações lógicas para permanecer no trabalho (Katsurayama et al, 2016). Nas entrevistas realizadas também identificamos a racionalização como estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores, conforme as falas abaixo:

*“O tempo ele é um... cura tudo... ele traz pra gente um certo alento...pra quem trabalha lá é satisfatório a gente passa sete dias como se fosse é ... é ...1 dia porque passa voando o trabalho ele é tão intenso que não dá tempo de você parar pra ficar pensando muito (...)”. [E 3]*

*“Dificuldades assim, tem, tem... mas assim, como qualquer outro serviço, nem sempre você dispões de tudo que você gostaria de ter, entendeu? Mas, a gente, quando você gosta de realizar um trabalho você não põe dificuldades, entendeu? Sempre você acha uma saída, sempre você tem uma saída, né, e quando você não gosta, aí você vai... Daquilo que você não gosta, aí qualquer coisinha você vai botar uma barreira pra não realizar o serviço, né”. [E.8]*

Outro fator de sofrimento citado pelos entrevistados era as condições de vida dos usuários das comunidades atendidas. As comunidades atendidas pela equipe são formadas por famílias que vivem da agricultura familiar e com poucas opções de sustento. No estado do Amazonas, existe uma população rural estimada em 728.495 pessoas vivendo em situação de elevada vulnerabilidade social e sanitária, que interferem diretamente na qualidade de vida da população, tornando mais a alimentação restrita, ocasionando desnutrição. Há poucos dados sobre essas comunidades pesquisadas, os relatórios técnicos do Distrito Rural de Saúde (DISAR) da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus estimam uma população de 3.800 pessoas, distribuídas em aproximadamente 25 pequenas comunidades espalhadas numa extensa região geográfica que abrange as margens do baixo Rio Negro (PEREIRA et al., 2016). Os profissionais acabam se compadecendo dos usuários e sentem-se impotentes diante da realidade que os moradores vivem.

*“Eles têm o poder aquisitivo muito baixo, por incrível que pareça essa é uma realidade na biqueira de Manaus, mas que é invisível aos olhos do poder público. O poder público não chega, não chega lá, nós chegamos lá na saúde uma vez ao mês, nós temos um atendimento a cada, assim um período, a manhã numa comunidade, a tarde em outra, então é isso que fez o poder público”. [E 7]*

*“Gera. Eu acho que eu nunca aprendi, eu acho que nunca vou aprender a separar assim a parte emocional né, isso me angustia porque a gente se envolve”. [E 2]*

*“Não, não! Essa questão que a gente as vezes sensibiliza né, mas sofrimento não!” [E]*

O artigo de Teixeira, Mishima e Pereira (2000) acerca do trabalho de enfermeiros na atenção primária na estratégia de saúde da família, sinaliza os mesmos desafios e sofrimentos no atendimento de comunidades carentes. Segundo essa pesquisa, para os profissionais entrevistados, cuidar da saúde estava relacionado com melhorar as condições da família, por meio da busca de soluções para seus problemas de forma mais humana, aparecendo nos discursos palavras como solidariedade e ajuda ao próximo com sentimentos de gratificação por contribuir na melhoria de saúde das comunidades carentes.

Enfrentar as determinações econômicas e sociais dos processos saúde-enfermidade envolve ações que extrapolam o setor saúde e incluem intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. Nesse sentido, também destacamos a importância de políticas de desenvolvimento socioeconômico, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social (CARVALHO E BUSS, 2009).

Os entrevistados também referiram diversos sofrimentos relacionados com a distância de suas famílias devido ao período de uma semana longe de casa. Referiu-se ansiedade, angústia e saudade, principalmente quando deixavam na cidade algum parente doente ou hospitalizado. Houve relato até de parente que faleceu e que sofreu sequestro-relâmpago.

Observamos similaridades dos relatos desses profissionais com estudos feitos com trabalhadores das plataformas marítimas de petróleo, chamados de trabalhadores *offshore*, esses ficam confinados em média por 14 dias para a realização do trabalho. Nesses estudos destaca-se os desafios do convívio intenso entre pessoas de culturas e comportamentos diferentes que precisam residir no mesmo local, e que ficam distantes de seus lares. Leite (2009) mostra que esses trabalhadores precisam contar o tempo como recurso psicológico para que este passe mais rápido. Na equipe de saúde da família fluvial este ponto também foi bastante citado.

*Que vai passar, que aquilo é meu trabalho, que aquilo ali me ajuda, procuro pensar assim. Porque se tu focar só no problema né, é difícil. E é árduo, o trabalho é árduo, às vezes as pessoas comentam “ ah! Mas no barco só são 7 dias!” são intensamente trabalhosos esses dias.[E 5]*

Diante da distância, os profissionais refletiram sobre a falta de comunicação com os familiares, pois a tecnologia que nos permite manter comunicação a todo momento não existe nesse espaço, dando lugar a angústia:

*A comunicação...a gente não tem comunicação é totalmente isolado, e esporadicamente temos wi-fi em algumas comunidades das escolas, é complicado a gente fica no máximo 3 dias sem comunicação nenhuma. Aí depois chega numa comunidade que tem e a gente entra em contato e fala.[E 1]*

*“Consegui wi-fi em uma comunidade mas não recebi e nem enviei nada, então a parte ruim é isso de ficar sem o telefone né, a gente fica preocupado de deixar mãe aqui, pai, e...” [E 2]*

*“O negativo que eu vejo é essa distância né, essa questão de a gente tá longe da tecnologia, essa questão de informação em tempo real, essas coisas todas. O que eu vejo de positivo é realmente a gente assistir aquele povo que tanto precisa né, ele é muito positivo por que, outra, como nós estamos há muito tempo, então nós conhecemos assim, as famílias, nós conhecemos as nuances de cada comunidade, cada comunidade é diferente né, e esse tempo já nos levou a conhecer quais são os problemas daquela comunidade, da outra comunidade, e a gente direcionar o trabalho baseado em cada problema, e cada usuário, nós conhecemos a vida deles, então nós já temos aquele atendimento direcionado conforme ele necessita né”. [E 7]*

De acordo com Spritzer et.al (2016) o uso das tecnologias está cada vez mais frequente, aumentando o tempo de atividades que fazemos online e o tempo que permanecemos conectados a elas. Sendo cada vez mais frequente pessoas que desenvolvem dependência em tecnologia, sendo impossível para muitas pessoas, imaginar hoje, um aparelho sem todas essas funções que possuem as inúmeras funções de um computador com a mobilidade dos telefones celulares.

No caso dos profissionais da ESF Fluvial, o acesso a informação permitiria estar mais perto de casa mesmo que a uma longa distância, traria um pouco mais de conforto saber que seus familiares estão bem.

O sofrimento é explicitado de diversas formas pela equipe, entretanto são também vivenciadas formas de prazer. Atender a comunidade e perceber a resolutividade são fatores que promovem a satisfação no trabalho, conforme as falas a seguir:

*“A gente quando tem um trabalho que a gente vê que tá tendo um retorno e que também tá...tá conseguindo fazer a diferença e a mudança, isso traz pra gente uma satisfação pessoal e profissional e nesses quatro anos que eu estou viajando eu me sinto muito satisfeito com a equipe e sou contente com que eu faço e muito agradecido por estar sendo bem recebido e conseguindo desenvolver um bom trabalho então...”[E 3]*

*“Eu amo! Não posso nem dizer “gosta” porque gosta ...”(E)*

*“O fato de sentir útil, eu acho que isso daí pra qualquer profissional é tudo né? Muito bom!”[E.7]*

*“É o reconhecimento da comunidade saber que o medicamento certo, na hora certa, na dosagem certa tá chegando, e tá fazendo que o medicamento não é o fim, é o meio do tratamento do paciente”.*

O trabalho é fonte tanto de prazer quanto de sofrimento, vivências que implicam em uma contradição e não são excludentes. Essa contradição “é guiada por um movimento de luta do trabalhador para busca constante de prazer e evitação do sofrimento, com a finalidade de manter o seu equilíbrio psíquico” (MENDES e MORRONE, 2003, p. 27).

O prazer no trabalho é um dos elementos centrais que favorecem a saúde do trabalhador, surge na possibilidade de ressignificação do sofrimento, quando permite inovação, criatividade e desenvolver novas formas para a execução da tarefa, quando possibilita a interação, o reforço da identidade pessoal e quando a organização do trabalho possibilita essa transformação do sofrimento (MENDES, 2011).

A satisfação de fazer um bom trabalho, ter a sensação de dever cumprido e o sentir-se útil, e uma das vias de prazer que os profissionais relataram na entrevista, por meio do reconhecimento da comunidade, podem dar um sentido a todas as dificuldades enfrentadas no trabalho.

#### **5.1.4 Reconhecimento**

Outra dimensão relacionada a subjetividade no trabalho que estávamos interessados era acerca das percepções do reconhecimento no trabalho desses profissionais. Para a teoria Dejouriana o reconhecimento tem significativa importância no processo de transformação do sofrimento em prazer, implica na capacidade de mobilização política e mudança da realidade do trabalho (MENDES, 2011).

*“O reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho (o que é classicamente designado em psicologia pela expressão “motivação no trabalho”)”(DEJOURS, 2006, p.34).*



Todos os entrevistados citaram que o reconhecimento por parte dos usuários é notório, pois os comunitários têm vínculos estabelecidos com a equipe e a conhecem pelo nome, o que gera prazer de se trabalhar com essas comunidades. A percepção dos entrevistados é de que existe uma expectativa dos comunitários pela chegada da equipe, de que eles resolvem com considerável resolutividade às necessidades dessa população, e que os usuários expressam muita gratidão aos profissionais. De forma, que apontamos que existem um sentimento claro de reconhecimento dos usuários do trabalho realizado pela equipe, como a fala a seguir expressa:

*“Mas pelo o usuário sim! Sem dúvida, todos, todos... Cada profissional eles sabem pelo nome, pela importância e tudo, e eles têm muito sentimento de gratidão né, conforme cada... Conforme cada trabalho que a gente desenvolve né, então cada profissional eles têm um vínculo, nós temos um vínculo muito forte com as comunidades, e eles têm conosco e o sentimento de gratidão, e isso é reconhecido, é visível”. [E 7].*

*“Começar pelos usuários. Pelos os usuários, agora né, devido a essa aproximação, eu acho que sim, eles já têm uma identificação maior contigo, ou seja no caso com cada um de nós da equipe. Ele já te conhece pelo nome, e as vezes ele nem te chama de enfermeira, ele já se acha assim, um pouco íntimo, aí ele diz assim: “(...), eu queria falar contigo”, entendeu? Ele já tem essa liberdade de chegar, conversar, é... e, e trazer problemas assim que as vezes a gente para, pensa “o quê que eu vou dizer pra essa pessoa?”, eles tem uma confiança no profissional, ele sabe que eles podem contar, isso é bom, isso é gratificante, eles te valorizam, entendeu? Isso é bom” [E 8].*

O sentimento de gratificação pelo trabalho realizado se faz presente por esse reconhecimento da comunidade:

*“Eu vejo(...)que os outros veem importância no nosso trabalho, e ver a resolutividade quando o comunitário vai lá, e te chama pelo nome, eu vejo esse reconhecimento da comunidade pra com a gente” [E 3].*

*“Porque o usuário é o que tá recebendo o atendimento, eu acho que eles ficam satisfeitos com o atendimento, é muito agradável você chegar numa comunidade e as pessoas gostarem de você, te tratarem bem e saberem que você é reconhecido, eles tão te reconhecendo!” [E]*

O reconhecimento para Dejours (2002) perpassa por duas formas de julgamento: o julgamento de utilidade (realizado pela hierarquia da organização), e o julgamento de beleza (realizado pelos pares). Conforme Athayde, Neves e Selligman-Silva (2004) o reconhecimento mais importante é o julgamento dos pares, onde somente esses, pois conhecem efetivamente as

regras de trabalho, têm capacidade de avaliar a *elegância*, o rigor e a engenhosidade do que foi feito, assim como em que medida este trabalho expressa uma singularidade, um esforço maior de mobilização.

Nas entrevistas os profissionais expressaram que este reconhecimento pelos pares se faz muito presente, por cada um compreender o trabalho do outro; e por estarem submetidos às mesmas circunstâncias na situação de trabalho. “Dessa condição também faz parte a busca pelo prazer e pelo reconhecimento, uma vez que esses fatores se articulam com a estruturação psíquica e social dos sujeitos” (MENDES, 2011.p.13).

*“Eu acho que pelos colegas eu fui muito bem recebida, entre a equipe eles tem o costume de elogiar mesmo, valorizar o trabalho do outro, quando tá fazendo as coisas agradecer, isso eu gostei muito dessa parte né com a equipe”.*

O reconhecimento entre pares está relacionado com a percepção da dimensão de trabalho coletivo, no qual cada profissional depende do trabalho do outro. As relações interpessoais mostraram-se coesas na maior parte dos relatos, onde cada um serve de suporte no desenvolvimento de atividades, de apoio emocional e de companheirismo nas atividades de relaxamento:

*“Ser reconhecido...eu acho assim, os colegas, como nós estamos literalmente no mesmo barco, um depende do outro, a gente sabe disso, e que se meu trabalho não fluir, o do colega não flui. Porque o farmacêutico entrega medicação, se eu não fizer, não vai ter resolutividade nenhuma pra ele, então eu acho que a equipe ela tem essa consciência. Sabe, eu vejo muito isso, a equipe tem essa consciência. De que até de respeito, como eu falei anteriormente do tempo, que às vezes o colega já terminou o trabalho dele, mas os outros não, então eu vejo esse reconhecimento”. [E 3]*

*“7 dias em confinamento! É... Como nós somos uma equipe que já estamos juntos a muitos anos, o relacionamento é muito fraterno. Não existe essa questão de aresta, não existe desarmonia, apesar do confinamento, a gente ficar emocionalmente fragilizado, vulnerável, saudade da família, e muitas vezes você viaja com certos problemas né, até familiares, mas mesmo assim a gente consegue contornar, não existe essa questão de desavença e discórdia não. E existe uma cumplicidade muito grande e também uma colaboração dentre os colegas”. [E 7]*

*“Quando você tem uma equipe boa de trabalho, porque eu vejo também assim, a gente se ajuda muito, e isso torna o trabalho mais leve, passa tão rápido! Aí vai, já chegou! Então eu acho o que facilita muito é essa, a gente se ajuda né, um ajudando o outro “eu num sei”, “tô ocupado aqui”, outra vem e faz né “não colega, pode deixar!” então a gente se ajuda. E isso faz com que a gente consiga fazer um trabalho melhor e a gente não se afetar tanto”. [E 8]*

O reconhecimento pela gestão se mostrou com menor expressão pelos entrevistados, a maioria não se alongou no tema ou apenas citou desconhecer:

*“Eu não sei pela gestão né... Eu não posso falar né, mas eu sei que, geralmente os chefes nos atendem, nos respeitam bastante né, é... Mas pelo o usuário sim!”[E 7]*

*“Pela gestão, talvez! Não tem como te dá essa resposta com certeza. Talvez!”[E 5]*

*“Os gestores também às vezes, porque eu acho que a gente tem conselhos é, os comunitários passam pro...sempre chega ao...ao gestor. Porque se a pessoa não tiver o perfil acho que vai ter reclamações e a pessoa vai ser chamada a atenção, não vai poder continuar no barco.”[E 1]*

De acordo com Dejourns (2017) o trabalhador em contrapartida ao que oferece a organização do trabalho, espera por uma retribuição, além do salário também o reconhecimento, as expectativas subjetivas são respondidas quando são reconhecidas as qualidades do seu trabalho. “Quando obtemos esse reconhecimento, as dúvidas, as dificuldades, o cansaço, desaparecem diante do sentimento de ter contribuído para a construção coletiva e de ver validado o lugar que se construiu entre os outros.” (DEJOURS, 2017. p. 101).

O medo também faz parte das dimensões das vivências dos trabalhadores (DEJOURS, 2007), por ser uma entrevista gravada pode suscitar algum tipo de temor por perder o lugar de trabalho, como alguns relatos que mostraram que há uma possibilidade de substituição, como no caso de um profissional da equipe que saiu de licença e não conseguiu mais voltar.

A partir das entrevistas podemos também apreender as mudanças e perspectivas para o futuro desses trabalhadores que poderiam contribuir na melhoria das condições e organização do trabalho destes.

O barco atual que a equipe trabalha apresenta diversos problemas como mencionado anteriormente, em relação a estrutura, os profissionais falaram a respeito da existência de um novo barco que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, informou que substituiria o atual, a equipe citou a expectativa em relação ao barco novo que será utilizado para os atendimentos, tem-se a esperança que este novo possa vir modificado e equipado de acordo com as necessidades da equipe, mas estes não foram consultados acerca das mudanças dessa nova embarcação.

*(...)Nunca o projeto, nunca foi lá, nunca foi um engenheiro ver como é nossa rotina, ver o que precisava, são as coisas de, que a gente sabe né, como são os órgãos públicos. [E2]*

Alguns profissionais têm poucas informações e outros sabem um pouco mais a respeito, entretanto não foram feitas apresentações oficiais acerca. A equipe será dividida e pairam atualmente dúvidas se será positiva ou negativa essa nova reorganização do trabalho.

*“A expectativa do outro, a única reclamação que eu vejo que as pessoas comentam, porque eu não conheço, também não tô por dentro do assunto nem fui ver o novo barco, só vi por fotos assim, falam que vai ter dois banheiros pra toda a equipe, mas também parece que a equipe vai dividir em duas pois é.ai vai...acho que tendo dois banheiros e sendo dividido acho que vai...vai dar pra todo mundo” (E1).*

*Já era pra ter entregue há um ano, eles acham que ao final desse ano entrega um, aí vai ter outro, aí vai mudar totalmente a nossa rotina, porque só vai um médico por cada viagem né, vai cortar a equipe pela metade, a outra metade parece que vai de voadeira que já é um medo que a gente tá também, encontrar aonde tá o barco, assumir a viagem, e a outra equipe volta na voadeira.*

Outras sugestões se referem a mais recursos materiais e humanos, melhorias na estrutura do barco, melhorias na comunidade, capacitação, entre outras.

*“Então cursos, eu acho muito importante pra gente, cursos...” [E 3]*

*“Essa questão da tecnologia né, que tá em primeiro lugar, que a gente, pra dar mais agilidade tanto no atendimento e a gente ter mais tempo pro paciente né, gerar os relatórios necessários essa coisa toda e também dos exames, e eu acredito essa questão material, a gente teria que ter uma alimentação mais saudável, porque nós que fazemos dieta a gente leva né, porque só a alimentação do barco não é tão saudável pra quem faz dieta, pra quem já tá, precisa ter uma alimentação bem saudável. E a questão do aporte financeiro pra que a gente pudesse fazer esse atendimento melhor aos usuários, por exemplo, que as vezes a gente tem que deixar eles em casa, nós não temos esse limite de combustível e essas coisas todas”. [E 7]*

O apoio da gestão também apareceu através da necessidade de se obter resposta mais rápida para a resolução dos problemas.

*“Olha... eu acho que o meu trabalho como é de apoio pra ele ser melhor desenvolvido ele teria que ter uma resposta mais rápida da gestão mais a gente sabe que serviço público as respostas não são imediatas elas são trabalhadas é ...elas são como é que diz... a cobrança tem que ser além da tua capacidade e a tua paciência muito além disso tudo pra que você possa é ... aceitar determinadas coisas tipo: “um consultório o foco quebrou” você precisa de um novo foco pra você conseguir um novo foco você passa dois, três meses viajando sem o foco porque tem que fazer um pedido pra gestão pra fazer um...” [E 4]*

A partir do que foi exposto podemos perceber que estes profissionais apesar de não dispor das condições ideais desenvolvem seu trabalho com de maneira eficiente e resolutive. As condições de vida e dificuldades das comunidades interferem diretamente na realidade sanitária local, fator que dificulta um pouco o trabalho das equipes. E necessário que haja maior

investimento nas condições de trabalho desses profissionais, o que irá refletir na saúde destes e na qualidade do atendimento.

### 5.1.5 Cooperação

Através das entrevistas, também podemos observar a Cooperação como significativa categoria de análise no contexto das equipes. Esta se apresenta como elemento de apoio e subversão ao sofrimento do coletivo de trabalho. O coletivo de trabalho tem papel importante na organização do trabalho permitindo que os trabalhadores partilhem do reconhecimento, desenvolvam inteligência prática e construção da identidade no ambiente de trabalho. Para Athayde (1996) o coletivo de trabalho estabelece a confiança entre os trabalhadores, fator que viabiliza o bom andamento das relações de trabalho, compartilhamento de regras, acordos e normas sociais, contribuindo para o ajustamento da organização do trabalho que perpassa pelas condições éticas.

Socialmente construídas, as regras são o meio de constituição do coletivo, ajudando a organizar as relações entre os trabalhadores, dando coesão aos coletivos de trabalho que, por sua vez, protegem as regras de ameaças externas, buscando adaptá-las diante das inovações tecnológicas e organizacionais em curso. Elas associam maneiras de trabalhar e de viver juntos. Como forças produtivas, elas se apóiam no patrimônio dos humanos no trabalho, valendo-se, em boa medida, da inteligência astuciosa e da sabedoria prática, exercendo papel vital na construção, manutenção e desenvolvimento de sistemas defensivos contra os riscos, contra o medo e o sofrimento no trabalho (FIGUEIREDO E ATHAYDE, 2005.p173).

Observa-se no trecho abaixo de um dos entrevistados que a compreensão das normas e respeito ético é fundamental para a realização do trabalho.

*“(...) a gente que tá de fora a gente tem que ser mesmo imparcial, não é porque que eu gosto de você que eu vou concordar com tudo que você diz, mas a gente tem que respeitar o colega, a opinião do colega, e assim eu vejo lá dentro do barco, apesar de ter as suas diferenças, mas todo mundo chega num acordo, e que pra que o trabalho flua de maneira positiva” [E3].*

No coletivo das equipes da ESF Fluvial, o compartilhamento e construção dos objetivos em comum da organização de trabalho mobilizam a cooperação entre os trabalhadores, a noção de coletividade reforça a unidade da equipe:

*“Então se um tá sobrecarregado, o outro chega, ajuda e todos estão aptos para fazer o mesmo trabalho né, que a gente passa por diversos setores, se um tá sobrecarregado o outro chega lá divide (...)” (E 7).*

*“a gente não espera, não é como numa unidade de saúde, “só vem amanhã, o médico não veio! Só vem amanhã!” o médico tá lá, o farmacêutico tá lá, a enfermeira tá lá, o dentista tá lá, o odontólogo, as meninas do ACD que são maravilhosas, e eu me dou muito bem, as meninas do laboratório (...), então assim, é...faz com que realmente a resolutividade venha mais rápido. Então eu acho que isso que engrandece a nossa unidade fluvial.” [E 3].*

Para Dejours (1993) a cooperação é o que caracteriza a noção de trabalho coletivo, na ausência dela o encontro de vários agentes leva a formação de um grupo mas não necessariamente de um coletivo. No barco há um espaço de fala que além da cooperação gera também o reconhecimento mútuo citado anteriormente.

Esse reconhecimento permite o compartilhamento de sentimentos, ideias e valores relacionados as situações de trabalho. Alguns citaram sentirem-se incomodados pelo fato de não serem reconhecidos por parte de outros profissionais das equipes de saúde que trabalham na cidade, que sugerem que a equipe fluvial vai a passeio ou que trabalha menos por passar apenas uma semana no barco, entretanto desconhecem o fato de que são dias intensos de atendimento, os membros da equipe encontram apoio nos colegas pois vivenciam a mesma situação e tem uma via de alívio de sofrimento.

A expectativa de reconhecimento, as queixas frequentes sobre o não reconhecimento, não ocupam um lugar marginal na análise de situações de trabalho. O reconhecimento é um elemento-chave da cooperação. De fato, o reconhecimento é a forma específica de retribuição psicológica à identidade no mundo do trabalho. A identidade também é o quadro da saúde mental. (A descompensação psiconeurótica implica no centro uma crise de identidade). O reconhecimento é no campo das relações sociais mediadas pelo trabalho, a forma eletiva de gratificação no registro das expectativas do sujeito em relação à realização de si mesmo. (DEJOURS, 1993. P.)

A cooperação também se apresenta na equipe como apoio emocional, fortalecendo os vínculos e motivação no trabalho:

*“(...) a gente acaba lidando com isso...com apoio de um de outro, porque lá a gente um relacionamento muito profissional mais também um relacionamento interpessoal de amizade que você acaba desenvolvendo isso pra poder você se segurar um no outro ali... um que já passou por esse problema te dá um conselho te ajuda te diz soluções até que você nem imagina mais ele tem muitas soluções... em todos os problemas que a gente passa as pessoas são mais experientes por estarem lá já a muito tempo e isso vai confortando a gente vai deixando a gente mais tranquilo e faz com que a gente se motive a continuar (...) (E 4)”.*

*“Os outros ajudam! Entendeu? ...Por exemplo, quando você compartilha com os colegas, e aí sempre alguém tá ali pra ti fortalecer “ Ah, vai dar certo” “Ah, deu tudo certo, chegamos bem e tal” sempre, sempre é com quem a gente conta realmente. Em qualquer lugar sempre tem aquele que a gente a conversa mais né, que tem mais intimidade de dizer certas coisas e outros que você não tem, isso em qualquer setor*

*de trabalho você tem, a liberdade de conversar mais com um, mais com outro né, e se surge algum problema como você pode fazer pra ajudar né, então você tem aquelas pessoas chave que podem ajudar né, e no fim da história sai todo mundo tranquilo [E 8]”.*

Dejours (1993) ressalta que a cooperação é um elemento fundamental no bom funcionamento da organização do trabalho, através dela o coletivo de trabalho desempenhe um papel fundamental na transformação do sofrimento em prazer. A falta de tomar em consideração as condições éticas (espaço de discussão) e as questões subjetivas (reconhecimento) da cooperação, é reduzida a sua única dimensão operativa e instrumental. A experiência, pesquisas de apoio, mostra que, para considerar e gerenciar apenas os requisitos cognitivos-instrumentais da cooperação, as doutrinas gerenciais muitas vezes maltratam o que, no trabalho, pertence à racionalidade de valor e de racionalidade subjetiva.

Dessa forma a organização do trabalho deve possibilitar espaços que viabilizem a cooperação e a constituição do coletivo de trabalho. Nas entrevistas as reuniões entre a equipe viabilizam um espaço de compartilhamento das vivências desse coletivo, entretanto ações em saúde do trabalhador podem proporcionar maiores benefícios a saúde dos trabalhadores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, entende-se que o serviço de saúde ofertado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família Fluvial contribui significativamente para a melhoria das condições de saúde das comunidades do Rio Negro, sendo para muitas pessoas o único acesso a que possuem. A assistência prestada pela unidade tem papel fundamental na região.

A partir das entrevistas realizadas com 8 profissionais das duas equipes que atuam na região do Rio Negro, foi possível apreender alguns dados acerca da realidade das equipes. Com o objetivo de sondar a relação subjetividade, saúde e sofrimento, esta pesquisa foi realizada. Como fatores de sofrimento apresentam-se: as condições precárias de vida da população, que ocasiona o sentimento de impotência diante da realidade apresentada. A falta de recursos materiais e humanos contribui para o estresse e a sobrecarga no trabalho, o acesso restrito ou inexistente de comunicação, além da distância do lar e dos familiares, refletem na saúde mental dos trabalhadores.

A estrutura do barco ocasiona prejuízos na saúde ocupacional, acomodações não adequadas, o barulho do motor, e o balanço do barco provocam mal-estar, a esperança da equipe encontra-se no barco novo, que tem possibilidades de ser melhor que o atual pois será próprio deles, o fator que angustia são as incertezas acerca da nova embarcação, pois não souberam precisar no momento da entrevista o que de fato terá ou não terá no barco.

No que se refere as diferenças encontradas no contexto ribeirinho, todos os entrevistados afirmaram que exercem o trabalho de maneira diferenciada. A dinamicidade dos atendimentos e demandas na unidade fluvial foram citadas. Como fatores de prazer apontam: o reconhecimento e o relacionamento mais próximo com a comunidade, que também facilita o atendimento: “É algo mais próximo, eles nos dão a liberdade de sermos mais próximos deles, as vezes eles desabafam alguma coisa, algum acontecimento em casa, e isso nos faz entender até a razão daquela situação ali entendeu?” [E 5]. Facilitando a continuidade do cuidado. A pesquisa pode visualizar que as equipes de saúde são coesas e que há reconhecimento e apoio entre os mesmos, que apesar dos entraves consegue suporte interno para oferecer um serviço de saúde de qualidade aos usuários, valorizando a escuta e acolhimento dos usuários. A



cooperação no coletivo de trabalho surgiu nos discursos como elemento de subversão ao sofrimento e motivação no exercício das atividades.

Não foi relatada nenhuma ação voltada a saúde do trabalhador do barco, alguns citaram que este foi o primeiro trabalho que propôs ouvi-los e conhecer a atividade que exercem, faz-se necessário como foi citado por eles, que sejam desenvolvidos espaços de escuta e atividades que possam promover saúde, tanto física quanto psíquica, dada a identificação do que tem interferido no processo de trabalho e verificadas as condições e organização do trabalho as quais esses profissionais estão submetidos e suas implicações na saúde, com o intuito de proporcionar um espaço coletivo de discussão que viabilize o alívio do sofrimento, pensar a relação sujeito-trabalho e promover o desenvolvimento de recursos pessoais e coletivos para seu enfrentamento, o que acarretará na melhoria das condições, adequação e relações de trabalho.

Este estudo possui limitações metodológicas em relação aos objetivos iniciais, como material de análise foram exploradas apenas entrevistas. Não foi possível realizar um acompanhamento da rotina in loco, utilizando outras metodologias como a observação ou grupos focais. É importante aprofundar as questões acerca das diferenças técnicas, estruturais, normativas em comparação as UBS's urbanas.

Os resultados alcançados por nossa pesquisa poderão contribuir para subsidiar futuras discussões sobre a formulação de políticas de saúde do trabalhador da atenção primária em áreas rurais na Amazônia, principalmente nas especificidades da relação entre processo de trabalho e sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho?** 4. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

AGUIAR, Luciene. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p.830-840, 2015.

ARAÚJO. Tânia Maria de. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: **Saúde do trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 007.

ARTUR, Karen. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 853-868, sep. 2015.

ASSUNÇÃO. Ada Ávila. FILHO. José Marçal Jackson. Transformações no setor saúde e condições para cuidar. In: **Transformações no setor saúde e condições para cuidar**. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ATHAYDE, Milton; SELIGMAN-SILVA, Edith; NEVES, Mary Yale. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. In: ARAÚJO, A; ALBERTO, Maria de Fátima; NEVES, M.Y.; ATHAYDE, M. **Cenários de trabalho**: subjetividade, monumento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.35-36.

BASTOS-RAMOS, Tereza Pompílio. SANTANA, Vilma Souza. FERRITE, Silvia. Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 641-650, out./dez 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**; v.2. Brasília,

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Passo a passo das ações do departamento de Atenção Básica**. 2. ed. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001.

BAPTISTINI, Renan A; FIGUEIREDO, Túlio AM. Agente Comunitário de Saúde: Desafios do Trabalho na Zona Rural. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo v. 17, n. 2 n p. 53-70, abr.-jun. 2014.

CAMPOS, Dinael Corrêa. **Atuando em psicologia do trabalho, psicologia organizacional e recursos humanos**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, jun. 1996.

CARVALHO, A. V.; SERAFIM, O.C. G. **Administração de Recursos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Pioneira,1995.

CARVALHO, Antonio Ivo. BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.

CHAVES, et.al. Janaina Scacco. Condições de trabalho na atenção básica em municípios de pequeno porte do norte do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina. v. 17. n. 2 . p. 126-133, dez. 2016.

CUNHA, Jane Bittencourt. BLANK, Vera Lúcia G. BOING, Antonio Fernando. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p 226- 236, 2009.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Tradução: Luiz Alberto Monjardim. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

\_\_\_\_\_. **Da psicologia a Psicodinâmica do trabalho**. Selma Lancman & Laerte I. Sznelman (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004.

\_\_\_\_\_, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004.

\_\_\_\_\_, Christophe. Trabalho Vivo. Trabalho e Emancipação. Brasília: Paralelo 15. 2012.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. Tradução: Maria Irene StoccoBetioli et al. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 31-143.

DIAS, Elizabeth Costa. SILVA, Thaís Lacerda. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Porto Alegre: Dublinense, 2017.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p.139-154, março/ 2002.

ESCOREL, Sarah et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007 .

FAVORETO, Cesar Augusto Ozaren; CAMARGO, J. R, Kenneth Rochel. Alguns Desafios Conceituais e Técnicos Operacionais para o Desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial. PHISYS. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FERREIRA, Mário César; GONÇALVES, Rose Mary; ODELIUS, Catarina Cecília. Desvendando o mundo da pesquisa em Comunicação. **Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 24, n. 2, 2001.

FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Criatividade e inovação: Criatividade e inovação: Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 239-242, mar./abr. 2008.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905). *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, v.VII. cap.III, 1976, p.181-183 e p.244-246.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. [Dissertação de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

FRUTUOSO, Joselma Tavares. CRUZ, Roberto Moraes. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Med. Trabalho**, Belo Horizonte. v.3, n. 1, p 29-36, jan./jul. 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIONGO, Regina Carmem. MONTEIRO, Janini Keiling. SOBROSA, Gênesis Marimar Rodrigues. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: Revisão Sistemática da Literatura. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 803-814, 2015.

GOLDENBERG, Mirian. **A Arte de Pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**. v. 14, n. 3, p. 77-86, set./dez. 2004.

IIDA, Itiro. **Ergonomia**: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher, 1998.

KATSURAYAMA, Marilise; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. O trabalhador no Programa Saúde da Família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-198, mar. 2016.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S07-S19, 1997.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

LIMA, Silvana Mendes. Produção de conhecimento sobre a tríade Saúde, Trabalho e Subjetividade. In: **Saúde do trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCMAN, Selma; UCHIDA, Seiji. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 79-90, 2003.

LEITE, R. **Bandeirantes do Mar**: a identidade dos trabalhadores das plataformas de petróleo. Niterói: Intertexto, 2009.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MADERS Tielly Rosado. COUTINHO Maria Chalfin. Sentidos de tempo livre para trabalhadores offshore. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n. 1, p. 53-62, jan./mar. 2017.

MENDES, Ana Magnólia (org.) Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: **Psicodinâmica do Trabalho**: Teoria, método e pesquisas. Editora Casa do Psicólogo: São Paulo, 2007. p. 29-46.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e Saúde**: O sujeito entre emancipação e a servidão. Curitiba: uruá, 2011.

MENDES, René. DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, 1991.

MENDES, A. M; MORRONE, C. F. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Psicologia**: organizações e trabalho, v. 3, n. 2, p. 91-118. 2003.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Tulio Batista. **Trabalho em saúde**: dicionário da educação profissional em saúde. EPJV / FIOCRUZ, 2005.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Psicodinâmica do trabalho. In: **Saúde mental e trabalho. Leituras**. Maria da Graça Jacques. Wanderley Codo. (orgs.) Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO GOMEZ, Carlos. (Org.) **Saúde do trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MINAYO GOMEZ, Carlos. Historicidade dei concepto “salud del trabajador” em âmbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. **Salud Colectiva**, v. 8, n. 3, 2012.

MINAYO GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, S. M. da F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v. 8, n. 1. p. 125-136, 2003.

MUNIZ, Hélder Pordeus; et al . Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo , v. 38, n. 128, p. 280-291, dec. 2013.

NUNES, Bernadete Oliveira. **O Sentido do Trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro**. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2000. 163 p. (Dissertação de Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública).

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 35-45, jan. 2011.

OLIVEIRA, Niucéia de Fátima; TAVARES, Maria Amélia Ferreira; REGO Anna Maria Boiczuk. **O perfil da saúde mental dos servidores municipais de Curitiba**. Curitiba, 2005.

PINA, José Augusto; STOTZ, Eduardo Navarro. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150-160, dec. 2014 .

PIRES. Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et.al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm. da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria. PIRES, Denise. BLANK, Vera Lúcia 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, p. 438-446, mar./abr., 2004.

SANTOS, Ana Paula Lopes. LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador no sus: contexto, estratégias e desafios. In: **Saúde do trabalhador na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

SANTOS, Rafael Rocha et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesquisa Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, jan./mar, 2016.

SELIGMANN SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SIQUEIRA, Gylvana Feitosa de Figueiredo et al. Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 72-85, set. 2013.

SOUZA, Thiago Santos de; VIRGENS, Liliam Silva das. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 292-301, Dec. 2013.

SOUZA et.al., Norma Valeria Dantas de Oliveira. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 356-361, jul./set. 2009.

SPRITZER, Tornaim Daniel. et. al. Dependência de tecnologia: avaliação e diagnóstico. **Revista Debates em Psiquiatria**, jan./fev. 2016.

SZNELWAR, Laerte; UCHIDA, SEIJI. Ser Auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 087-098, set./dez. 2004.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez. 2011.

TEIXEIRA, R. A., MISHIMA, S. M., PEREIRA, M. J. B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde - a assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 193-204, 2000.

TOMASI. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes**. Relatório técnico-científico encomendado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) Belo Horizonte: 2010.

TRAESEL, Elisete Soares. MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.

WUNSCH FILHO, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trabalho**, Belo Horizonte. v. 2, n 2. p. 103-117, abr.-jun. 2004.

VEIGA, Luciana. GODIM, Sônia Maria Guedes. A Utilização de Métodos Qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opinião Pública**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

## ANEXOS

### ANEXO A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

#### Roteiro de entrevista

Identificação:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade : \_\_\_\_\_

Formação profissional:

\_\_\_\_\_

Cargo que ocupa na equipe:

\_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na equipe:

\_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na SEMSA:

\_\_\_\_\_

1. Quais são suas atribuições e responsabilidades na equipe fluvial?
2. Descreva sua rotina de trabalho no barco.
3. Como você avalia seu ambiente e condições de trabalho? Por que?
4. Você conta com os recursos necessários para executar seu trabalho como gostaria? O que falta?
5. Como é a relação com os outros colegas da equipe para execução das atividades? Como é o relacionamento no convívio no barco? Aparecem conflitos? Como resolvem?
6. Quais as maiores diferenças em se trabalhar em uma unidade fluvial? Quais os aspectos positivos? E os negativos?
7. Como é trabalhar com comunidades ribeirinhas? Quais são as maiores dificuldades?
8. Considera que exerce seu trabalho técnico de saúde de forma diferente na ESF Fluvial? O que é diferente? Por que?



9. Você sente que seu trabalho é reconhecido pelos seus colegas? E pelos usuários? E pelos gestores? Como percebe o reconhecimento?
10. O que considera que (gestores, usuários e seus colegas) valorizam no seu trabalho?
11. Você gosta do seu trabalho? O seu trabalho te gera satisfação/prazer? Como?
12. Você sente dificuldades no seu dia a dia de trabalho? Quais? Como lida com elas? (pode contar um exemplo de uma situação que considera que enfrentou bem? E uma situação que considera que foi especialmente difícil)
13. Você considera seu trabalho desgastante? Por quê?
14. Considera que já adoeceu alguma vez por causa do trabalho? Conte como foi.
15. O que do seu trabalho te gera adoecimento ou sofrimento? É frequente adoecer? Como lida com isso?
16. O que gostaria que melhorasse no seu trabalho? Quais sugestões você teria para melhorar as condições e sua satisfação com o trabalho?

## **ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Saúde, Subjetividade e Trabalho na Estratégia Saúde da Família Fluvial no interior do Amazonas: uma análise dejouriana**”, desenvolvida por **Anne Karina Pereira de Andrade**, discente de Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ), sob orientação da **Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Lúcia de Moura Pontes**.

O objetivo central do estudo é discutir a saúde dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família que exercem sua atividade com populações rurais ribeirinhas no município de Manaus e/ou Novo Airão-AM. Você está sendo convidado a participar pois faz parte da equipe de profissionais de Saúde da Família Fluvial que atuam nesse território. Sua participação é voluntária e você tem pleno direito de decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Caso decida não participar, sua relação com a pesquisadora, o ILMD/Fiocruz ou SEMSA/Manaus não será afetada de nenhuma maneira. Contudo, consideramos sua participação fundamental para melhor compreendermos a relação entre o cotidiano de trabalho e a saúde dos profissionais de saúde.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ampliar o olhar para a realidade do trabalhador da saúde no contexto rural ribeirinho e tem o intuito de contribuir para que este conhecimento possa acarretar melhorias nas condições de saúde e trabalho desses profissionais. A pesquisa oferece riscos mínimo relacionado com sua identificação, por isso serão tomadas medidas para assegurar a confidencialidade, a privacidade e o anonimato das informações por você prestadas. Dessa forma, apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades e todas as informações que possam te identificar serão retiradas. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista será gravada e o tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Os resultados serão apresentados através da publicação da dissertação e apresentação em congressos científicos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da

pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM**

Escola de Enfermagem de Manaus - Sala 07  
Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM

Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 9171-2496

E-mail: [cep@ufam.edu.br](mailto:cep@ufam.edu.br) - [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com)

***Contato com a pesquisadora responsável Tel: (92) 982499668 E-mail: [annekarinabass@hotmail.com](mailto:annekarinabass@hotmail.com)***

*Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane  
Rua Teresina, 476 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-070.*

---

Anne Karina Pereira de Andrade (Pesquisadora)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Saúde, Subjetividade e Trabalho na Estratégia Saúde da Família Fluvial no interior do Amazonas: uma análise dejouriana”** e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Manaus - AM,                      de 2017.

**ANEXO C- Folha de Aprovação do Comitê De Ética**