
Artigo de Pesquisa - Dossiê Trabalho, Subjetividades e Práticas Clínicas

Como profissionais de saúde da atenção básica se protegem do sofrimento e vivenciam prazer no trabalho?

Eric Campos Alvarenga¹, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira², Anaclan Pereira Lopes da Silva³, Laura Soares Martins Nogueira⁴, Josué Gomes Pinheiro⁵, Dafne Borralho Pimentel⁶, Claudio Ferreira Corrêa Filho⁷, Bruna Katiara Soares Costa Cordeiro⁸

¹ <https://orcid.org/0000-0002-1803-2356/> Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

² <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X/> Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

³ <https://orcid.org/0000-0003-3469-5309/> Universidade Estadual do Pará, Belém, PA, Brasil.

⁴ <https://orcid.org/0000-0003-2390-9279/> FUNDACENTRO, Belém, PA, Brasil.

⁵ <https://orcid.org/0009-0007-4931-3197/> Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

⁶ <https://orcid.org/0000-0002-1615-3453/> Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

⁷ <https://orcid.org/0000-0003-0070-2515/> Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

⁸ <https://orcid.org/0009-0004-0619-6347/> Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Resumo

O contexto de trabalho na Atenção Básica em Saúde tem sido marcado por condições precárias e uma organização rígida de tarefas, especialmente localizadas na Amazônia brasileira. Este artigo analisa a organização do trabalho das equipes de saúde da família de Belém do Pará, verificando quais estratégias as trabalhadoras utilizam contra o sofrimento no trabalho e quais suas vivências de prazer. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória com 19 profissionais de saúde de duas Unidades de Atenção Básica em Saúde de Belém. Foram realizados 4 encontros coletivos com cada unidade. Os procedimentos de pesquisa seguiram uma adaptação da metodologia da Psicodinâmica do Trabalho. Como resultados, verificamos uma organização do trabalho com pouco espaço para mudanças. As principais estratégias contra o sofrimento envolvem criar alertas entre as trabalhadoras para protegerem-se de possíveis assaltos no território, buscar constantemente alternativas dentro da rede de saúde para que usuários consigam receber atendimento especializado e exames, além de aprender e realizar parte das atribuições dos médicos para ajudá-los a atender mais pessoas. É necessário haver um diálogo maior com os profissionais responsáveis pela gestão das equipes de saúde, a fim de facilitar uma reorganização dos processos de trabalho e promover uma melhor saúde mental no cotidiano das equipes.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde, Saúde do Trabalhador, Psicodinâmica do Trabalho, Saúde Mental e Trabalho, Psicologia Organizacional e do Trabalho

Submissão: 28/03/2024

Aceite: 20/06/2024

Editora Responsável: Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

Editora de Leiaute: Natália Salm Loch

Editora Administrativa: Thamyris Pinheiro Maciel

Como citar este artigo: Alvarenga, E. C., Oliveira, P. T. R., Silva, A. P. L., Nogueira, L. S. M., Pinheiro, J. G., Pimentel, D. B., Corrêa Filho, C. F., & Cordeiro, B. K. S. (2024). Como profissionais de saúde da atenção básica se protegem do sofrimento e vivenciam prazer no trabalho?. *Revista Trabalho (En)Cena*, 9(Continuo), e024030. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e024030>

How do primary healthcare professionals protect themselves from suffering and how they experience pleasure in their work?

Abstract

The work context in Primary Healthcare in Brazil has been marked by precarious conditions and a rigid task organization, especially in the Brazilian Amazon. This article analyzes the work organization of family health teams in Belém do Pará, examining the strategies that workers use to cope with suffering and how they experience pleasure in their work. A qualitative, descriptive, and exploratory research was conducted with 19 healthcare professionals from two Primary Healthcare Units in Belém. Four group meetings were held with each unit. The research procedures followed an adaptation of Work Psychodynamics methodology. As results, we observed a work organization with little room for change. The main strategies against suffering involve creating alerts among workers to protect themselves from possible assaults in the territory, constantly seeking alternatives within the healthcare network so that users can receive specialized care and exams, as well as learning and performing some of the tasks of physicians to help them attend to more people. There is a need for greater dialogue with healthcare team management professionals to facilitate a reorganization of work processes and bring more mental health to the daily lives of the teams.

Keywords: Primary Healthcare, Occupational Health, Work Psychodynamics, Mental Health and Work, Organizational and Occupational Psychology

O Sistema Único de Saúde brasileiro é uma conquista civilizatória que demonstra inovações e resiliência diante de um modelo de sociedade extremamente desigual no contexto contemporâneo brasileiro. Para avançar, é necessário que as forças ativas da sociedade se mobilizem no sentido de efetivá-lo como políticas públicas e de Estado. Trata-se de um movimento de lutas que visa ampliar a defesa e a sustentabilidade da vida, como evidenciando durante o momento mais recente da pandemia da Covid-19 (Girardi et al., 2023; Paschoalotto; Lazzari; Castro; Rocha & Massuda, 2023).

Por outro lado, a diáde enfrentada pelas tensões entre o público e o privado está na base dos problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde. No caso da atenção primária, tem significado enfrentar desafios relacionados às condições de trabalho e às formas jurídicas que as regulamentam e moldam nos diversos municípios brasileiros. São nuances que pressionam o cerne ontológico do SUS: suas práticas de cuidado. Isso impõe a necessidade de reinvenção para o campo da interprofissionalidade e da integralidade em saúde.

A partir das incidências da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) e da instituição do programa Previnha Brasil, surgiram questões que reforçaram um esgarçamento nesse modelo de atenção básica, entre as quais: (i) Os núcleos de atenção à saúde da família que perderam sua força institucional e capacidade matricial; (ii) a capitação ponderada que

retirou o seu caráter universal, juntamente com os fatores de correção regional e as múltiplas formas de contratação das equipes de saúde da família, que fortalecem a contratação por meio de Organizações Sociais, retirando a capacidade de regulação direta do gestor municipal e fragilizando as relações de trabalho (Giovanella et al., 2021; Krein et al., 2019).

Há localidades, como no estado da Bahia, em que metade ou mais dos profissionais das equipes atuam por contratos temporários (Cordeiro & Araújo, 2017). Além disso, muitos não têm direito a planos de carreira, possuem baixos salários, têm carga horária extensa e atuam em locais com equipes reduzidas, o que contribui para que se sintam sobrecarregados, comprometendo seus estados de saúde física e mental (Cordeiro & Araújo, 2018).

Os adoecimentos de trabalhadores e trabalhadoras na atenção básica em saúde são recorrentes. Os principais motivos de licença estão relacionados a diagnósticos de transtornos mentais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Mello *et al.*, 2020). As condições de trabalho têm sido associadas ao esgotamento profissional (Araújo & Greco, 2019), sendo que entre os profissionais da atenção básica, os da enfermagem e os agentes comunitários de saúde apresentam maiores indicativos para a síndrome de Burnout. Entre agentes comunitários de saúde, o exercício de um trabalho organizado de forma que proporcione poucas possibilidades de criatividade e identificação com a atividade tem acarretado sofrimento patogênico.

Nesse sentido, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família constituem um serviço fundamental que auxilia as equipes de atenção básica e de saúde da família no cuidado, pois sua relação intrínseca com o território cria um vínculo com a comunidade, sendo o principal elo entre essa parcela da população e os outros profissionais de saúde (Nascimento, 2008). Verifica-se que a infraestrutura das unidades de saúde, a autonomia profissional, a sobrecarga de trabalho e o relacionamento com a equipe ocasionam vivências de estresse ocupacional (Petermann, 2020).

No estado do Pará, Alvarenga (2018) têm mostrado um contexto do trabalho na Atenção Básica em Saúde marcado por uma intensa precarização. De modo geral, assim como no contexto nacional, a alta rotatividade, a falta de infraestrutura adequada e a grande demanda por atendimento são os principais problemas nesta atividade. A maior parte dos contratos de trabalho feitos no estado do Pará é temporária e a forma de seleção mais recorrente dos trabalhadores é por meio de indicação.

Todo esse contexto de precarização intensifica o trabalho, contribui para o aumento das vivências de sofrimento e dificulta a constituição de estratégias de defesa mobilizadas por

trabalhadores e trabalhadoras da saúde com o intuito de não sucumbirem ao adoecimento mental.

Nesse ínterim, a Psicodinâmica do Trabalho entende que os trabalhadores e trabalhadoras sofrem diante do modo como o trabalho é organizado, mas conseguem exercer certo tipo de liberdade diante dessa organização fazendo uso de mecanismos de defesa individuais e estratégias coletivas de defesa (Dejours, 2009). Interessa a capacidade dos trabalhadores e trabalhadoras de se manterem dentro de uma normalidade, apesar de toda a violência mental e física que o trabalho proporcionava. A “normalidade” é o seu interesse maior, entendida como equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento (Dejours, 2004).

O sofrimento, para Dejours (2012), não é somente chegada, é também partida. Assim, sofrer não é um estado no qual o/a trabalhador/a irá apenas parar, mantendo-se em determinada situação sem se mover em direção à mudança. Sofrer também é o que impulsiona. É o que nos leva adiante, fazendo com que possamos nos mobilizar e buscar outras formas de agir. Milton Nascimento e Fernando Brant retratam bem esse movimento na música “Encontros e Despedidas”, quando cantam: “assim, chegar e partir são só dois lados da mesma viagem. O trem que chega é o mesmo trem da partida. A hora do encontro é também despedida”¹.

Veremos que o sofrer, para Dejours (2009), também provém de um conflito. Ele surge da luta entre o aparelho psíquico e as pressões organizacionais. O/a trabalhador/a tentará fugir da penúria em uma tentativa de manter um equilíbrio. Obviamente, isso não acontece sem sofrimento. Este é o preço de manter-se em uma “normalidade”.

Conforme Dejours (2011, p. 78), “não há nenhum sujeito que não seja o resultado do sofrimento”. Sendo assim, o sofrimento pode levar a uma condição patológica, mas também é criativo, na medida em que nos impulsiona a encontrar maneiras de transformá-lo, reduzi-lo ou superá-lo. Para tal, é preciso senti-lo na pele, pois ele é afetividade. É isso que faz com que se criem modos de ultrapassá-lo.

Para dar base à análise do sofrimento psíquico, a Psicodinâmica do Trabalho tem como uma de suas vertentes fundamentais as categorias da Psicanálise. De acordo com Freud (1930/2011), o sofrimento é uma ameaça constante para o sujeito e parte de três fontes: 1) O corpo, condenado à decadência e à dissolução, que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de alerta; 2) Do mundo externo, que possivelmente pode voltar-se

¹ A canção “Encontros e Despedidas”, de Milton Nascimento e Fernando Brant, foi lançada em 1985 no álbum de mesmo título de Milton Nascimento.

contra nós de forma destrutiva; 3) Dos relacionamentos estabelecidos com os outros. Entretanto, o autor ressalta que o sofrimento nascido dos caminhos das relações humanas talvez seja mais penoso do que qualquer outro.

Freud (1930/2011) afirma que diante da grande força que o sofrimento tem em nossa vida, frequentemente reduzimos nossas ambições de busca pela felicidade. Escapar das agruras já é um objetivo bastante audacioso a ponto de tomar o lugar principal de nossas preocupações, deixando em segundo plano a procura por vivências de prazer. Talvez seja nesse sentido que Vinicius de Moraes diz em *Samba da Benção*: “A tristeza tem sempre uma esperança de um dia não ser mais triste não”. Parece haver uma vontade na humanidade de que o sofrimento um dia não será mais sofrimento, de que iremos viver um sentimento pleno de felicidade e afastar para sempre de nossas vidas as experiências penosas.

Apesar de o sofrimento e o prazer serem vivências subjetivas individuais, vários sujeitos se unem organizando uma estratégia defensiva comum (Dejours & Abdoucheli, 2009). Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), comentando o pensamento de Dejours a esse respeito, dirão que:

Os sistemas coletivos de defesa funcionam como regras, cuja existência demanda o consenso ou um acordo (normativo) partilhado, diferenciando-se, dessa forma, dos mecanismos individuais de defesa. Assim, a construção e o funcionamento desses sistemas contribuem para a própria estruturação dos coletivos de trabalho (Neves & Seligmann - Silva; Athayde, 2004, p. 31).

Para os autores, esse sistema defensivo operado pelos trabalhadores e trabalhadoras diante do sofrimento não é nem um pouco simples. Diversas vezes, esses coletivos de defesa podem se transformar no que Dejours (2012) chama de “ideologia defensiva”. Nela, percebe-se o sofrimento como resultado do enfraquecimento das estratégias defensivas. Isso significa que as pessoas acabam se adaptando às violências resultantes da organização do trabalho. Sim, adaptar-se a uma situação de trabalho nociva para a saúde também é uma forma de se proteger e seguir trabalhando apesar de tudo. Porém, esse tipo de estratégia defensiva é altamente favorável para a manutenção da exploração do trabalhador. Essa ideologia defensiva funciona para mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave. O sofrimento, então, pode gerar um processo de alienação e conservadorismo, ou ser instrumento de resistência à organização do trabalho.

Edith Seligmann-Silva (2011) faz a distinção entre os termos “defesa” e “resistência”. Podemos empregar o termo resistência quando nos referirmos ao enfrentamento das situações ou condições determinantes do sofrimento. Já as defesas estão relacionadas ao ato de evitar ou

tornar o sofrimento suportável. As defesas não proporcionam transformações na organização do trabalho, enquanto as resistências se voltam diretamente para a obtenção de mudanças nas situações que deram início ao sofrimento. Ambas podem demandar ações individuais e coletivas.

A autora elenca formas de defesa baseando-se na obra *O ego e os mecanismos de defesa*, de Anna Freud. Entre elas, mencionarei as que Seligmann-Silva (2011) dá maior atenção por estarem mais presentes no contexto de trabalho. Um desses mecanismos de defesa é o isolamento, que se refere ao afastamento entre sentimento e conduta. Há organizações de trabalho que promovem uma distância entre a afetividade e a atividade cognitiva, fazendo com que o trabalhador se isole, principalmente em funções de alto nível intelectual. Tal qual um maestro que acaba evitando contato mais próximo com os músicos da orquestra que rege, pois, a organização do seu trabalho proporciona relações de poder muito desiguais, levando-o a agir de maneira ríspida e autoritária (Alvarenga, 2013). O isolamento é uma forma de manter sua postura autoritária sem sofrer tanto ao repreender aqueles que seguem seus comandos.

A racionalização é outro mecanismo bastante utilizado. Refere-se a casos em que o indivíduo atua conscientemente em uma atividade, porém não tem noção do momento em que a abandona para esconder de si uma constatação que lhe causará sofrimento. A autora dá como exemplo uma situação na qual “o trabalhador pode aderir a explicações de que, do ponto de vista tecnológico, seu modo de trabalhar é o mais ‘moderno e seguro’, mesmo que se trate de um modo que o violenta como ser humano” (Seligmann-Silva, 2011, p. 370).

A autora também cita a defesa da autonomia, que surge como uma luta do trabalhador e da trabalhadora para manter-se autoconsciente, mesmo diante de um corpo já desgastado pela atividade. A exaustão dificulta uma avaliação consciente de si mesmo/a e do trabalho que está sendo realizado. Desse modo, a defesa funciona sustentando a atenção do sujeito, tal qual um caminhoneiro cansado por estar há muitas horas dirigindo sem parar. Ele precisa chegar o quanto antes com a carga que está levando. Assim, ele luta contra o desgaste do seu corpo e o desgaste mental para manter-se em alerta e continuar dirigindo, sem questionar o modo como seu trabalho está organizado e as condições em que acontece. Uma de suas armas nessa batalha é fazer uso de drogas (Takitane et al., 2013).

Seligmann-Silva também comenta a defesa contra o medo. Esta pode assumir várias formas no contexto do trabalho, como, por exemplo, em mecanismos inconscientes como a negação do perigo e a repressão do medo. Os mecanismos de origem inconsciente “podem servir à manutenção e ao fortalecimento da dominação” (Seligmann-Silva, 2011, p. 371), ou

seja, têm a possibilidade de burlar o medo, fazendo com que o trabalhador não entre em contato com os riscos reais. Ao fazê-lo, também dificulta a organização coletiva dos empregados que poderiam levar a mudanças positivas em seus trabalhos.

Diante disso, quando identificamos pesquisas que investigam as condições e a organização do trabalho na Atenção Básica no Brasil, de modo geral, elas têm se concentrado nas condições de trabalho e seu impacto na saúde mental desses profissionais, não centrando especificamente nas estratégias que mobilizam para lidar com essas dificuldades (Alvarenga, 2018).

Assim, tem-se como objetivo analisar a organização do trabalho das equipes de saúde da família de Belém, verificando quais estratégias que as trabalhadoras utilizam para lidar com o sofrimento vivido no trabalho e seus discursos relacionados ao prazer em trabalhar. As perguntas de pesquisa são: Como os profissionais de saúde dos serviços públicos de atenção básica do Pará se protegem do sofrimento ocasionado pela realidade do trabalho? Como se organizam para lidar com o real do trabalho? O que há de prazeroso em trabalhar nesta atividade?

Metodologia

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), é uma série de práticas materiais e interpretativas utilizadas para tornar o mundo visível. O pesquisado qualitativo procura estudar as coisas onde elas acontecem, isto é, em seus “cenários naturais”. É o pesquisador capaz de improvisar diante das situações mais inusitadas de pesquisa, fazendo uso de diferentes estratégias, métodos ou materiais que estejam acessíveis durante o seu trabalho. Neste caminho, a pesquisa qualitativa tem a diversidade como uma de suas principais características. Isto se deve ao fato de não privilegiar nenhuma prática metodológica em relação a outra (Denzin & Lincoln, 2006).

A Psicodinâmica do Trabalho, segundo Heloani e Lancman (2004), utiliza um método específico que une intervenção à pesquisa. É norteada pelos princípios da pesquisa-ação, mas, devido a suas peculiaridades, Dejours (2012) a intitula “clínica do trabalho”. Buscando desdobrar-se no campo da saúde mental e trabalho, a clínica do trabalho inicia em uma tarefa de campo e retorna constantemente a ela. Sua ideia é intervir em situações concretas de trabalho, abordar processos psíquicos envolvidos e desenvolver teorias e metodologias que possam ser reproduzidas em outros contextos.

A metodologia da Psicodinâmica do Trabalho, por se concentrar nas demandas coletivas de dentro de um campo de estudos das relações entre prazer e sofrimento no trabalho, diferencia-se de outras abordagens qualitativas de pesquisa-intervenção, como afirmam Mendes, Araújo e Merlo (2011). Conforme pontuado pelos autores, o foco está nos comentários verbais feitos pelos trabalhadores acerca de como a organização do trabalho está estruturada e sua relação com a saúde e subjetividade dos trabalhadores e trabalhadoras.

Participantes

Participaram desta pesquisa 19 profissionais de saúde de duas Unidades de Atenção Básica em Saúde de Belém, denominadas aqui como Unidade A e Unidade B. Destes, 9 são da Unidade A e 10 da Unidade B. Entre as profissões contempladas, temos 16 agentes comunitárias de saúde, 1 médico, 1 serviços gerais e 1 técnica em enfermagem. Dentre eles, apenas 3 se identificaram como homens e 16 como mulheres. Sendo assim, por se tratar de um estudo no qual a participação das mulheres é muito superior à dos homens, optaremos por nos referir ao grupo todo no feminino.

O critério de escolha das participantes foi de trabalhadoras que estivessem atuando regularmente nas unidades de saúde selecionadas no estudo, independentemente de sua formação ou nível de escolaridade. Foram excluídas do estudo trabalhadoras de outras unidades de saúde, que não tivessem disponibilidade para participar dos encontros coletivos e que não concordassem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Local

Foram selecionadas duas unidades básicas de saúde localizadas em bairros periféricos de Belém como locais de pesquisa. Evitaremos fornecer muitos detalhes sobre a estrutura das unidades para evitar sua identificação, resguardando assim a identidade das participantes.

A escolha das unidades se deu a partir de contatos com a Secretaria Municipal de Saúde de Belém. Em parceria com o Serviço de Atenção e Valorização do Servidor (SAVS), foram feitas visitas a unidades básicas de saúde da capital. Durante essas visitas, apresentamos a proposta da clínica do trabalho, verificamos o interesse das trabalhadoras em participar do projeto e se havia alguma demanda a ser trabalhada. Grande parte das demandas que surgiram estava relacionada à necessidade de ter um espaço para discutir os sofrimentos no trabalho.

Após as visitas, resolvemos escolher duas unidades para realizar o projeto. Ambas as unidades escolhidas apresentavam a mesma demanda de criação de um espaço para escutar os sofrimentos no trabalho. Essas unidades foram escolhidas tanto por questões logísticas, sendo de fácil acesso para nossa equipe, quanto pela demanda intensa de sofrimentos no trabalho. Logo, optamos por iniciar com as unidades que, em nossa avaliação, estavam mais necessitadas de cuidados em saúde mental relacionados ao trabalho. A demanda destas unidades envolvia vivências de assalto muito recentes durante o horário de trabalho e que ainda traziam muito sofrimento às trabalhadoras.

Os grupos com as trabalhadoras foram realizados em um espaço escolhido por elas dentro de cada unidade. Buscamos um local naquele ambiente onde pudéssemos alocar todas as profissionais que quisessem participar e que proporcionasse privacidade para a escuta.

Procedimentos

Os procedimentos de realização dos encontros coletivos tiveram como base a metodologia clínica na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, alicerçada na obra de Dejours e nas experiências práticas de autores brasileiros (Mendes; Araújo & Merlo, 2011).

Foram realizados, em geral, quatro encontros coletivos com as trabalhadoras de cada unidade no período de novembro de 2022 a maio de 2023. A periodicidade dos encontros foi mensal, decidida em conjunto com as trabalhadoras e a equipe de pesquisadores, composta por um pesquisador/professor e dois pesquisadores/estagiários.

Cada encontro teve duração de 1 hora a 1 hora e 30 minutos. Todos foram registrados por meio de um gravador de áudio e de anotações feitas pela equipe de pesquisadores. Essa equipe foi formada por um docente e duas duplas estagiárias do curso de Psicologia, sendo que cada dupla acompanhava trabalhadores de uma única unidade de saúde. No total, produziu-se um material de cerca de 10 horas de gravação de falas de 19 trabalhadoras, que geraram um material transcrito de mais de 200 páginas.

Ao final de cada encontro, a equipe de pesquisa buscava construir relatos com base nas memórias e anotações de cada pesquisador/a e nas transcrições dos áudios. Nesses relatos, mais do que descrever literalmente o ocorrido, demos prioridade para o que Dejours (2011) chama de “comentários”, que são as interpretações e análises dos/as pesquisadores/as sobre as vivências no trabalho das participantes da pesquisa.

No processo de análise do material produzido, foi utilizada a Análise de Núcleo de Sentido (ANS) de Mendes (2007). Ela consiste em um “desmembramento do texto em

unidades, em núcleos de sentido formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressalentes do discurso” (Mendes, 2007, p. 72). Desta forma, a análise se deu a partir da leitura exaustiva e da discussão em grupo de pesquisa do material produzido. A partir daí, os conteúdos das entrevistas foram explorados e comparados, de maneira a extrair delas categorias de análise relativas aos conceitos centrais da Psicodinâmica do Trabalho, tais como prazer e sofrimento, organização e condições de trabalho, reconhecimento e cooperação.

Cuidados éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, por meio do parecer de número 4.011.027. Dentre os cuidados éticos, foi apresentado e lido coletivamente com as trabalhadoras o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual detalha os objetivos do estudo, bem como os riscos e contribuições implicados à participação destas. A pesquisa somente foi iniciada quando todas as participantes assinaram o termo e consentiram sua participação. Para resguardar a identidade das participantes, iremos nos referir a cada uma delas apenas por suas profissões.

Resultados e Discussão

Aqui serão descritos os resultados a partir de três categorias conceituais construídas com base nos relatos das trabalhadoras e orientadas pelos objetivos do estudo. Assim, estas categorias são: “organização do trabalho”, “estratégias contra o sofrimento” e “prazer no trabalho”.

1. A organização do trabalho

A organização do trabalho é compreendida por Dejours (2012) como a divisão de tarefas entre trabalhadores e trabalhadoras nas organizações. Ela envolve a parte prescrita do trabalho, ou seja, as regras formais, abarcando, por exemplo, a produtividade esperada, tempos, ritmos, controles e características das tarefas (Anjos, 2013).

Ao analisarmos as normas do trabalho das profissionais pesquisadas, delineadas na Política Nacional de Atenção Básica (2017), podemos observar que o trabalho em equipes de saúde da família ocorre em Unidades Básicas de Saúde, com uma carga horária mínima de 40 horas semanais, distribuídas ao longo de pelo menos 5 dias por semana, durante todo o ano. É

responsável por atender de 2.000 a 3.500 pessoas presentes dentro do seu território de atuação (Brasil, 2017). Além disso, é estabelecida uma composição mínima destas equipes, incluindo pelo menos um profissional de medicina, um de enfermagem, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo ter também agente de combate a endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal, tais como dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de agentes comunitários de saúde por equipe, é determinado com base na quantidade de pessoas atendidas no território, sendo recomendado que cada agente comunitário cubra no máximo 750 pessoas.

No entanto, a realidade do trabalho das profissionais que acompanhamos mostra-se distinta do que é preconizado por essa política. Na unidade de saúde B, por exemplo, das 4 equipes existentes, apenas duas delas contam com médico e enfermeira. Já a unidade de saúde A das 2 equipes, apenas uma possui profissionais de medicina e enfermagem. Esse cenário é bastante comum não só na cidade de Belém, mas também no estado do Pará, conforme constatamos em pesquisa anterior (Alvarenga, 2018).

Além dessa discrepância em relação às diretrizes estabelecidas, verificamos que a organização do trabalho é extremamente rígida, oferecendo pouca flexibilidade às trabalhadoras para implementar mudanças. Uma situação exemplar ocorreu durante os encontros na Unidade A. Tentou-se pensar em uma nova organização do trabalho a partir de uma ideia vinda do médico. Ele sugeriu que poderia atender em semanas alternadas, os usuários de cada equipe. Essa proposta foi vista de maneira muito positiva por todas as profissionais que estavam presentes, principalmente as da equipe sem médico, que reconheceram que essa abordagem poderia aliviar muitos dos seus desafios, bem como os das pessoas cadastradas em sua equipe. Saímos satisfeitos ao constatar que o projeto estava oportunizando estes espaços para a construção de novas alternativas para o trabalho. No entanto, no encontro seguinte, soubemos que a ideia foi rejeitada pela coordenação da unidade. Segundo comentários das participantes, a coordenação avaliou que o trabalho para remarcar as consultas seria muito grande, optando então por manter do jeito que está. Essa situação evidencia uma considerável disparidade entre o pensamento da gestão das unidades e as trabalhadoras que estão participando do grupo. É uma relação que várias vezes foi nomeada por elas como difícil, conflituosa e centrada apenas em cobranças.

Este contexto traz as principais vivências de sofrimento das trabalhadoras que participaram da pesquisa, em especial, aquelas que estão em equipes que não tem profissional de medicina e enfermagem. Isso ocorre porque uma parte importante do trabalho das agentes comunitárias de saúde envolve a marcação de consultas com médicos, uma tarefa altamente

valorizada e desejada pelos usuários. No entanto, na ausência de um profissional de medicina na equipe, alguns usuários se recusam até mesmo a receber as agentes de saúde em suas casas.

O sofrimento no ambiente de trabalho surge quando os trabalhadores se deparam com a realidade do trabalho (Dejours, 2012), algo que aconteceu com as profissionais de saúde deste estudo. Esse sofrimento pode ser paralisante quando não encontramos maneiras de lidar com eles ou pode ser criativo ao nos mover para caminhos que nos levem a alternativas para cessá-lo ou diminuí-lo. No caso destas trabalhadoras, avaliamos o sofrimento moveu-se rumo a busca de alternativas.

Verificamos que há uma falta de reconhecimento do trabalho das agentes, muitas vezes reduzido à simples marcação de consultas médicas. Neste caso, uma falta de reconhecimento de utilidade do trabalho, segundo Dejours (2012), que envolve reconhecer a valor econômico, social ou técnico do trabalho. É necessário pontuar que a atuação das agentes comunitárias de saúde vai muito além da marcação de consultas. Envolve a realização de diagnósticos demográficos, sociais, culturais e epidemiológicos; a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos; realizar visitas domiciliares periódicas pra monitorar a situação de saúde das famílias; orientar a comunidade sobre diversas questões de saúde, entre outras atividades (Brasil, 2017).

Ouvimos diversos relatos de sofrimento relacionados a essa situação, e um sentimento compartilhado por todas as agentes comunitárias de saúde é o de “impotência” e de “pressão”. Elas se sentem impotentes diante deste contexto de não ter sua equipe completa com todos/as os/as profissionais, especialmente médicos, e sentem-se pressionadas pelos/as usuários/as para que resolvam a situação. Isso pode ser observado na seguinte declaração de uma das agentes da Unidade B:

E, quando eles (usuários/as) vêm, é sempre fazendo queixas do nosso trabalho. A gente chega às vezes (na casa dos/as usuários/as) e, como a gente não tem o que oferecer na área, pra gente bater todo dia na visita, uma vez por mês, só perguntar se tá tudo bem... Eles querem uma consulta (com médico/a) e a gente não ter uma resposta para dar. Aí muitas vezes, eles não querem receber, não atende... (Agente Comunitária de Saúde, Unidade B)

As demandas de saúde dos usuários são diversas e exigem um cuidado interdisciplinar e transdisciplinar. Isso está relacionado a relatos de sofrimento das participantes. Elas expressam o desejo de poder fazer mais pelos/as usuários/as que atendem, porém diversas destas necessidades estão fora do seu alcance e das suas equipes:

Eu digo que trabalhar na área da saúde pública é muito frustrante, porque tu não consegue resolver a maioria dos problemas dos seus pacientes, entendeu? As pessoas chegam aqui com uma dificuldade e a maioria das vezes tu te sente de mãos atadas sem ter o que fazer por aquela pessoa. E simplesmente dizer... Pedir desculpa... Tentar orientar de uma outra forma que ela procure até outra unidade, outro lugar, que ela possa tentar resolver aquilo, mas a gente vai tentando fazer o nosso melhor, tentando ajudar as pessoas da forma como a gente pode, né? (Agente Comunitária de Saúde, equipe B).

Para lidar com este sofrimento, elas tentam encontrar alternativas para os/as usuários/as, como encaminhá-los/las para outras unidades. Existem algumas unidades na mesma localidade que possuem mais profissionais, especialmente os/as de medicina. No entanto, essas unidades também estão sobrecarregadas. Muitas vezes, os usuários/as chegam lá e acabam voltando, pois são comunicados/as de que deveriam ser atendidos/as na própria unidade que os/as encaminhou. Elas buscam também negociar com os poucos profissionais de medicina de suas unidades a realização de algum tipo de consulta. Verificamos que há um acordo para que que esses profissionais atendam pelo menos usuários/as destas equipes sem médicos/as que pertencem a grupos prioritários como gestantes, idosos, crianças e de programas como o de diabetes, hipertensão e outros.

Constatamos que a falta de profissionais, especialmente de medicina e enfermagem, sobrecarrega a todos nas equipes. Isso acontece porque médicas, enfermeiras, técnicas em enfermagem e agentes comunitárias de saúde acabam ficando responsáveis por um número maior de usuários/as do que aquele estabelecido nas normas de trabalho. Elas se sentem sobrecarregadas ao terem que lidar com usuários/as que são de áreas descobertas, ou seja, que estão em uma área fora do território que atuam. Isso é comum em Belém, pois a cobertura da rede das equipes de saúde da família é muito limitada. Portanto, a maioria da cidade não está recebendo atendimento.

Este contexto não é exclusivo de Belém, mas a diversas partes do Brasil (Celestino, Leal, Lopes, Henriques, 2020; Faria et al., 2020; Mendes et al., 2021). O acúmulo de atividades, a escassez de profissionais, a demanda excessiva de trabalho, a falta de equipamentos e de materiais tem sido relacionado com o sofrimento psíquico de trabalhadores/as da saúde e redução do tempo de atendimento clínico (Mendes et al., 2021). Em outras palavras, devido à crescente demanda, o tempo disponível para os profissionais de saúde atenderem os usuários está se tornando cada vez mais curto para lidar com a fila de pessoas que necessitam de cuidados.

Outra realidade do trabalho destas profissionais é conviver com atrasos no pagamento do vale digital - o cartão utilizado por elas para pagar a passagem de ônibus – e até do salário. Especificamente sobre o atraso de salário, isso foi vivido pela profissional de Serviços Gerais da equipe A. Profissionais desta categoria trabalham como terceirizados para a Prefeitura de Belém, ou seja, a gestão municipal subcontrata uma empresa privada para prestar os serviços de limpeza nas unidades básicas de saúde. A empresa responsável por esse serviço atrasou o pagamento de salário da categoria:

Acho que foi falado na televisão essa semana, os terceirizados sem receber, sabe? O salário que era de dezembro pra cair em janeiro, ainda não recebi. E fevereiro já tá montando. Entendeu? Desse jeito... E a minha cabeça, com certeza tô com problema psicológico porque as contas tão tudo de aviso em casa, tudo com aviso já... passo mal... [Neste momento, ela começa a chorar e sua voz embarga] (Serviços Gerais, Equipe A).

Os relatos desta trabalhadora trouxeram sofrimentos a todos nós que estávamos no grupo. Parecíamos partilhar a mesma sensação de pesar ao estar entrando em contato com aquela situação. Foram os relatos de sofrimento mais intensos que ouvimos durante o projeto. Os atrasos de salário, de pagamento do transporte e para a alimentação foram relatados com muito sofrimento pelas trabalhadoras, tanto terceirizadas quanto as que são contratadas diretamente pela Prefeitura. Estas últimas mencionaram que estavam há quatro meses sem receber vale alimentação e transporte. Estas vivências de sofrimento possuem relação com a falta de reconhecimento (Dejours, 2012) tanto simbólico quanto material, relacionado a falta ou atraso de pagamento de salário e outros benefícios e a não contemplação das contribuições propostas para a organização do trabalho.

Este contexto de sofrimento no trabalho de profissionais da atenção básica pode ser compreendido em um aspecto mais amplo a partir de políticas econômicas neoliberais e pela reestruturação produtiva do capitalismo, o que há muito tempo vem moldando o setor público no Brasil, especialmente na área da saúde. Isso tem levado a um processo acelerado de precarização do trabalho em saúde. A precarização e a intensificação do trabalho têm como resultado um aumento do sofrimento psíquico, poucas oportunidades de experiências gratificantes e o enfraquecimento das estratégias de defesa contra o sofrimento (Dejours, 2007). Na prática, as implicações da precarização no setor da saúde incluem a falta de material, escassez quantitativa e qualitativa de pessoal, deterioração das relações de trabalho, baixos salários, vínculos empregatícios instáveis, perda de direitos trabalhistas e condições de trabalho inadequadas (Castro, 2020).

A maneira como o trabalho está organizado faz com que essas equipes precisem atuar em áreas com alta incidência de violência. O medo é um sentimento comum entre todas as participantes, especialmente aquelas da Unidade B. Quando visitamos essa unidade pela primeira vez, durante a fase inicial do projeto, ela havia sido assaltada poucos dias antes. As lembranças desse incidente ainda estavam muito vívidas nos relatos das trabalhadoras.

Durante o primeiro encontro realizado com elas, aproximadamente dois meses após o assalto, ao trazer novamente a situação para análise, foi possível perceber o quanto o trabalho dessas profissionais é permeado por um constante sentimento de medo. Se antes já se sentiam inseguras ao sair da unidade e percorrer as ruas de territórios violentos, após o assalto, passaram a sentir medo até mesmo dentro da própria unidade.

2. Estratégias contra o Sofrimento

Para enfrentarem as situações de sofrimento no trabalho, as equipes desenvolvem várias estratégias para lidar com o medo. Uma delas é manter-se sempre em alerta. Algumas relatam que, desde sua chegada à unidade, já observam a movimentação das pessoas na rua. Qualquer "situação suspeita" é imediatamente comunicada às outras trabalhadoras, o que pode ser considerado uma estratégia coletiva de defesa. Elas estabelecem uma rede de comunicação entre si para se protegerem. Quando uma delas avista algum "possível perigo", avisa às outras e todas ficam em alerta. Temos neste caso, algo que é nomeado por Selligman-Silva (2011) como resistência, ou seja, as trabalhadoras não ficam paralisadas diante do sofrimento, buscam encontrar maneiras de lidar com ele, criando outras formas de organizar o trabalho. Um exemplo disso, é quando se organizam para ir somente no período da manhã fazer as visitas domiciliares, a fim de diminuir os riscos de assalto. Nestas localidades, o perigo aumenta à medida que se aproxima do horário do meio dia e pela parte da tarde.

Observamos que também há um sofrimento decorrente desse julgamento sobre quem são as pessoas "perigosas". Algumas trabalhadoras se sentem culpadas por julgar que determinada pessoa é "um potencial criminoso que pode assaltá-las". Muitas delas têm uma forte base em religiões cristãs e, portanto, consideram que estão "pecando" ao fazerem esse tipo de julgamento.

Essa mobilização coletiva que visa proteger uns aos outros do sofrimento advindo da violência e de outros sofrimentos pode derivar do que Dejours (2012) nomeia como cooperação. Ou seja, uma disposição das pessoas de trabalharem juntas e coletivamente lidarem com as imposições do real do trabalho. A cooperação não pode ser prescrita, ela surge

espontaneamente a partir das relações estabelecidas no ambiente de trabalho.

Apesar de o sofrimento e o prazer serem vivências subjetivas individuais, vários sujeitos se unem organizando uma estratégia defensiva comum (Dejours & Abdoucheli, 2009). Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), comentando o pensamento de Dejours a esse respeito, dirão que:

Os sistemas coletivos de defesa funcionam como regras, cuja existência demanda o consenso ou um acordo (normativo) partilhado, diferenciando-se, dessa forma, dos mecanismos individuais de defesa. Assim, a construção e o funcionamento desses sistemas contribuem para a própria estruturação dos coletivos de trabalho (Neves & Seligmann - Silva; Athayde, 2004, p. 31).

Edith Seligmann-Silva (2011) faz a distinção entre os termos “defesa” e “resistência”. Podemos empregar o termo resistência quando nos referirmos ao enfrentamento das situações ou condições determinantes do sofrimento. Já as defesas estão relacionadas ao ato de evitar ou tornar o sofrimento suportável. As defesas não proporcionam transformações na organização do trabalho, enquanto as resistências se voltam diretamente para a obtenção de mudanças nas situações que deram início ao sofrimento. Ambas podem demandar ações individuais e coletivas.

A violência é um fenômeno presente no trabalho dos profissionais de saúde (Flórido et al., 2019; Johansen; Baste; Rosta; Aasland & Morken, 2017; Silva Junior et al., 2021). De acordo com Silva Junior et al. (2021), vivenciar esse contexto tem gerado sentimento de revolta e sofrimento, além de culpa, estresse, preocupação, desespero e raiva, entre outros. Isso pode aumentar os riscos para a saúde mental das profissionais da atenção básica de Belém entrevistadas e demais que possam estar vivenciando situações semelhantes em suas atividades.

Estudos conduzidos por Johansen e colaboradores (2017) demonstram que profissionais de saúde, tais como as participantes deste estudo, que experienciam violência no local de trabalho podem ter seu desempenho e satisfação comprometidos, levando também a um aumento na ansiedade e, conseqüentemente, afetando sua saúde mental e física. Isso pode resultar em afastamentos, sobrecarga de trabalho e esgotamento profissional.

A estrutura do sistema de saúde de Belém e do Brasil como um todo demonstra estar aquém do necessário para atender às demandas de saúde da população. Isso gera sofrimento não apenas para os usuários, mas também para os trabalhadores. As profissionais de saúde entrevistadas relataram vários tipos de sofrimento relacionados a esse fator, como as longas filas de espera para exames e consultas com especialistas. Elas se sentem impotentes ao verem

que seus usuários precisam urgentemente de atendimento, mas enfrentam longos períodos de espera. Elas compartilham do sofrimento deles. Diante disso, desenvolvem estratégias como encaminhá-los para outras unidades e programas sociais, na expectativa de reduzir a espera.

Novamente, estas estratégias produzidas pelas profissionais de saúde envolvem um movimento de união entre elas e organização em uma estratégia defensiva comum (Dejours & Abdoucheli, 2009) que é a de encaminhamento para outras unidades e programas sociais. Esses sistemas coletivos atuam como regras construídas a partir de consensos ou acordos (Neves, Seligmann-Silva & Athayde, 2004).

Outra estratégia que elas desenvolveram para lidar com esses problemas é aprender parte do trabalho dos médicos. Para agilizar o atendimento dos profissionais de medicina e conseguir atender os usuários de equipes que não têm esse profissional, as agentes comunitárias aprendem a preencher os formulários de solicitação de exames, deixando-os prontos para que os médicos apenas verifiquem, carimbem e assinem. Elas conversam diretamente com os médicos, explicando a situação dos usuários e solicitando autorização para esse procedimento. Isso é feito em casos específicos de usuários mais jovens que necessitam de exames de rotina e não têm diagnósticos de saúde mais complexos. Isso permite que alguns usuários obtenham solicitações de exames médicos sem precisar marcar consultas com o médico. O relato de uma das agentes comunitárias da Unidade A ilustra esse contexto:

Elas (as usuárias) dizem assim, “ei, Fulana (nome suprimido por questões de sigilo), dá pra conseguir só um exame de rotina pra mim?”. Porque, muitas vezes a gente conseguia, é, porque muitas vezes o atendimento, pra conseguir a vaga era tão difícil de tanta gente, que a gente fazia assim... Então, vamo fazer o seguinte, bora pedir pra doutora solicitar o exame e a gente já pede pra vim só pra mostrar. A consulta vai ser só pra mostrar. Quer dizer, a gente conseguia pular. A gente não foi orientado pra fazer essas coisas. A gente vai vendo a necessidade de que essas coisas aconteçam. Porque, como te disse, bora tentar ser mais célere no atendimento a essas pessoas (...) tanto que quando a gente chega com a doutora, a gente diz, “doutora a senhora pode fazer assim..?!”. A gente não vai impondo nada. Tem que ser a palavra deles tem que a última. Então, ela tá tudo bem e muitas vezes como eles estão sobrecarregados, o que eles pedem pra gente: “tá bom, mas preenche aí! Aí tu vem aqui, eu carimbo”. A gente já sabe o que é básico: hemograma completo, colesterol total, não sei o que de jejum... Só numa folha... Pronto, aquilo ali já é o suficiente, principalmente pra aquele paciente que tá vindo aqui até pela primeira vez, né? Não vou dizer que a gente faz isso com o

pessoal hipertenso e diabético, porque os exames deles são mais específicos, e de acordo com a idade, se pede mais coisas, tá? Tô falando daquelas pessoas que são mais jovens, que a gente consegue entender que precisa fazer essa prevenção uma vez por ano. Não é pra você tá aqui todo tempo, é uma vez por ano, sabe... (Agente Comunitária de Saúde, Unidade A).

Assim, deparamo-nos com um trabalho repleto de aspectos que contribuem para o sofrimento de suas trabalhadoras. A organização efetiva do trabalho, aquela que realmente ocorre no dia a dia, difere daquela preconizada pelas normas. As trabalhadoras operam em condições extremamente precárias que as submetem a violações diárias. A maioria consegue manter-se dentro do que Dejours (2012) descreve como "normalidade sofrente", um estado precário em que desenvolvem diversas estratégias para lidar com o sofrimento, embora permaneçam em estado de padecimento, porém sem atingir o ponto de adoecimento ou enlouquecimento. É importante ressaltar que o sofrimento surge do confronto do trabalhador com a realidade. Ele pode levar ao adoecimento, mas também pode impulsionar a busca por maneiras de enfrentá-lo (Dejours, 2011). Entre essas estratégias, surgem tanto defesas coletivas quanto individuais.

Como observado, o trabalho delas é permeado por muito sofrimento. No entanto, há um paradoxo: o mesmo trabalho que causa sofrimento também pode proporcionar prazer e saúde. Identificamos algumas poucas experiências de prazer nos relatos das participantes, principalmente relacionadas ao convívio com as colegas de trabalho, que serão detalhadas neste momento.

3. Prazer no Trabalho

Esse aspecto foi evidenciado em ambas as unidades. As trabalhadoras destacaram que a relação com as colegas é extremamente gratificante. Isso as motiva a comparecer ao trabalho mesmo quando enfrentam situações difíceis em casa, como doenças ou morte de familiares, dificuldades financeiras, entre outras adversidades.

E a questão aqui, um local mesmo que, graças a Deus, é uma equipe que se dá muito bem, né? E eu não tenho o que reclamar das minhas colegas. Não sei se elas têm de mim, né...? mas é isso... – Agente Comunitária de Saúde – Equipe A

A gente se dá super bem. A gente participa mesmo. Junto mesmo de todas as atividades (Agente Comunitária de Saúde – Equipe B).

Esse contexto pode ser compreendido pela dinâmica da cooperação (Dejours, 2012) à medida que a mobilização espontânea das trabalhadoras em um coletivo a fim de lidar com o real do trabalho faz com que amparem umas às outras diante das dificuldades. Da mesma maneira, a dinâmica do reconhecimento no trabalho tem relação com estas vivências de prazer. Dejours (2012) considera como uma das dimensões do reconhecimento o julgamento da beleza do trabalho. Esta avaliação estética é feita pelos pares, pois são eles que conhecem a atividade em seus detalhes mais minuciosos. Assim, as agentes comunitárias de saúde possuem mais condições de julgar a beleza do trabalho de outras agentes, por conhecê-lo mais de perto.

Outras situações que podem ser relacionadas ao prazer são as conquistas diárias alcançadas. Um exemplo disso aparece na fala de umas agentes comunitárias de saúde da unidade A. Depois de muito tempo tentando visitar a casa de determinado usuário, conseguiu que ele a recebesse. Daí em diante, pôde fazer um acompanhamento mais próximo da saúde deste. Quando isto acontece, há um sentimento de satisfação:

Então, a gente fica de ver aquele paciente que não deixava entrar, e nem te dava atenção por três anos. E chega um momento que ele te deu atenção, sabe? A gente fica contente, feliz da vida contando: “Olha, finalmente consegui falar com fulano e consegui trazer ele aqui pra fazer o check-up”. Pessoas que a gente conseguiu convencer de fazer um teste rápido e ver que a partir daquele teste rápido conseguiu fazer, iniciar um tratamento e, é isso – Agente Comunitária, Unidade A.

Essas e outras conquistas diárias são amplamente celebradas por elas. Houve relatos de experiências de prazer quando usuárias conseguiam acessar algum serviço de saúde que estavam muito necessitando, como por exemplo, garantir uma vaga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Outro relato mencionou casos em que usuárias conseguiram cirurgias oftalmológicas e agora desfrutam de uma visão melhor. As trabalhadoras compartilharam que, quando isso acontece, retornam para casa felizes, com um sentimento de missão cumprida.

Conforme Mendes e Muller (2013), o contexto de trabalho dá origem a experiências de prazer. Existe uma motivação que surge no próprio ato de trabalhar e que resulta nessa sensação. Assim, o prazer decorre de uma vitória ao resistir às demandas do trabalho real. Ele está intrinsecamente ligado ao sofrimento, sendo que um existe em função do outro. As trabalhadoras da saúde se engajam ativamente para lidar com a realidade do trabalho em busca de gratificação, autorrealização e reconhecimento pelo outro, tanto pela utilidade de seu trabalho quanto pela qualidade de sua execução (Dejours, 2011).

Considerações finais

As estratégias adotadas pelas profissionais de saúde dos serviços públicos de atenção básica em Belém para lidar com o sofrimento são diversas. Elas incluem alertar umas às outras sobre possíveis assaltos na área, encontrar alternativas de atendimento para usuários/as que não conseguem acesso a cuidados médicos em suas equipes (como encaminhá-los/las para outras unidades e projetos sociais), negociar com os/as poucos/as profissionais de medicina da unidade para atender usuários/as de áreas descobertas, e aprender e realizar parte das atribuições dos/as médicos/as para ajudá-los/as a atender mais pessoas.

No que diz respeito às experiências de prazer no trabalho, observamos que estão fortemente ligadas aos vínculos estabelecidos com as colegas de equipe e às conquistas diárias na melhoria da saúde dos/as usuários/as. O convívio diário com as colegas torna o trabalho mais agradável, por meio de conversas, trocas de experiências e interações. Quanto às conquistas diárias, incluem o acesso dos/as usuários/as a serviços de saúde que estavam necessitando, como cirurgias, vagas em CAPS, atendimento com médicos/as especializados/as, e serem recebidos/as por usuários/as da área que anteriormente não os/as aceitavam.

É importante notar que esta pesquisa, como outras semelhantes, contou com a participação majoritária de profissionais do sexo feminino. Isso é uma característica comum em estudos voltados para a atenção primária em saúde e para a área da saúde em geral, dada a predominância da força de trabalho feminina nesse setor. Portanto, é crucial desenvolver análises mais específicas voltadas para esse público em pesquisas futuras.

A demanda desta pesquisa foi construída em colaboração com trabalhadoras e trabalhadores da gestão e dos serviços de saúde do município de Belém. Identificamos uma necessidade premente de criar um espaço de escuta para esses/as profissionais que atuam na linha de frente e na gestão. Estes/as últimos/as, em particular, têm sido pouco contemplados/as por projetos e pesquisas. Dessa forma, novos estudos poderiam buscar estabelecer um diálogo mais amplo com profissionais em cargos de gestão, a fim de facilitar mudanças na organização do trabalho e, conseqüentemente, promover uma melhor saúde mental para os/as profissionais da saúde.

Referências

- Alvarenga, E. C. (2018). *A corda bamba do trabalhar das equipes de saúde da família de Belém* (Doctoral dissertation, Tese de doutorado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil).
- Alvarenga, E. C. (2013). *A coragem de ser músico de orquestra sinfônica: Uma análise baseada na psicodinâmica do trabalho* (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado em Psicologia Social-Universidade Federal do Pará. Belém).
- Araújo, A. F., & Greco, R. M. (2019). Associação entre condições de trabalho e os Indicadores de Prazer e Sofrimento no cotidiano de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *APS em Revista*, 1(3), 173–180. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.46>
- Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União.
- Castro, D., Dal Seno, D. & Pochmann, M. (2020). *Capitalismo e a Covid-19: Um debate urgente*. São Paulo.
- Celestino, L. C., Leal, L. A. & Lopes, O. C. A., Henriques, S. H. (2020). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro da Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018055603602%20>
- Cordeiro, T. M. S. C., & Araújo, T. M. de. (2017). Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 15(2), 150-157. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520177004>
- Costa, M. C. da ., Silva, E. B. da ., Jahn, A. do C., Resta, D. G., Colom, I. C. dos S., & Carli, R. de (2012a). Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 33(3), 134–140. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300018>
- Costa, R. M., Junior, A. M., Costa, Íris do C. do C. C., & Pinheiro, I. V. de A. (2012b). O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Revista Brasileira De Medicina De Família e Comunidade*, 7(24), 147–163. [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(24\)434](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(24)434)
- Dejours, C. (2004). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: S. Lancman & L. Sznalwar. (Orgs.). *Christophe Dejours: Da Psicopatologia À Psicodinâmica do Trabalho*. (pp. 47-104). Fiocruz.
- Dejours, C. (2009). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. Cortez-Oboré.
- Dejours C., & Abdoucheli, E. (2009). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C. Dejours, E Abdoucheli & C. Jayet. (Orgs.). *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. (pp. 119-145) Atlas.

- Dejours, C., Lançman, S., & Sznlewarr, L. (2011). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In Christophe Dejours: *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (Vol. 2, pp. 49-106).
- Dejours, C. (2012). *Trabalho vivo: trabalho e emancipação*. Paralelo, 15.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*.
- Faria, M. G. de A., Silveira, E. A., Cabral, G. R. F. C., Silva, R. O., Daher, D. V. & David, H. M. S. L. (2020). Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. *Escola Anna Nery*, 24(4).
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0027>
- Freud, S. (2011). *O mal-estar na cultura*. L&PM Pocket (Trabalho original publicado em 1930).
- Flórido, H. G., Duarte, S. da C. M., Floresta, W. M. C., Marins, A. M. da F., Broca, P. V., & Moraes, J. R. M. M. de. (2020). Nurse's management of workplace violence situations in the family health strategy. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, e20180432.
<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0432>
- Giovanella, L., Bousquat, A. E. M., Schenkman, S., Almeida, P. F., Sardinha, L. M. V., & Vieira, M. L. F. P. (2021). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2543-2556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
- Girardi, E. O. L., Nickel, E. M., Moraes, G. G. de, Muraro, C. F., Ferreira, M. G. G., & Domenech, S. C. (2023). Análise da estrutura organizacional de uma Unidade de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares no SUS: um estudo de caso. *Human Factors in Design*, 12(24), 126–137. <https://doi.org/10.5965/2316796312242023126>
- Johansen, I. H., Baste, V., Rosta, J., Aasland, O. G., & Morken, T. (2017). Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(8), e017757.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017757>
- Krein, S. L., Saint, S., Trautner, B. W., Kuhn, L., Colozzi, J., Ratz, D., Lescinskas, E., & Chopra, V. (2019). Patient-reported complications related to peripherally inserted central catheters: a multicentre prospective cohort study. *BMJ quality & safety*, 28(7), 574–581. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008726>
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas*. Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M., Merlo, A. R. C., & Araújo, L. K. R. (2011). Práticas clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In *Clínicas do Trabalho - Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade* (pp. 169-187).

- Mendes, M., Trindade, L. de L., Pires, D. E. P. de, Martins, M. M. F. P. da S., Ribeiro, O. M. P. L., Forte, E. C. N., & Soratto, J. (2021). Práticas da enfermagem na estratégia saúde da família no Brasil: interfaces no adoecimento. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200117>
- Nascimento, E. P. L., & Correa, C. R. S. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1304-1313. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600011>
- Neves, M. Y., Seligmann-Silva, E., & Athayde, M. (2004). Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. Em *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma* (pp. 19-49).
- Paschoalotto, M. A. C., Lazzari, E. A., Castro, M. C., Rocha, R., & Massuda, A. (2023). A resiliência de sistemas de saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa para o SUS. *Saúde em Debate*, 46(8), 156-170. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E812>
- Petermann, X. V. (2020). *Promoção da saúde da população idosa na perspectiva de profissionais da saúde de equipes de atenção primária de Arroio do Tigre/RS*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Maria.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. Cortez.
- Silva Junior, R. F., Gusmão, R. O. M., Araújo, D. D. de, Cardoso, D. S., Castro, L. M. & Silva, C. S. de O. (2021). Violência no trabalho contra os trabalhadores de enfermagem e seus imbricamentos com a saúde mental. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 11. <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4055>
- Souza, N. V. D. O., Carvalho, E. C., Soares, S. S. S., Varella, T. C. L., Pereira, S. R. M. & Andrade, K. B. S. (2021). Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
- Takitane, J., Oliveira, L. G. de ., Endo, L. G., Oliveira, K. C. B. G. de ., Muñoz, D. R., Yonamine, M., & Leyton, V.. (2013). Uso de anfetaminas por motoristas de caminhão em rodovias do Estado de São Paulo: um risco à ocorrência de acidentes de trânsito?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1247-1254. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500009>

Informações sobre os autores

Eric Campos Alvarenga

Endereço institucional: Rua Augusto Corrêa, 01. Campus Universitário do Guamá. Belém, Pará, Brasil – CEP 66.075.110

E-mail: alvarenga@ufpa.br

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

E-mail: pttarso@gmail.com

Anaclan Pereira Lopes da Silva

E-mail: anaclanlopes@gmail.com

Laura Soares Martins Nogueira

E-mail: launog02@gmail.com

Josué Gomes Pinheiro

E-mail: josuegomespsi@gmail.com

Dafne Borralho Pimentel

E-mail: dafneborralho@gmail.com

Claudio Ferreira Corrêa Filho

E-mail: cferreiracorrea filho@gmail.com

Bruna Katiara Soares Costa Cordeiro

E-mail: brunnakatiara@gmail.com

Contribuição dos Autores	
Autor 1	Administração do projeto, conceituação, escrita, investigação, metodologia
Autor 2	Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita e Revisão
Autor 3	Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita e Revisão
Autor 4	Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita e Revisão
Autor 5	Investigação, metodologia, curadoria dos dados
Autor 6	Investigação, metodologia, curadoria dos dados
Autor 7	Investigação, metodologia, curadoria dos dados
Autor 8	Investigação, metodologia, curadoria dos dados