

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Cecília Helena Glanzner

**O DESCOMPASSO ENTRE O TRABALHO REAL E O PRESCRITO:
prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no
Grupo Hospitalar Conceição**

Porto Alegre

2014

Cecília Helena Glanzner

**O DESCOMPASSO ENTRE O TRABALHO REAL E O PRESCRITO:
prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no
Grupo Hospitalar Conceição**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Glanzner, Cecília Helena

O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de saúde da família no Grupo Hospitalar Conceição / Cecília Helena Glanzner. -- 2014.
217 f.

Orientadora: Agnes Olschowsky.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem. 2. Avaliação em saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde da família. 5. Equipe de assistência ao paciente. I. Olschowsky, Agnes, orient. II. Título.

CECÍLIA HELENA GLANZNER

**Avaliação do prazer e do sofrimento no trabalho dos profissionais das
equipes de saúde da família do Grupo Hospitalar Conceição.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de novembro de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Agnes Olshowsky

Presidente – PPGENF/UFRGS

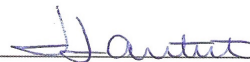
Profa. Dra. Ana Magnólia Bezerra Mendes

Membro – UnB



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro – UFPEL



Profa. Dra. Liana Lautert

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Membro – PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me iluminar e me manter com saúde para seguir o meu caminho.

Aos meus pais — minha mãe Cecília por ser minha eterna incentivadora e ao meu pai Werner por me ensinar a ter garra e perseverança. E aos meus irmãos Aline e Werner por acompanharem minha trajetória e torcerem por mim.

Ao meu esposo Fábio Roehle que tantas vezes assumiu meu papel para que eu pudesse me dedicar e ir em busca do meu sonho.

Às minhas filhas Marina e Helena que compreenderam tantas ausências e, mesmo assim, sempre me incentivaram, considerando-me, um exemplo.

À minha orientadora, Agnes, pela amizade, compreensão e aprendizado, por acreditar nos meus ideais e estar ao meu lado nos desafios dessa trajetória.

Às professoras Ana Magnólia e Luciane Kantorski que não mediram esforços ao contribuir nessa construção.

Aos colegas e amigos da Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS, à Fernanda Mielke, pelas tardes de ricas discussões, à Graciele Linch, Melissa Hemesath e Christian Negeliskii.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

Aos amigos, que trilharam outros caminhos, mas se fizeram presentes em ao longo desses anos.

À Lucimar Correa por se tornar meu braço direito, e a Valéria Ribeiro por dividir ansiedades e conquistas.

Às enfermeiras Jaqueline Michel e Patrícia Colatto, aos colegas enfermeiros do Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Materiais e Esterilização do Hospital Nossa Senhora Conceição. À equipe de enfermagem do Bloco Cirúrgico que sempre me apoiou, em especial à Fabiana da Silva Floriano e Carla Pereira.

Ao Grupo Hospitalar Conceição por acreditar nos seus profissionais e proporcionar espaço para a qualificação profissional.

Aos profissionais das equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição por permitirem que a pesquisa se concretizasse.

À universidade Feevale, onde iniciei minha carreira acadêmica na condição de professora, em especial às professoras Caren Mello, Naira Ebert, Karine Silva e Maristela Peixoto.

Agradeço a todos que de alguma forma me incentivaram e contribuíram para essa conquista.

“Mantenha seus pensamentos positivos, porque
seus pensamentos tornam-se palavras.
Mantenha suas palavras positivas, porque suas
palavras tornam-se hábitos.
Mantenha seus hábitos positivos, porque seus
hábitos tornam-se valores.
Mantenha seus valores positivos, porque seus
valores tornam-se seu destino.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

GLANZNER, Cecília Helena. **O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de saúde da família no Grupo Hospitalar Conceição.** 2014. 217 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

A Saúde da Família configura-se em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que busca melhor compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada com foco nas famílias de uma área adscrita. Caracteriza-se, ainda, como trabalho complexo, exigindo, dos profissionais, uma construção coletiva. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a organização do trabalho, prazer, sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Pesquisa com abordagem quantitativa transversal e qualitativa estruturada a partir da metodologia da Psicodinâmica do Trabalho. A coleta dos dados quantitativos ocorreu de setembro a novembro de 2011, com a aplicação do Inventário de Risco de Adoecimento relacionado ao Trabalho (Itra) junto aos profissionais das equipes de Saúde da Família de 12 unidades de saúde do GHC localizadas em Porto Alegre/RS, Brasil. A partir dos resultados da análise fatorial de correspondência da etapa quantitativa participaram, do estudo qualitativo, três unidades de saúde da família, que obtiveram, com aplicação do Itra, menor, moderado e maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho. Para a coleta dos dados qualitativos, foram realizadas observação e entrevistas coletivas semiestruturadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família no período de outubro a dezembro de 2012 e, para a análise, utilizou-se a Análise de Conteúdo. O Itra avaliou que o contexto de trabalho das equipes de Saúde de Família apresenta moderado risco de adoecimento relacionado ao trabalho quanto à organização (3,32), condições (3,03) e relações socioprofissionais (2,58) no trabalho. Quanto ao custo humano de trabalho, os custos físicos (2,72) e afetivos (2,66) foram avaliados como críticos, e o cognitivo (3,77) como grave risco de adoecimento relacionado ao trabalho. As vivências de prazer, com os indicadores realização profissional (4,21) e liberdade de expressão (4,21), foram consideradas satisfatórias, enquanto que as de sofrimento e falta de reconhecimento (1,80) foram igualmente avaliadas como satisfatórias. O indicador de sofrimento por esgotamento profissional (3,33) foi avaliado como crítico. Os três fatores da escala de danos relacionados ao trabalho, físico (2,33), psicológico (1,37) e social (0,70) foram considerados suportáveis. Da análise qualitativa emergiram três temas: prazer, sofrimento e estratégias de enfrentamento do sofrimento. Os profissionais avaliam a autonomia, a criatividade e trabalho em equipe com fontes de prazer na organização do seu trabalho. O sofrimento é percebido nas exigências do trabalho, condições da estrutura física e a complexidade do trabalho realizado pelas equipes de Saúde da Família; dizem, ainda, que utilizam estratégias de enfrentamento do sofrimento como o compartilhamento do trabalho e estratégias individuais. Conclui-se que o estudo destaca a importância e a necessidade de os profissionais disporem de espaços de fala e escuta para discutirem e refletirem sobre a organização do seu trabalho, dando potência à subjetividade do trabalho, ou seja, entendendo-o realizado por pessoas com identidade, com história; pessoas que não são somente instrumentos, mas os produzem na relação com características prazerosas para alcance do seu fim, no caso a promoção da saúde. Considera-se que produzir espaços para produção/reflexão do trabalho é ferramenta necessária, a qual contribuirá para a saúde dos profissionais da saúde, auxiliando a compreensão sobre o sofrimento que antecede a formação de sintomas e doenças relacionadas ao trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde. Saúde da família. Estratégia saúde da família. Saúde mental. Pessoal de saúde. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

GLANZNER, Cecília Helena. **Mismatch between actual and prescribed work: pleasure and suffering of family health staff professionals within Conceição Hospital Group.** 2014. 217 f. Thesis (PhD in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The Family Health program configures a strategy that designs the care model with a new guiding outline which looks for better comprehension of the health-disease process as well as the whole and continuous care with focus on families from an restricted area. In addition, it features a complex work that requires a collective construction by the professionals. The objective of this research was to evaluate the work organization, pleasure, suffering and the strategies to mediate the suffering of the professionals from the staffs of the Family Health program of Grupo Hospitalar Conceição (GHC). It is a research with cross-sectional quantitative and qualitative approach structured from the methodology of the Psychodynamics of Work. The collection of quantitative data was carried out from September to November 2011 by applying the Illness Risk Inventory regarding Work (Itra) with professionals of the Family Health staffs from 23 health centers of the GHC located in Porto Alegre/RS, Brazil. From the results of the correspondence factor analysis of the quantitative step, three family health centers participated of the qualitative study that, after application of the Itra, obtained minor, moderated, and higher illness risk in connection with work. For the collection of the qualitative data, observation and semi-structured collective interviews were carried out with professionals from the Family Health staffs in the period from October to December 2012 and for the analysis, the Content Analysis method was utilized. The Itra evaluation evidenced that the working context of Family Health staffs presents moderated illness risk regarding the work as to the organization (3.32), conditions (3.03) and social and professional relations (2.58) in the labor environment. As to the working human cost, physical costs (2.72) and affective costs (2.66) were assessed as critical while cognitive costs (3.77) showed severe illness risk regarding work. Pleasure experiences, with indicators like professional achievement (4.21) and expression freedom (4.21) were considered satisfactory while those like suffering and lack of recognition (1.80) were also evaluated as satisfactory. The suffering indicator due to professional burnout (3.33) was evaluated as critical. The three factors of the scale for damages in connection with work, i.e., physical (2.33), psychological (1.37) and social (0.70) were considered tolerable. From the qualitative analysis, three themes have emerged: pleasure, suffering and strategies to face suffering. Professionals evaluated autonomy, creativity and team work with sources of pleasure in their working organization. Suffering is perceived within working requirements, physical structure conditions and the complexity of the work carried out by the Family Health staffs; they say, yet, that they utilize strategies to face suffering like sharing work and individual strategies. The conclusion drawn is that the study points out the importance and the professionals' need of speaking and listening spaces in order to discuss and to reflect about their work organization, by giving power to the work subjectivity, that is, by understanding it as done by people with identity, history; namely, by people who are not only tools, but who produce them within a relationship with pleasing characteristics in order to achieve their goal, namely, health promotion. Designing spaces in order to produce and to reflect about work is considered a needed tool which will contribute for the well-being of healthcare professionals by helping them to understand suffering that occurs before the rise of symptoms and diseases in connection with work

Keywords: Nursing. Health evaluation. Primary healthcare. Family health. Family health strategy. Mental health. Health personnel. Patient care staff.

RESUMEN

GLANZNER, Cecília Helena. **Descompás entre el trabajo real y lo prescrito: placer y sufrimiento de los profesionales de los equipos de salud de la familia en el Grupo Hospitalario Conceição**. 2014. 217 f. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

El programa Salud de la Familia configura una estrategia de reorientación del modelo asistencial que busca mejor comprensión del proceso salud-enfermedad así como la asistencia integral y continuada con foco en las familias de un área adscrito. Se caracteriza, aún, como trabajo complejo, exigiendo, de los profesionales, la construcción colectiva. El objetivo de esta investigación fue evaluar la organización del trabajo, el placer, el sufrimiento y las estrategias de mediación del sufrimiento de los profesionales de los equipos de Salud de la Familia del Grupo Hospitalario Conceição (GHC). Se trata de una investigación con planteamiento cuantitativo transversal y cualitativo estructurado desde la metodología de la Psicodinámica del Trabajo. La recopilación de los datos cuantitativos se realizó de septiembre a noviembre de 2011, con la aplicación del Inventario de Riesgo de Enfermedad relacionado al Trabajo (Itra) junto a los profesionales de los equipos de Salud de la Familia de 12 unidades de salud del GHC localizadas en Porto Alegre/RS, Brasil. A partir de los resultados del análisis factorial de correspondencia de la etapa cuantitativa participaron del estudio cualitativo, tres unidades de salud de la familia, que obtuvieron, a través de la aplicación del Itra, menor, moderado y mayor riesgo de enfermedad relacionado al trabajo. Para la recopilación de los datos cualitativos, se realizaron observación y entrevistas colectivas semi-estructuradas con los profesionales de los equipos de Salud de la Familia en el período de octubre a diciembre de 2012 y, para el análisis, se utilizó el Análisis de Contenido. El Itra concluyó que el contexto de trabajo de los equipos de Salud de la Familia presenta moderado riesgo de enfermedad relacionado al trabajo en cuanto a la organización (3,32), condiciones (3,03) y relaciones sociales y profesionales (2,58) en el trabajo. En cuanto al consumo humano de trabajo, el consumo físico (2,72) y lo afectivo (2,66) fueron evaluados como críticos, mientras lo cognitivo (3,77) como grave riesgo de enfermedad relacionado al trabajo. Las experiencias de placer, con los indicadores realización profesional (4,21) y libertad de expresión (4,21), fueron consideradas satisfactorias, mientras las de sufrimiento y falta de reconocimiento (1,80) fueron igualmente evaluadas como satisfactorias. El indicador de sufrimiento por agotamiento profesional (3,33) fue evaluado como crítico. Los tres factores de la escala de daños relacionados al trabajo, físico (2,33), psicológico (1,37) y social (0,70) fueron considerados soportables. Del análisis cualitativo emergieron tres temas: placer, sufrimiento y estrategias de enfrentamiento del sufrimiento. Los profesionales evalúan la autonomía, la creatividad y el trabajo en equipo con fuentes de placer en la organización de su trabajo. El sufrimiento es percibido en las exigencias del trabajo, en las condiciones de la estructura física y en la complejidad del trabajo realizado por los equipos de Salud de la Familia; dicen, aún, que utilizan estrategias de enfrentamiento del sufrimiento como el compartimento del trabajo y estrategias individuales. Se concluye que el estudio destaca la importancia y la necesidad de que los profesionales dispongan de espacios de habla y escucha para que discutieran y reflejaran acerca de la organización de su trabajo, dando potencia a la subjetividad del trabajo, o sea, entendiéndolo realizado por personas con identidad, con historia; personas que no se vean solamente como instrumentos, pero que los produzcan en la relación con características placenteras para alcanzar su fin, es decir, la promoción de la salud. Se considera que producir espacios para producción y reflexión del trabajo es herramienta necesaria, la cual contribuirá para la salud de los profesionales de la salud, auxiliando la comprensión sobre el sufrimiento que antecede la formación de síntomas y enfermedades relacionadas al trabajo.

Palabras clave: Enfermería. Evaluación en salud. Atención primaria a la salud. Salud de la familia. Estrategia de salud familiar. Salud mental. Personal de salud; Equipo de asistencia al paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AB – Atenção Básica

BB – Unidade de Saúde Barão de Bagé

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infantil

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CI – Currículo Integrado

CLS – Conselho Local de Saúde

CN – Unidade de Saúde Coimma

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CS – Unidade de Saúde Costa e Silva

DP – Desvio Padrão

DP – Unidade de Saúde Divina Providência

EACT - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

ECTH - Escala de Custo Humano do Trabalho

EIPST - Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho

EADRT - Escala de avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GT – Grupo de trabalho

HC – Unidade de Saúde Hospital Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

ITRA - Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento

JI – Jardim Itú

JL – Unidade de Saúde Jardim Leopoldina

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASCA - Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

NES – Núcleo de Educação e Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NSA – Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida

ONU – Organização das Nações Unidas

PA – Pronto Atendimento

PES – Planejamento Estratégico-Situacional

PM – Unidade de Saúde Parque dos Maias

POA – Porto Alegre

PRMFC – Programa de Residência em Medicina de Família e comunidade

PSF – Programa Saúde da Família

RIS/SFC – Residência Integrada em Saúde/ênfase Saúde da Família e Comunidade

SC – Unidade de Saúde Sesc

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

SIG – Sistema de Informações Georreferenciado

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

ST – Unidade de Saúde Santíssima Trindade

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

VF – Unidade de Saúde Vila Floresta

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos distritos sanitários do município de Porto Alegre.....	57
Figura 2 – Imagem do território da Unidade de Saúde A.....	120
Figura 3 – Imagem do território da Unidade de Saúde B.....	128
Figura 4 – Imagem do território da Unidade de Saúde C.....	136

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição número de profissionais que preencheram o Itra conforme as US do GHC.....	83
Gráfico 2- Distribuição das médias dos fatores da EACT conforme as US do GHC....	87
Gráfico 3- Distribuição da porcentagem dos profissionais em cada fator da EACT conforme as US do GHC	89
Gráfico 4- Distribuição das médias dos fatores da ECHT conforme as US do GHC....	92
Gráfico 5- Distribuição da porcentagem dos profissionais em cada fator da ECHT conforme as US do GHC	94
Gráfico 6- Distribuição das médias dos indicadores de prazer da EIPST conforme as US do GHC.....	97
Gráfico 7- Distribuição da porcentagem dos profissionais em cada fator dos indicadores de prazer da EIPST conforme as US do GHC	98
Gráfico 8- Distribuição das médias dos indicadores de sofrimento da EIPST conforme as US do GHC.....	99
Gráfico 9- Distribuição da porcentagem dos profissionais em cada fator dos indicadores de sofrimento da EIPST conforme as US do GHC	100
Gráfico 10- Distribuição das médias dos fatores da EADRT conforme as US do GHC.....	105
Gráfico 11- Distribuição da porcentagem dos profissionais em cada fator da EADRT conforme as US do GHC	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos profissionais das equipes de SF do GHC.....	84
Tabela 2- Médias e desvio padrão da Escala de Contexto de Trabalho.....	86
Tabela 3- Médias e desvio padrão da Escala de Custo Humano do Trabalho.....	91
Tabela 4- Médias e desvio padrão da Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho.....	95
Tabela 5- Médias e desvio padrão da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho.....	103
Tabela 6 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas e fatores das escalas.....	119
Tabela 7- Dados demográficos da US Vila Floresta.....	133
Tabela 8- Programas da US Vila Floresta.....	134
Tabela 9- Temas emergidos nas entrevistas coletivas com 3 equipes do GHC.....	142

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivos específicos	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	O Trabalho	23
3.2	Trabalho na Saúde da Família	32
3.3	Psicodinâmica do Trabalho	43
4	CAMINHO METODOLÓGICO	57
4.1	Estudo Quantitativo	57
4.1.1	Campo do estudo - O Trabalho nas equipes de Saúde da Família no GHC.....	57
4.1.2	População do estudo.....	67
4.1.3	Instrumento de coleta de dados.....	68
4.1.4	Coleta de dados.....	72
4.1.5	Análise dos dados.....	73
4.2	ESTUDO QUALITATIVO	74
4.2.1	Campo do estudo	76
4.2.2	Participantes do estudo.....	76
4.2.3	Coleta de dados.....	76
4.2.4	Análise dos dados.....	80
4.2.5	Considerações éticas.....	81
5	APRESENTAÇÃO DOS DADOS DO INVENTÁRIO DE TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO	82
5.1	O contexto de trabalho nas equipes de SF do GHC	85
5.2	O custo humano do trabalho nas equipes de SF do GHC	90
5.3	Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho das equipes de SF do GHC	95
5.4	Danos aos profissionais das equipes de SF do GHC relacionado ao trabalho	103
5.5	Avaliação das diferenças existentes entre os fatores das escalas do Itra	109
5.6	Avaliação das diferenças sociodemográficas em relação ao contexto de trabalho, vivências de prazer e sofrimento, custo humano e danos	113
6	CONHECENDO AS UNIDADES DE SAÚDE	120

6.1	Unidade de Saúde A	120
6.2	Unidade de Saúde B	128
6.3	Unidade de Saúde C	135
7	DISCUSSÃO DOS DADOS À LUZ DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO	142
7.1	Prazer	142
7.2	Sufrimento	152
7.3	Estratégias de Enfrentamento do Sofrimento	176
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
	REFERÊNCIAS	191
	APÊNDICE A – Lista das Equipes de SF	201
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo Quantitativo	203
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo Qualitativo	204
	APÊNDICE D - Roteiro de Observação da Equipe de Saúde da Família	205
	APÊNDICE E- Questões orientadoras da entrevista aos profissionais da Equipe de Saúde da Família	210
	ANEXO A - Inventário de trabalho e riscos de adoecimento – Itra	211
	ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição	216
	ANEXO C – Termo de ciência da Gerência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição	217

1 INTRODUÇÃO

A partir da experiência profissional e de minha dissertação de Mestrado em Enfermagem, cujo tema centrou-se em avaliar os fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), percebeu-se a necessidade de ampliar o processo avaliativo no que se refere ao prazer e ao sofrimento no trabalho dos profissionais.

Os dados obtidos na dissertação, coletados junto a uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial em Foz do Iguaçu, em 2006, demonstraram a satisfação dos trabalhadores com o seu trabalho cotidiano. Também se constatou que o trabalho dos profissionais é ampliado e complexo, centrado tanto em ações curativas da doença, como no indivíduo em seu contexto e, em ações que protegem e promovem a saúde. Isso, na maioria das vezes, é vivenciado como um aumento da carga psíquica e de sofrimento, pois exige uma postura permanente de prontidão, atenção, escuta, imaginação e disposição para inventar o trabalho¹.

O trabalho requer dos profissionais uma prática de organização das atividades, implicada em relações que proporcionam prazer e/ou sofrimento. Evidencia-se, assim, a importância dos estudos em saúde sobre essa temática, pois se entende que para ser continente com o sofrimento do outro, o trabalhador da saúde deve, em seu trabalho, ter possibilidades de negociar seus desejos com as demandas organizacionais, evitando o sofrimento.

Os resultados da pesquisa “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”², financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq - e Ministério da Saúde, coordenada por docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com Universidade Federal de Pelotas, evidenciaram que as atividades na ESF exigem um trabalho coletivo, no qual os profissionais devem “dançar juntos” para o atendimento em saúde, o que repercute na organização do trabalho. Assim, neste estudo, propõe-se avaliar prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição, no intuito de ampliar os estudos sobre essa temática.

A ESF configura-se pela reorientação do modelo assistencial que sinaliza a ruptura das práticas convencionais e hegemônicas de saúde e a adoção de novas tecnologias de trabalho, inserindo, entre suas principais inovações, a busca por melhor compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada às famílias

de uma área adscrita. Pressupõe entrosamento entre os profissionais e a comunidade, tendo seu foco na família. A equipe interdisciplinar constitui a base dessa proposta para operacionalização do trabalho, visa facilitar o desenvolvimento da abordagem integral de indivíduos no contexto familiar e a compreender os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença³. Pauta-se pelo princípio da integralidade, e visa a organização dos serviços, ações e práticas de saúde, de forma a garantir à população um atendimento mais abrangente de suas necessidades.

Tem por objetivo a compreensão ampliada dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços, ou seja, a saúde deixa de ter um olhar eminentemente clínico, e passa a abranger também o reconhecimento e consideração dos aspectos psicossociais, socioculturais, psicológicos, econômicos, espirituais, políticos, entre outros. Assim, a proposta de trabalho a ser realizado na ESF precisa acionar um conjunto de práticas e saberes que potencializem ações de saúde articuladas a diferentes setores da sociedade, caracterizando seu trabalho como complexo e ampliado.

Desse modo, o trabalho na ESF requer dos profissionais a incorporação, de novos conhecimentos, e também uma mudança na cultura e o compromisso de garantir uma prática pautada na consideração da subjetividade, no estabelecimento de vínculos e responsabilização pelo cuidado.

O contexto do trabalho na ESF caracteriza-se por sua complexidade, pois incorpora os elementos da vigilância à saúde, na perspectiva da reorientação do modelo assistencial, propõe a integração dos momentos distintos do processo saúde-doença e também a identificar, descrever e explicar os macroproblemas de saúde por meio do reconhecimento do território⁴. Esses fatores se configuram, então, como requisitos do processo de trabalho de todos os profissionais que compõem a ESF.

Contudo, na implantação da ESF, suas equipes não foram instrumentalizadas para lidar com a complexidade dessas novas práticas, ou seja, não foram organizadas estratégias de capacitação, apoio e retaguarda para o enfrentamento do cotidiano do trabalho⁵. Assim, percebe-se uma tensão na prática de saúde entre o modelo clínico tradicional e as ações de caráter preventivo-promocional, priorizadas no trabalho da ESF, em que ainda predominam as práticas fragmentadas oriundas do modelo biomédico com formação reducionista dos profissionais que encontram dificuldades em horizontalizar suas ações em campo e realizar um trabalho articulado com a comunidade⁵.

Associado a essa tensão, o trabalho dos profissionais da ESF pode apresentar as seguintes dificuldades: fragilidade no vínculo empregatício, absenteísmo, violência,

rotatividade de profissionais⁶⁻⁸; falta de insumos, de equipe de apoio, acondicionamento e falta de medicamentos, ínfima infraestrutura e escassez de materiais, insuficiência de capacitação e oportunidades de educação permanente, existência de inúmeros problemas sociais da população, insuficiência de transporte para realização de visitas domiciliares, conflitos internos, interferência política, insuficiência de rede de referência, entre outros.

Surge então, uma inquietação acerca do trabalho dos profissionais na ESF: O cotidiano de trabalho na ESF gera prazer ou sofrimento aos trabalhadores que ali exercem suas atividades profissionais? Como eles lidam com esses sentimentos?

Frente a esses questionamentos constiu-se objeto deste estudo o prazer e o sofrimento no trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição.

Avaliar o prazer e o sofrimento no trabalho dos profissionais no cenário da Saúde da Família poderá se configurar em um subsídio valioso para se refletir sobre a organização do trabalho nesse campo, suas práticas, dificuldades, facilidades. Nesse sentido, poderá contribuir para o conhecimento da dinâmica desses profissionais para realizarem seu trabalho e, apontar caminhos que auxiliem a prática laboral cotidiana com vistas à integralidade da atenção em saúde.

A ESF traz a compreensão da produção de saúde por meio de um processo de interação e relação entre os sujeitos envolvidos. Consiste, em compreender que existe um sujeito que vive em um território, que estabelece relações sociais, faz parte de uma família e que tem uma necessidade social que o faz buscar um serviço de saúde, elementos que devem ser ponderados pelos profissionais de saúde ao definirem as estratégias de cuidado.

Desse modo, avaliar o prazer e o sofrimento no trabalho dos profissionais da ESF é permitir que esses atores possam refletir sobre sua atividade profissional e a organização, pois se acredita que ter prazer e/ou sofrimento no trabalho gera implicações na maneira como as tarefas são realizadas. Trabalhar com prazer se reverte em benefícios à comunidade, à organização do trabalho e à produção de saúde.

É na organização do trabalho – entendida como divisão de tarefas e, sobretudo, divisão entre os homens para a manutenção das tarefas representadas pelas hierarquias, responsabilidades e sistema de controles – que devem ser procuradas as forças que levam os sujeitos ao sofrimento ou ao prazer no trabalho⁹.

A psicodinâmica do trabalho preocupa-se com as relações do sujeito no coletivo, partindo de um duplo enfoque: dos procedimentos defensivos contra o sofrimento no

trabalho e da ressonância simbólica da história singular do sujeito à história atual e pública no trabalho. Interessa aqui, identificar as relações entre os trabalhadores, vivências de sofrimento e de prazer e como o trabalho se organiza, entendendo-se o papel da subjetividade e a compreensão das estratégias defensivas estruturadas pelos próprios trabalhadores na cena do trabalho⁹⁻¹⁰.

Assim, a organização do trabalho se constitui de uma relação socialmente construída e dimensão tecnológica.

O trabalho dos profissionais na ESF se organiza na interação dos diferentes saberes e fazeres, sendo um trabalho coletivo. E essa construção coletiva se dá no modo e nas condições em que as atividades são desenvolvidas, pois a vivência cotidiana desse trabalho, sua organização, seu planejamento e sua execução, associadas às relações estabelecidas com os diversos atores, podem dar um sentido positivo e/ou negativo para o profissional de saúde.

E o trabalho dos profissionais da ESF não pode ser reduzido à execução de normas e rotinas, pois as situações de trabalho são continuamente permeadas por eventos inesperados. Exige a aplicação de uma habilidade inventada e “refinada” pelos trabalhadores no contato com a realidade e mesmo durante a realização da tarefa¹¹. Nesse sentido, as vivências de prazer e sofrimento dos profissionais no contexto da ESF algumas vezes se diferem, pois envolve a subjetividade do sujeito e a singularidade local, ou seja, a particularidade de cada equipe, local, município, comunidade e relação entre eles.

O trabalho é entendido como realizado por pessoas com identidade e história; pessoas que não são somente instrumentos para atingir a promoção da saúde como o fim.

O sofrimento no trabalho surge quando o trabalhador esgota a possibilidade de negociação entre os seus desejos e a organização do trabalho. A luta contra esse sofrimento caracteriza-se no trabalho como estratégias coletivas de defesa, que podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando e sobrevivendo à angústia¹⁰.

Pensando que a sobrevivência à angústia por meio das estratégias coletivas de defesa pode trazer a adaptação do trabalhador ao sofrimento, entendemos que é fundamental a existência de espaços de discussão para avaliar o trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família, exteriorizando os fatores de prazer e sofrimento.

Para tanto, nesta pesquisa propõe-se, junto aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, a construção de um espaço de escuta e reflexão acerca do trabalho. Entende-se que este propicia que as demandas surgidas dos profissionais das equipes da SF possam dar visibilidade às questões do trabalho e assim, conduzir mudanças na sua organização.

Desse modo, a Psicodinâmica do Trabalho mostra-se como um referencial teórico metodológico pertinente com a proposta da pesquisa.

Frente ao destaque que a ESF vem recebendo do governo brasileiro para reorientação das práticas em saúde propõe-se um estudo avaliativo sobre os fatores de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais das Equipes de SF no Grupo Hospitalar Conceição.

Pressupõe-se que o trabalho dos profissionais das equipes de SF, frente a sua complexidade, se caracteriza como criativo e possibilita ao trabalhador organizá-lo de diferentes maneiras, influenciado por condições objetivas e subjetivas. Isso tem possibilitado construções novas de trabalho, gerando para o profissional o prazer com o que produz, pois, ao construir/criar experencia sua autonomia e liberdade.

Ao mesmo tempo, a complexidade do trabalho dos profissionais da ESF pode ser vivenciada como sofrimento, porque a produção de saúde ocorre articulada aos fatores econômicos, socioculturais, políticos e de gestão, entre outros, na qual, em muitos momentos, produz um trabalho fragmentado e engessado em normas e rotinas para alcance da produtividade, as quais dificultam a organização do trabalho e restringem a capacidade criativa dos profissionais da ESF.

Pretende-se, com a presente pesquisa, fornecer subsídios para a reflexão acerca do trabalho dos profissionais das equipes de SF^a no GHC, buscando-se contribuir para a construção de ações que reduzam o sofrimento e incluam, no processo de trabalho, ações que proporcionem prazer ao trabalhador. Busca-se, também, contribuir para organizar o trabalho na SF, rompendo, desse modo, as práticas exclusivamente biomédicas e colaborando para a construção de práticas coletivas que consideram a família em sua dimensão sociocultural na produção de saúde.

Do mesmo modo, essa avaliação repercutirá na organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, e certamente auxiliará a proposta do Grupo Hospitalar Conceição de atender os pressupostos do Sistema Único de Saúde.

^a Equipes de SF: No GHC, foi adotada essa nomenclatura pois funcionam como mais de uma equipe atuando nas Unidades de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a organização do trabalho, prazer, sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- conhecer o perfil sociodemográfico dos profissionais das equipes de SF do GHC;
- descrever a organização, condições e relações sociais de trabalho dos profissionais das equipes SF do GHC;
- identificar o custo humano (físico, cognitivo e afetivo) desse trabalho;
- descrever o prazer e o sofrimento dos profissionais;
- verificar os danos físicos, psicológicos e sociais aos quais estão submetidos;
- estabelecer correlações entre custo físico, cognitivo e afetivo e a relação de impacto de uma dimensão sobre as outras;
- avaliar as diferenças sociodemográficas em relação ao contexto de trabalho, prazer e sofrimento, custo e danos relacionadas ao trabalho;
- verificar as associações entre o contexto de trabalho e o prazer, sofrimento e danos (físico, psicológico e social) relacionado ao trabalho;
- analisar qualitativamente o prazer, o sofrimento e as estratégias defensivas de três unidades de Saúde da Família do GHC que apresentarem baixo, médio e alto risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Frente às características da pós-modernidade, da acumulação flexível do capital e de suas consequências para o mundo do trabalho, a psicodinâmica do trabalho aparece como uma abordagem de pesquisa e ação capaz de fazer análise crítica e reconstruir a organização do trabalho.

A partir da psicodinâmica do trabalho, referencial deste estudo considera-se que avaliar o trabalho dos profissionais da Saúde da Família permitirá identificar lacunas dessa prática, o que repercutirá em sua organização e em sua dinâmica, ou seja, a realidade concreta do trabalho. Do mesmo modo, o referencial teórico permite evidenciar o sofrimento, se existente e o modo com que os profissionais buscam o prazer.

Neste capítulo, apresentam-se o trabalho e o contexto do trabalho em saúde na Saúde da Família, sua transformação histórica e o trabalho dos profissionais nesses serviços no Brasil e no Grupo Hospitalar Conceição. Apresenta-se, também, o referencial teórico-metodológico da psicodinâmica do trabalho e recentes estudos em saúde realizados no Brasil.

3.1 O Trabalho

O trabalho é uma atividade em que o homem transforma a natureza, modificando a si mesmo nesse processo interativo¹². O trabalho humano é a produção e a reprodução das necessidades sociais em que o próprio homem social é quem determina historicamente suas necessidades, que são satisfeitas pelo processo do trabalho. Portanto, o trabalho é o processo de transformação de um objeto em um produto, efetuado pela atividade humana mediante instrumentos de trabalho, e esse processo é constituído por três elementos básicos: o objeto, os meios ou instrumentos e a finalidade¹².

O trabalho humano e sua intencionalidade já existem no pensamento do trabalhador, e, desse modo, para que algo seja objeto de trabalho é necessária a construção abstrata de um objetivo e resultado que se quer atingir, utilizando-se, para isso, os meios ou instrumentos de trabalho. A finalidade é um dos elementos do processo de trabalho, caracterizada por uma atividade orientada para um fim, sendo fundamental para a existência do processo de trabalho — objeto e instrumento somente têm significado se há uma finalidade ou necessidade social.

As necessidades sociais movem o sujeito à ação, interiorizando que a finalidade do processo de trabalho tem caráter social, podendo, por isso, se caracterizar como um processo de transformação que ocorre quando necessidades humanas precisam ser satisfeitas¹³. O ser humano realiza uma atividade de transformação do objeto de trabalho, por meio de instrumentos, sendo uma prática de produção e autoprodução do trabalhador, sujeito que pensa, cria, usa material e atinge um objetivo/resultado.

Assim, o trabalho em saúde, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também os homens e mulheres que o executam, os quais precisam reconhecer-se em seu espaço, se gratificarem com o fruto do seu trabalho e se transformarem nesse processo. O trabalho enriquece não apenas pelo dinheiro, mas também pela experiência, habilidades, enfim, pelo desenvolvimento pessoal e coletivo que propicia¹⁴.

Quando se fala em trabalho em saúde é importante ressaltar quais as necessidades que estão em questão. De quem são as necessidades consideradas no processo de trabalho em saúde? Embora as necessidades do usuário estejam alinhadas ao objetivo final do processo de trabalho em saúde, as necessidades dos trabalhadores também aparecem e interferem nas relações que definem os processos de trabalho e seus resultados. Mas esses fatores não aparecem sedimentados na organização do trabalho coletivo, considerando-se que as necessidades de alguns usuários e trabalhadores continuam não sendo satisfeitas de forma contínua e adequada, havendo equívocos de interpretação da satisfação dessas necessidades¹⁵.

Para tanto, para caracterizar o trabalho coletivo em saúde são necessárias determinadas ações dos trabalhadores de saúde, entre as quais a resolutividade, o acolhimento, o vínculo e a garantia do encadeamento das várias e diferentes relações entre trabalhador/usuário e trabalhador/trabalhador que ocorrem no cuidar, que são interdependentes em função de um produto que é comum¹⁵.

O conceito e a ideia de que o trabalho tem consequências sobre a saúde dos indivíduos é antiga. Exemplos dessas percepções podem ser encontradas: no clássico *Tempos Modernos*, de Charlie Chaplin – sensível às degradações física e mental provocadas pela implementação do modelo taylorista/fordista sobre os trabalhadores, nas pesquisas da Sociologia do Trabalho de Friedmann e Naville (1962), que relataram as consequências do trabalho na linha de montagem, na França dos anos 1950 do século passado, e também, mas mais remotamente, nos estudos de Ramazzinni, considerado o fundador da Medicina do Trabalho no século XVIII¹⁵.

Mudanças importantes no que se refere a inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, modos de organização do trabalho e da produção, estratégias empresariais, formas de controle sobre os trabalhadores, desempenho dos sindicatos e papel do Estado marcaram as diferentes fases de crescimento, crises e desenvolvimento da consolidação do capitalismo. Essas transformações, características de determinadas etapas históricas do capitalismo, caracterizam a Revolução Industrial¹⁶.

No período do Capitalismo, a Primeira Revolução Industrial ocorreu na Inglaterra em meados do século XVIII, e foi marcada pelo uso intensivo de mão de obra assalariada, frequentemente associada ao trabalho pesado e insalubre na indústria têxtil, tendo como referência tecnológica fundamental o uso da máquina a vapor. Dois aspectos importantes dessa fase do capitalismo cabem serem referidos aqui: a qualificação do trabalhador e as suas estratégias de resistência¹⁶.

Na qualificação, o trabalhador gradualmente passou a se expropriar seu saber-fazer, ao mesmo tempo em que se aprofundou a divisão do trabalho¹⁶. Já, as estratégias de resistência dos trabalhadores tinham a intenção de dificultar o desenvolvimento da produção e podiam ser manifestadas por sabotagem, danificação das máquinas, atrasos, absenteísmo e a ocorrência de greves. Nesse contexto, os trabalhadores exerciam um certo controle sobre o processo de trabalho no que se refere às pausas, aos movimentos e aos tempos de realização das operações, pois, além de outras questões, existia o relativo desconhecimento do empregador quanto ao conteúdo do trabalho e o princípio do uso complexo da maquinaria¹⁶.

Nessa primeira etapa do capitalismo, o controle exercido sobre os trabalhadores expressava-se sob a forma mais autoritária possível. O despotismo fabril materializava-se em agressões físicas, ameaças, castigos, multas e demissões; a jornada de trabalho era longa e intensa (12 a 15 horas diárias), em condições de trabalho precárias e com salários aviltantes. O movimento sindical ainda era débil, e era tímida a função do Estado enquanto regulador das relações entre o capital e o trabalho¹⁶.

Na ausência de um efetivo sistema de proteção social sucediam-se inúmeros e graves acidentes de trabalho como perda de dedos, esmagamento de mãos, queimaduras, lesões causadas por ferramentas que caíam sobre os operários. Os trabalhadores eram acometidos por diferentes tipos de doenças profissionais: doenças pulmonares, cutâneas, cardíacas, respiratórias e estresse físico e mental que, muito frequentemente, levavam à morte crianças, mulheres e homens¹².

A Segunda Revolução Industrial, no final do século XIX e início do século XX, nos EUA, período em que a eletricidade passou gradativamente a fazer parte do coti-

diano das cidades e a alimentar os motores das fábricas, caracterizou-se pela administração científica do trabalho e pela produção em série. Foi a época da difusão do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho, da rígida especialização das tarefas e da racionalização da produção. Ocorreu o desenvolvimento das indústrias química, elétrica e metalúrgica, correspondendo às necessidades de uma etapa do capitalismo internacional, período de atuação monopolista do capital¹⁶.

Estudos demonstram que boa parte dos problemas de baixa produtividade das fábricas deviam-se à enorme variação de tempo e de rendimento no trabalho individual dos operários. Numa mesma empresa, haviam diversas maneiras de executar a mesma atividade, e os métodos de produção eram, em geral, transmitidos oralmente de trabalhador a trabalhador ou aprendidos por intermédio da observação. Prêmios, ameaças e sanções não obtinham os resultados esperados¹⁷.

Pelo fato de os empregadores desconhecerem parte significativa dos conteúdos do trabalho e do tempo necessário para a execução de cada atividade, e os operários detinham o conhecimento de grande parte do processo de trabalho, não seria possível diminuir os tempos ociosos que prejudicavam a produtividade. Segundo a lógica taylorista, a questão implicava buscar métodos objetivos de execução, os quais, além de serem uniformes, deveriam ser determinados de forma externa, prescritos pela gerência e não mais conforme os trabalhadores.

A administração científica de Taylor visava racionalizar a organização do trabalho, o que envolveu buscar normas, procedimentos sistemáticos e uniformes. Mediante observação, descrição e medição seria possível simplificar as operações, eliminar os movimentos desnecessários, lentos e ineficientes e encontrar “o modo melhor”, o movimento certo e mais rápido em todos os ofícios¹⁷.

Assim, o trabalho foi decomposto em parcelas cada vez mais elementares e simplificadas. Cada tarefa passou a corresponder a um posto de trabalho, o qual deveria ser ocupado não por qualquer trabalhador, mas pelo homem certo, atribuindo importância de se aprimorarem as formas de recrutamento, as quais passaram a ter o objetivo principal de selecionar de modo criterioso o trabalhador mais adequado para cada tarefa, para cada posto de trabalho, o que ficou conhecido como “o homem certo no lugar certo.” Entre os objetivos tayloristas de racionalização do trabalho, os incentivos salariais voltados à elevação da produtividade também marcaram essa época: o trabalho foi transformado em atividade parcelada, repetitiva e sem sentido, retirando do indivíduo a sua capacidade criativa, e a principal fonte de agressão à saúde do trabalhador era a própria organização do trabalho¹⁷.

A principal crítica dirigida ao taylorismo é a de que ele impede a conquista da identidade no trabalho, possível no espaço entre trabalho prescrito e trabalho real. Outras críticas se referem à desapropriação do saber e à inibição de qualquer iniciativa de organização e de adaptação ao trabalho, o que, na prática, não acontece, pois essa adaptação, ou seja, certo grau de aleatoriedade e imprevisão que está presente no trabalho real exige uma atividade intelectual e cognitiva que não é prevista pelo taylorismo¹⁸.

Desse modo, entende-se que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real é quase inexistente no taylorismo pela rigidez e porque não está prevista nenhuma iniciativa por parte do trabalhador. Porém, a possibilidade de intervir no trabalho de alguma maneira para preencher as lacunas não previstas por sua prescrição é essencial para a conservação de saúde mental do trabalhador e sua contribuição individual à manutenção da qualidade e da produtividade.

A fragmentação da tarefa, característica do taylorismo, exige respostas prontamente personalizadas do trabalhador, direcionando-o para dois sofrimentos relacionados ao trabalho: o medo e a monotonia. Essa fragmentação leva à monotonia pela intensificação do ritmo de trabalho, pela extrema parcelização das tarefas, rotina burocrática, permanente controle, movimentos repetitivos, determinados pela esteira rolante que tornam o trabalho um pesado fardo¹⁶.

O medo vivenciado pelo trabalhador pode ser relacionado ao desgaste do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo que pode se originar na desestruturação das relações entre os colegas e se manifestar por meio da discriminação, da suspeição ou, ainda, de relações de violência e de agressividade, opondo trabalhadores entre si e com a hierarquia. Há o medo específico relativo à desorganização do funcionamento mental, devido à autorrepressão exercida sobre o aparelho psíquico e pelo esforço empregado para se manterem comportamentos condicionados. E, também, o medo referente à deterioração do corpo físico, vinculado diretamente às más condições de trabalho¹⁸.

A partir de 1910, a difusão e a consolidação do taylorismo ocorreram pela sua associação com os princípios, com os métodos e com a tecnologia utilizados pelo também norte-americano Henry Ford. Taylor nasceu em 1856 e poucos anos depois nasceu Ford, em 1863. Assim, parte de suas experiências foram realizadas no mesmo período histórico. Enquanto Taylor publicava o livro *Princípio de Administração Científica* (1911), em que valorizava o controle dos tempos de trabalho de cada operário, Ford criou e introduziu em sua fábrica de Highland Park, em 1913, a linha de

montagem com a conexão entre as diferentes tarefas movida a volante magnético, ou seja, a esteira rolante, cujas peças desfilavam diante dos trabalhadores colocados, lado a lado, na linha de montagem, unindo tarefas individuais sucessivas, fixando uma cadência regular de trabalho e reduzindo o transporte entre as operações¹⁶⁻¹⁷.

Com o fordismo, a divisão do trabalho e a parcelização das tarefas foram intensificadas, os trabalhadores ficaram mais submetidos ao ritmo automático, à cadência das máquinas, à rotina, executando, várias vezes, um mesmo movimento em uma linha de montagem. Esse modelo foi caracterizado pela produção em massa e pelo consumo de massa, o que impunha a necessidade de ampliar mercados e de estabelecer um novo patamar de rendimentos para aos trabalhadores. Como forma de estimular a produção, Ford propôs a jornada de oito horas a US\$ 5, quase o dobro do salário médio de então¹⁷.

A produção em série atingia seu ápice ligada, inevitavelmente, ao triunfo da sociedade de consumo e à melhoria do nível de vida norte-americano de 1920 a 1929. No mundo, o modelo fordista foi reconhecido como o *american way of life* no final da Segunda Guerra Mundial, fundado no hedonismo – na busca da felicidade por meio do aumento do consumo como uma meta a ser alcançada. Assim, ocorreu a difusão do fordismo com a sua propagação e expansão diversificada pela Europa Ocidental¹⁶.

No entanto, quando sua aplicação se generalizou, a competição se acirrou, e os recursos destinados a certas melhorias nas condições de trabalho passaram a ser reduzidos. A busca por diminuição nos custos de produção levou vários países da Europa Ocidental, nos anos 1960, por exemplo, a introduzirem trabalhadores imigrantes para pressionar os salários, deteriorando as condições de trabalho¹⁹.

O modelo taylorista/fordista prevaleceu como modo de organizar o trabalho e a produção nos países capitalistas desenvolvidos até meados dos anos 1970, sendo referência para o setor industrial, principalmente no ramo automobilístico. Nessa época, com crescimento econômico e relativa redistribuição de renda, os países capitalistas avançados passaram a vivenciar um período de crise manifestado de diferentes formas e evidenciando que esse modelo estava chegando ao fim¹⁶.

E, foi a partir dos anos 1970 do século passado que iniciou a Terceira Revolução Tecnológica, cujo modelo de organização do trabalho foi a experiência japonesa conhecida por toyotismo. Esse modelo foi marcado pelos avanços da microeletrônica com formas de organizar o trabalho fundadas na diversificação de operações e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa. Nessa fase do capitalismo, os mercados e a produção se internacionalizaram, pois as empresas objetivaram superar

a rigidez do modelo fordista, e incluíram a microeletrônica, o desenvolvimento da informática, a automação, a robótica e a telemática¹⁶.

Os diferenciais trazidos pelos métodos de organização do trabalho e produção japoneses devem-se, em boa parte, às adaptações à produção fordista no pós-Segunda Guerra Mundial. No Japão, nessa época, a demanda mostrava-se reduzida, diversificada e dirigida. No caso dos automóveis, por exemplo, os veículos eram menores, quando comparados aos norte-americanos e, portanto, foi preciso adequar a produção em série ao padrão de consumo do país. O crescimento da indústria automobilística do Japão também foi impulsionado pelo governo à medida que foram erguidas barreiras alfandegárias, concedidos empréstimos subsidiados, encorajada a concentração das empresas, racionalizado o ramo de autopeças, e desenvolvida a malha rodoviária¹⁶.

Assim, desenvolveu-se o modelo japonês de gestão denominado toyotismo, pois a Toyota foi a primeira empresa a implementá-lo. O Toyotismo tem como objetivos elevar a produtividade, reduzir custos e promover um controle preciso da qualidade, apresentando ao Ocidente técnicas, métodos e princípios de relações humanas e de participação no interior da empresa diferentes dos utilizados até então e com diferentes programas de qualidade. Com sua expansão a diferentes países, seus conceitos passaram a ser aplicados, significando uma alternativa para solucionar os problemas enfrentados pelo capitalismo ocidental. O modelo japonês de gestão baseava-se na utilização de métodos capazes de manter sua eficiência sob condições de demanda restrita e com oscilações constantes no mercado, e a concorrência alicerçou-se na criação de novas necessidades, no aprimoramento da qualidade, na diversificação e na personalização da oferta¹⁶.

Para tanto, esse novo modelo requer um trabalhador mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidades de se relacionar com os colegas e de operar equipamentos diversificados e complexos, apto a realizar diversas operações, motivado para o trabalho, engajado com os objetivos da empresa, um colaborador¹⁷. Eis que surgem, então, os questionamentos: será que o autômato taylorista seria substituído por um trabalhador participativo e envolvido com seu trabalho? Essa nova maneira de preocupar-se com os recursos humanos significa repudiar o esgotamento físico e psicológico do trabalhador que tem seus movimentos controlados pelo cronômetro e suas tarefas segmentadas¹⁷?

Esse novo trabalhador e as “virtuosas” relações de trabalho japonesas não servem de contraponto ao modelo taylorista/fordista. O que realmente muda no toyotismo é que cada trabalhador deve concentrar-se não mais em uma única tarefa, mas

num conjunto de operações diferentes e encadeadas não-linearmente, portanto, basear a crítica ao antigo modelo com um pretense virtuosismo é ilusório²⁰.

O toyotismo tem como características a polivalência e a rotatividade de operações como formas de garantir a continuidade e o ritmo da produção diante das ausências, das pausas e das dificuldades, ocorrendo certa complementaridade do trabalho, em que atividades de manutenção e de qualidade passam a ser incorporadas ao dia-a-dia. As rígidas formas de controle, típicas do modelo taylorista/fordista, aparecem transformadas em lideranças motivadoras, em um ambiente em que o próprio grupo exerce pressão sobre os indivíduos¹⁶. Assim, o exercício direto do controle tende a se atenuar, pois os grupos de trabalho criam reações psíquicas de autocontrole nos seus integrantes: a introjeção dos valores da empresa, o estímulo ao orgulho profissional, o controle “corpo a corpo” e a emulação psicológica, a qual visa, antes de tudo, esconder a oposição de interesses entre trabalhadores e gerência, em clima de pseudoliberalidade¹⁹.

Ao mesmo tempo em que se flexibilizam as empresas, o trabalho, os trabalhadores, a produção, os produtos, os mercados e os padrões de consumo, cresce o desemprego, porque a introdução de inovações tecnológicas poupam mão de obra e disseminam-se formas precárias de relações de trabalho, como os contratos por tempo parcial, os contratos temporários e a subcontratação²¹.

Assim, esse “novo capitalismo” caracterizado pela intensa flexibilidade e na visão de curto prazo, emulando os valores de lealdade, ajuda mútua e confiança e estimulando outros como ao individualismo e à competitividade, combinados ao gradual desaparecimento de carreiras estáveis e de vínculos profissionais duradouros, indaga-se se tais condições não estariam contribuindo para a corrosão do caráter, criando novas subjetividades. A esse cenário soma-se a ascensão do ideário neoliberal, em que o mercado aparece como regulador da sociedade, em especial, da relação entre o capital e o trabalho¹⁶.

Nesse sentido, o trabalho em saúde vai impactar a saúde do trabalhador, pois com o foco na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de performance há forte tendência a não valorizar a contribuição desse trabalhador. Há um intenso investimento dos profissionais de saúde na produção de resultados, desempenho, alcance e superação de metas. Isso faz com que os profissionais corram o risco de cair na armadilha da rotinização, das normas e prescrições visando a qualidade de seus processos e produtos, conforme previsto na agenda das organizações hospitalares contemporâneas, reduzindo, cada vez mais, o

espaço para construir vínculos, relações e criar novas formas de cuidado e visando atender as reais necessidades humanas que se apresentam em seu cotidiano²².

Há uma exigência de aproximação, interação, humanização e, contraditoriamente, um imperativo de distanciamento associado ao ter que dar conta de tudo e não demonstrar seus sentimentos ou falar sobre eles, demandando, ainda, entrega de “corpo e alma” desse trabalhador ao seu ofício, não para ser reconhecido e caminhar em busca de sua realização e emancipação, mas para manter o círculo de produção e consumo no qual criar, conviver e dialogar são considerados supérfluos e, portanto, perda de tempo²³.

A inteligência no trabalho está continuamente condenada à discrição, à clandestinidade, e é por isso que parte importante do trabalho efetivo permanece na sombra, principalmente nos trabalhos em que os modos operatórios e os procedimentos são rigorosos. Essa dificuldade se agrava quando as atividades do trabalho evoluem na direção das tarefas imateriais, isto é, quando não há mais produção de objetos materiais, em particular no caso das atividades ditas de serviço, em que a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível²³.

Isso acontece no trabalho das equipes de SF, por se caracterizar como um trabalho complexo, que exige mais do que conhecimentos em saúde, exige interação, humanização, acolhimento, além da criatividade no trabalho. Isso pode passar despercebido e, conseqüentemente, invisível aos olhos daqueles que não percebem a complexidade do trabalho em atenção primária. Por esses motivos, não pode ser mensurado e, por vezes, acaba sendo substituído por metas, indicadores, o que pode levar ao sofrimento aqueles que procuram realizar o cuidado em sua essência. Desse modo, a presente pesquisa permite abrir espaço para falar sobre o trabalho, sobre o que é prazeroso e, ao mesmo tempo, gera sofrimento nos profissionais. Portanto, somente é possível refletir e intervir sobre isso ao se conhecer as vivências dos profissionais.

No que se refere à natureza do trabalho imaterial nesse campo de atuação, é possível perceber que no trabalho em saúde, nesse caso mais especificamente na enfermagem, existem demandas próprias da contemporaneidade, intensificadas pelo capitalismo, principalmente no que se refere às relações afetivas permeadas por exigências de tempo integral e polivalência, o que leva a demandas opostas, ou seja, dedicar-se aos vínculos, mas, concomitantemente, agir com rapidez para manter-se produtivo e apto para gerar lucro em um contexto de acirrada competitividade²².

Assim, considerando-se o protagonismo do reconhecimento na construção da identidade dos profissionais da saúde e na produção de sentido ao sofrimento no

trabalho, esse contexto laboral pode ser nocivo à saúde desses trabalhadores, pois esse fazer tende à invisibilidade, considerando-se que, na atualidade, há intensa valorização da tecnologia aplicada à saúde, além da precisão da técnica, aliada à racionalização dos custos e do tempo de execução dos procedimentos, em detrimento do fator humano²².

A construção da identidade dos profissionais da saúde depara-se com a construção de um saber fazer saúde na percepção do sujeito em seu contexto, inserido em seu território, em sua família, o que implica mudança na ótica do profissional que passa a não ver somente a doença, mas o conjunto, tornando o trabalho na SF complexo. Por outro lado, isso pode passar despercebido, sendo considerado invisível aos olhos de gestores que hoje valorizam as metas e indicadores do trabalho. Esse embate pode gerar sofrimento aos profissionais, cujas demandas tornam-se aumentadas tanto por parte da gestão quanto por parte dos usuários. Surge então, a importância da pesquisa, que busca conhecer o trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC, saber o que lhes proporciona prazer e sofrimento e como lidam com esses fatores.

3.2 Trabalho na Saúde da Família

O movimento da Reforma Sanitária, em 1988, assegurou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal Brasileira, contemplando aspectos priorizados na VIII CNS: a saúde como direito de todos e dever do Estado. Conforme o artigo 196 e, no artigo 198, há três principais diretrizes para o funcionamento desse sistema: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade²⁴.

Em 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080 e nº 8142. A primeira regulamenta o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A lei nº 8142 define a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, orientando o controle social e o financiamento do SUS²⁵.

O SUS conta com a participação popular nos espaços de elaboração e decisão das políticas públicas. Sua criação direciona a concepção do processo saúde-doença para um olhar ampliado, compreendendo que fatores sociais, econômicos, psicológicos, políticos, culturais e espirituais têm interferência na vida cotidiana das pessoas e, por essa razão, devem ser considerados ao se produzir saúde.

Devido à forte tendência à manutenção das práticas dominantes em saúde, que priorizavam as consultas médicas individuais, com enfoque na doença, a construção da atenção básica foi dificultada, enquanto ações de saúde no âmbito individual e coletivo

que buscam as possibilidades de viver de modo saudável, considerando a singularidade do sujeito e a inserção sociocultural. Dessa forma, era necessário efetivar as mudanças propostas pela Reforma Sanitária, asseguradas pelo SUS²⁶. E para garantir a integralidade da atenção tornou-se imprescindível buscar uma nova forma de organização dos processos de trabalho em saúde.

De acordo com os princípios assistenciais e organizativos do SUS — universalidade, integralidade e equidade —, no contexto da descentralização e do controle social, a atenção básica foi sendo gradualmente fortalecida, constituindo-se em porta de entrada preferencial do sistema de saúde²⁷. E assim, no ano de 1994, pelo fato de a ênfase na atenção à família ter sido o centro da atenção das políticas públicas, a Organização das Nações Unidas o definiu como o Ano Internacional da Família⁶.

Nesse mesmo ano, o Brasil oficializou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, centrando a atenção em saúde no núcleo familiar enquanto objeto de cuidado e apostando nas práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização²⁸⁻²⁹. O PSF baseou-se no sucesso das experiências nos países de Cuba e Canadá que adotaram a família como centro das intervenções de saúde, servindo de exemplo não só para o Brasil, mas para vários países europeus e latino-americanos⁶. Esse Programa direciona o foco de ação em saúde para a família, orientado pelas diretrizes do SUS em busca da promoção da saúde e qualidade de vida junto ao território por meio da atenção integral.

A atenção centrada na família é entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas³⁰.

Os municípios passaram a receber incentivo financeiro para a implantação do PSF com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996, recurso financeiro que trouxe um crescimento acentuado das equipes do PSF no país³¹. Em 10 anos, período de 1998 a 2008, de 2.054 equipes implantadas há 28.452, correspondendo a uma cobertura populacional inicial e atual de 4,4% e 48,24%, respectivamente³².

No Rio Grande do Sul, também se identifica essa expansão do PSF, que iniciou com 60 equipes implantadas e, atualmente, conta com 1.124, perfazendo uma cobertura populacional de 32,11% até junho de 2008³³.

Passou-se, além da preocupação com a expansão quantitativa do PSF no país, a discutir a qualidade desse programa e sua integração na rede assistencial de serviços de saúde. E, assim, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o

conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, caracterizando-o como uma estratégia com o objetivo de imprimir uma nova dinâmica de atuação na atenção primária, que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades de saúde em território definido, configurando-se como uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo assistencial^{3, 34}.

Com isso, a amplitude do programa setorial de saúde foi ampliada para uma estratégia de estruturação e reorganização do sistema público de saúde a partir do redirecionamento das prioridades das ações de saúde, não voltadas somente para a cura de doenças e o hospital, mas comprometendo-se a trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde e desenvolvimento de uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

O PSF passou a ser considerado Estratégia Saúde da Família (ESF), pois sua implantação busca estruturar o sistema público de saúde, não se constituindo em proposta temporária³⁵⁻³⁶. Dessa forma, a efetiva organização de um sistema de saúde ocorre por meio da atenção primária³⁷, noção que implica a acessibilidade e o uso de serviços de acordo com a necessidade demandada pela população³⁸. Sob essa lógica, a saúde da família na atenção primária deve facilitar o acesso da população, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde organizado em diferentes níveis de atenção, constituindo um conjunto de ações e práticas que tem o objetivo de abranger as diversas necessidades da população e, constituindo, ao mesmo tempo, um nível próprio de atendimento.

A ESF, portanto, incorpora os princípios do SUS e as concepções da atenção primária à saúde que incluem a humanização do atendimento e o estímulo à participação comunitária, com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de assistência à saúde apresentaram no decorrer dos anos³⁹.

Com a adoção desses princípios, a ESF propõe-se a priorizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo maior resolutividade nos níveis de atenção básica. Assim, a ESF está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que tem como diretrizes operacionais: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, e equipe multidisciplinar⁴⁰.

O caráter substitutivo se direciona à criação de novas unidades de saúde somente nas comunidades totalmente desprovidas desse tipo de serviço. A integralidade e hierarquização faz com que a ESF esteja inserida no primeiro nível de ações e serviços

do sistema local de assistência, ou seja, a atenção básica, e deve estar vinculada à rede de serviços a fim de garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, além de assegurar a referência e a contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que necessário ao paciente⁶.

Isso implica em um compromisso necessário por parte dos profissionais da ESF de estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde para garantir a vinculação à rede. Os outros níveis de atenção, por sua vez, precisam atuar de modo complementar e contínua para garantir os fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar. Da mesma forma, devem ser contínuos e integrados em relação aos componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde.

A territorialização e cadastramento da clientela operacionalizam a ESF por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde que trabalham em um território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a essa área, tendo, no máximo, 4.500 pessoas ou 1.200 famílias³⁹. O atendimento ocorre na própria unidade ou em domicílio, possibilitando a criação de vínculos de corresponsabilidade entre equipe e comunidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde daquele território²⁸.

Portanto, é fundamental a prática do acolhimento pela equipe da ESF para o alcance de seus objetivos, ou seja, para atingir o objetivo da criação de vínculos e cuidados aos usuários de determinado território é necessário acolher o usuário, recebê-lo, escutá-lo, interessar-se pela sua queixa ou motivo da busca do serviço de saúde, e preocupar-se com a resolutividade da situação ou encaminhamentos se necessário for.

Essa criação de vínculo na ESF evidencia a complexidade do trabalho na atenção básica e, conseqüentemente, implica organização do trabalho, que vai poder implicar prazer, conforme sua organização, ou implicar sofrimento, se a organização do trabalho for muito rígida, muito inflexível. Isso vai repercutir no acolhimento aos usuários e na criação de vínculo entre usuários e profissionais das ESF.

As equipes da ESF têm característica multidisciplinar e são compostas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários da saúde⁴⁰. Mas outros profissionais — assistentes sociais e psicólogos — poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais³.

Essa concepção da ESF remete à construção de uma gestão compartilhada, existindo uma rede de compromissos e responsabilidades que são assumidos pelos gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e comunidade em geral. Desse modo, o trabalho na ESF é coletivo, produzido em equipe com usuários, em um território delimitado. O trabalhador vai entrar no “olho do furacão”, pois a produção de saúde requer troca, relacionamento, e necessita de parceria para a construção da integralidade de atenção, considerando-se que saúde não é só doença.

Independente desse direcionamento para abordagem ampliada que gera complexidade na organização do trabalho da ESF, persistem as práticas fragmentadas em múltiplas profissões, centradas na assistência e não na promoção da saúde, em que a valorização da especialidade predomina no cotidiano das ações. Isso é exemplificado em um estudo que discute a visita domiciliar (VD), no qual, enquanto a VD é para a família, o enfoque se direciona ao indivíduo. O profissional durante a VD não busca identificar a dinâmica familiar e tampouco discute as mudanças na vida da família, face ao problema de saúde de um de seus membros, ou seja, tem como objeto a intervenção no indivíduo não considerando a dimensão social e o quanto isso interfere na terapêutica, adotando uma postura prescritiva⁴¹.

Egdar Morin afirma que para se compreender o todo social não significa identificar características individuais, mas implica reconhecer a complexidade da realidade na articulação dos indivíduos enquanto coletividade que é mais do que o agrupamento das características individuais. A retroação do todo social, produzido pela interação permanente entre seus indivíduos, interfere nas características individuais e, por conseguinte, no todo social, sendo uma perspectiva auto-organizativa das sociedades⁴².

Assim, é necessário uma reorientação do trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, além de peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar⁴³. E sob os diferentes olhares dos profissionais, o objetivo comum é o de reconhecer o todo social na ESF, na realidade complexa dos indivíduos usuários articulados ao coletivo.

A organização do trabalho exige dos profissionais a produção de novos conhecimentos para o seu desenvolvimento e, assim, o trabalho precisa ser avaliado para além das técnicas de produção, considerando a maneira com que os trabalhadores o vivenciam e dão sentido às suas experiências. A vivência do cotidiano de trabalho tem a influência da subjetividade dos trabalhadores que podem sentir prazer e/ou sofrimento

a partir das atividades que realizam, o que reafirma a importância da avaliação e da organização do processo de trabalho na ESF. É relevante, portanto, publicar e publicizar as reflexões críticas que possam ser compartilhadas com os pares e que, de alguma forma, contribuam para a qualificação dos profissionais em saúde⁴⁴, não se restringindo aos indivíduos, mas visualizando a coletividade, pois a psicodinâmica do trabalho está voltada para a organização do trabalho, o conhecimento e relações dos trabalhadores⁹.

Do mesmo modo, em alguns estudos os autores relatam que no trabalho dos profissionais da ESF, caracterizado como complexo e ampliado, existem fatores favoráveis para a realização das atividades, entre os quais o trabalho em equipe, estrutura física que permita uma atuação mais digna acompanhada de privacidade e o vínculo com a comunidade, os quais produzem gratificação e reconhecimento do trabalho, gerando satisfação aos profissionais da ESF⁷.

Os profissionais falam sobre a necessidade de: melhor comunicação e proximidade entre nível local e gestão; estabilidade de vínculo empregatício por meio de concurso público; fixação dos recursos humanos; salários justos; flexibilidade do horário de trabalho; capacitação e treinamento para todos os profissionais; número adequado de usuários por equipe; divisão correta da área de atuação da equipe; coibir interferência político-partidária na contratação de profissionais; selecionar perfil e promover a identificação dos outros profissionais com a proposta de trabalho; valorização profissional; recursos materiais suficientes; educação permanente; autonomia do enfermeiro nas condutas; diminuir a cobrança e a pressão por produtividade/atingir cotas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e avaliação profissional por desempenho⁷. Do mesmo modo, resolutividade das ações e reconhecimento da comunidade é fator de satisfação dos profissionais⁴⁵.

Independente dos desejos para um trabalho prazeroso, o cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF enfrenta dificuldades, no qual se destacam problemas de infraestrutura, falta de materiais, medicações, equipamentos, demanda aumentada, equipes constituídas estritamente pelo número mínimo, fragilidade do vínculo empregatício, absenteísmo, violência, insuficiência de educação permanente, inúmeros problemas sociais da população, insuficiência de transporte para realização de visitas domiciliares, conflitos internos, interferência política, desarticulação de rede de referência, entre outros⁵⁻⁷.

Outro fator que interfere no trabalho da ESF está relacionado à questão salarial e cujos valores salariais são duas ou três vezes maiores do que os equivalentes no setor

público ou privado para os celetistas de ambas as categorias⁴⁶. Foi observado, ainda, que 89% dos profissionais afirmaram que a remuneração salarial foi determinante na escolha por trabalharem na ESF, principalmente entre os ACS na Paraíba⁶. Em contrapartida, a remuneração foi considerada insatisfatória por vários profissionais, em função do volume de trabalho e da carga de responsabilidade que recai sobre o profissional na ESF⁷.

Ainda sobre essa questão, os profissionais disseram estar insatisfeitos com a remuneração devido às formas de contrato de trabalho, por outras vias que não a de concurso público, em que 66,7% dos profissionais são funcionários da prefeitura e os demais possuem sistemas de contratos informais sem vínculo empregatício, ou seja, serviços prestados com contratos anuais a o acúmulo de mais de um vínculo de trabalho, em 32,1% dos profissionais^{6,47}. Mas essa insatisfação também acontece com os profissionais com vínculo estatutário que têm um contrato com o município para atender ao requisito necessário de 40 horas semanais na ESF, o que não garante a proteção social (estatutário) nesse contrato de complementação de horas. Todos recebem um salário diferenciado, uma gratificação, para cumprir a carga horária exigida e apresentam vulnerabilidade do vínculo, pois a qualquer momento, o profissional pode ser retirado da ESF e transferido para outra área de saúde, não existindo, portanto, garantias de que ele permanecerá na ESF⁴⁸.

Frente a isso, avalia-se que o vínculo empregatício gera vulnerabilidade ao trabalho de ESF, pois os profissionais sentem-se insatisfeitos, o que repercute em rotatividade dos profissionais, nas relações e vínculo entre equipe e usuários e, conseqüentemente, a proposta de atenção integral tem um direcionamento fragilizado e descontínuo.

Em outro estudo, que destaca o tempo médio de permanência no serviço, os profissionais permaneceram menos de um ano trabalhando em ESF, ocasionando problemas, comprometendo o desenvolvimento do trabalho e o estabelecimento de vínculos com a comunidade⁷. Outra reflexão sobre o trabalho na ESF está relacionado à formação universitária e à educação permanente em serviço.

Nesse sentido, paralelamente à necessidade de uma reorientação do trabalho na ESF, que abarque dimensões e objetos de trabalho comuns, há a da reorientação curricular efetiva e integrada entre os cursos de saúde, com foco em objetos e objetivos comuns, fundamentados no SUS idealizado⁴³. É crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos

serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Destacam-se, então, a formação e a educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família, que se constitui em importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto^{47,49}.

Atualmente, existe um projeto do Ministério da Saúde que, mediante cursos a distância — Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS) — visa melhorar a formação dos profissionais do SUS e, em consequência, melhorar o atendimento aos cidadãos brasileiros. A meta do UnaSUS, lançado em junho de 2008, é qualificar, até 2011, metade da mão de obra do SUS. Isso significa oferecer especialização em Saúde da Família para mais de 52 mil profissionais, e capacitação gerencial para outros 100 mil trabalhadores de saúde. Hoje, dos 71 mil profissionais de nível superior envolvidos na Saúde da Família, 96% não têm especialização na área¹².

A ausência empírica de formação integrada, em termos de assistência para todos os profissionais de saúde, é um aspecto que emerge nos discursos dos próprios profissionais quando falam sobre a falta da formação universitária das especialidades em um mesmo espaço que permita a integração com outras profissões, sobre a dependência da adesão profissional a um enfoque diferente do tradicional, em que a prioridade relativa ao ato clínico como objeto de trabalho também é similar⁴³. Assim, a capacitação surge como uma necessidade para os profissionais da ESF. Uma educação em serviço, que possibilite intervir nos problemas/necessidades de saúde dos indivíduos/coletivos a partir do conceito da determinação social do processo saúde-doença⁴¹.

Em um estudo, em que 61,54% dos profissionais de nível superior possuíam especialização ou residência médica, principalmente nas áreas de Medicina Preventiva e Social, Saúde Coletiva e PSF, foram os próprios profissionais que procuraram os cursos de pós-graduação após o ingresso na ESF, evidenciando a necessidade de educação continuada nessa área⁶.

Na atualidade, o trabalho em saúde se orienta pela interdisciplinaridade, na qual equipes multiprofissionais buscam no campo das atividades a horizontalidade das ações entre os diversos profissionais. Ocorre que a formação reducionista, com foco na doença, interfere no trabalho direcionando para práticas isoladas, fragmentadas, em que a interlocução no coletivo fica frágil.

O trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, e a comunicação é o meio de

articular as ações e facilitar a cooperação na equipe¹². Porém, o que acontece no cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF é um confronto, no espaço comum, em que não há integração e compartilhamento do território, mas divisão, onde há ausência de troca de conhecimento, apesar do senso comum de que o trabalho multiprofissional acontece quando vários atuam para o bem coletivo. Percebe-se que há certa resistência implícita nos discursos, no quais se reafirma o termo “dependência” dos outros como consequência, o que é diferente da construção conjunta proposta em um trabalho multiprofissional, quando se identifica a necessidade de “encaminhar” um usuário a outros profissionais e a seus saberes específicos⁴³.

Associado a isso, o trabalho na ESF, em sua organização diária, se defronta com problemas de infraestrutura e falta de materiais, de modo que a identificação das Unidades de Saúde da Família para localização e acesso, por funcionarem em imóveis alugados, geralmente com apenas três cômodos, e apenas um banheiro, sem iluminação nem ventilação adequadas, com mofo ou rachaduras nas paredes não oferecem condições adequadas para ações de saúde⁶. Além disso, os materiais e equipamentos, em sua grande maioria, estão danificados ou em estado inadequado para uso, não há estufa e autoclave na maioria das ESF para a esterilização do material de trabalho. O acondicionamento de vacinas é precário, pois todas as geladeiras, no período da investigação, estavam quebradas ou com problema de refrigeração⁶.

Para as atividades realizadas na ESF, por exemplo, com os grupos de idosos, hipertensos, gestantes, diabéticos, os profissionais contam com recursos limitados — cartolinas e canetas hidrocor. Quando precisam de recursos audiovisuais, os profissionais da ESF levam seus próprios aparelhos de televisão, vídeo-cassete ou DVD e som⁶. Mas, por outro lado, há também várias ESF com amplos espaços físicos, em que os consultórios possibilitam um atendimento ambulatorial mais humanizado e de qualidade, facilitando o fluxo diário de pessoas⁷.

Diante do exposto, considerando-se que prazer e sofrimento no trabalho da ESF são vivenciados na organização e nas condições do trabalho, acredita-se que os estudos avaliativos que têm o foco em dar voz aos trabalhadores possibilitam a esses profissionais externar anseios, refletir e propor ações na sua prática.

A Avaliação de Programas, em desenvolvimento no Brasi, pode ser útil para a compreensão dos fatores complicadores na operacionalização da ESF, pois está voltada aos programas sociais instituídos por meio das políticas públicas governamentais e deve ser realizada em prol da melhoria dos processos de tomada de decisão e, principalmente, na aferição dos resultados e impactos desses programas⁶.

A avaliação de políticas e programas é considerada procedimento estratégico e indispensável para dar transparência às ações públicas, democratizar o Estado e a sociedade civil, conhecer as políticas, compreendendo o Estado em ação, e melhorá-las por meio de recomendações, sugerindo modificações na implementação, visando aos resultados da política ou do programa avaliado⁵⁰.

Considerada uma das etapas de uma política pública, ao menos na teoria, a avaliação deve ser inserida logo após a implantação das políticas e programas, com o intuito de reformulação⁵¹. Desse modo, os processos avaliativos devem se direcionar para a participação da comunidade na construção de uma sociedade crítica que analisa as ações do Estado. Portanto, a partir da presente pesquisa, em que se propõe uma avaliação qualitativa, dando voz aos trabalhadores da ESF, pretende-se contribuir para a melhoria do seu trabalho na saúde.

Parte-se do princípio de que avaliar é diagnosticar uma realidade para que seja possível alguma intervenção, portanto a avaliação tem o objetivo de identificar, avaliar e corrigir situações potencialmente melhoráveis⁵², e que o fato de não avaliar pode ser comparado a um voo em que o piloto da nave está sem os instrumentos de navegação, sem indicadores das condições de voo e do motor, é como pilotar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água⁴⁶.

O significado atribuído ao monitoramento e à avaliação do processo de trabalho das equipes de ESF é diferente e dicotômico, ora relacionado à concepção de uma gestão mais participativa, ora aproximando-se de algumas características comuns à gestão clássica e tradicional, entendida como aquela que contempla a divisão do trabalho, verticalização do sistema de produção, a autoridade, a disciplina, a unidade de mando, hierarquia⁵³.

O monitoramento e a avaliação do processo de trabalho por parte dos gestores, em relação às equipes, tiveram um enfoque de acompanhamento, suporte e/ou mudança na estratégia de ação voltado às necessidades locais. Esse aspecto foi caracterizado pela visita programada e contínua às unidades de saúde para identificar as demandas dos trabalhadores e promover condições para o desenvolvimento de suas práticas de saúde. Por outro lado, também foram verificadas ações de monitoramento e avaliação com enfoque de controle do trabalho, obrigação com a gestão e o sistema de saúde, por exemplo, visitas às unidades sem aviso prévio e a conferência do preenchimento e entrega de relatórios concernentes ao Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) na data correta⁵³.

A avaliação não se restringiu aos gestores em relação aos profissionais da ESF, do mesmo modo a avaliação dos usuários em relação aos serviços prestados. Esse monitoramento e avaliação ocorrem por meio de ações programadas e contínuas, por exemplo, visitas ou reuniões com as equipes de saúde e/ou com a própria comunidade, com previsão e frequência de realização. Essas ações também acontecem mediante ações contínuas e não programadas, associadas ao processo de trabalho cotidiano da gestão quando em contato direto com a comunidade. Em ambas as situações, o diálogo revela-se um instrumento de monitoramento e avaliação da satisfação dos usuários da ESF⁵³. A avaliação permite entender as particularidades locais e fornece informações consistentes para apoiar a tomada de decisões⁵⁴.

Assim, entende-se que o estímulo à participação dos cidadãos na avaliação dos serviços contribui para democratizar a gestão em saúde, além de comprometer os gestores para que contemplem os que recebem a assistência como uma de suas atribuições, conforme o estabelecido no Pacto pela Saúde⁵⁵.

Criar um processo contínuo de interação entre avaliadores, pesquisadores e decisores gera processos contínuos de negociação que podem auxiliar a gestão em rede. A avaliação que privilegia a participação e interação é recomendável quando os resultados da política são altamente dependentes das atitudes de cooperação/integração entre os atores, com fortes características de confluência e associação⁵⁶.

Por fim, a avaliação interativa prevê uma associação permanente entre decisores e investigadores, porque está apoiada na hipótese de que a integração/interação é o elemento chave que responde pela qualidade e quantidade de mudanças no processo de condução da política e esse modelo de avaliação introduz uma visão construtivista da realidade, ou seja, a construção da realidade é resultado da interação entre observador e observado⁵⁶.

Propõe-se, assim, uma avaliação qualitativa, ligada à clínica do trabalho, característica de pesquisa em psicodinâmica do trabalho, que privilegia a fala, particularmente a coletiva⁵⁷.

Assim, um espaço de escuta do coletivo, como proposta desta pesquisa, possibilitará a compreensão do trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC, e será possível identificar e compreender os problemas com os quais as equipes se defrontam em seu cotidiano de trabalho, considerando-se que é um trabalho em equipe multiprofissional, portanto, coletivo, que se configura na relação recíproca entre as diferentes áreas profissionais, em que a fala e a escuta são o meio de articular as ações na equipe.

3.3 Psicodinâmica do Trabalho

A psicodinâmica do trabalho surgiu na França entre as duas guerras mundiais e se consolidou em meados dos anos 1950. Anteriormente era denominada psicopatologia do trabalho, e seus pioneiros procuravam destacar e descrever as doenças mentais ligadas ao trabalho⁵⁸.

No decorrer dos anos e, mais especificamente, a partir dos anos 1980, a psicodinâmica buscou compreender o modo com que a maioria dos homens e das mulheres conseguia driblar a doença mental, apesar das pressões organizacionais, o que ampliou o campo da pesquisa nessa área. Assim, nessa época, os estudos da psicopatologia do trabalho evidenciaram que os trabalhadores utilizavam estratégias individuais e coletivas de defesa ao sofrimento no trabalho⁵⁸.

Atualmente, na França, e em outros países da Europa e da América do Norte, são os próprios trabalhadores que mais se preocupam com os problemas de saúde mental, de sofrimento psíquico e psicopatologia, e, depois, os especialistas de saúde e em segurança do trabalho⁵⁹.

No panorama brasileiro, as primeiras pesquisas sobre psicodinâmica do trabalho foram realizadas no início dos anos 1990, especificamente na Universidade de Brasília, no Programa de Psicologia na área de concentração da Psicologia Social e do Trabalho⁶⁰. E entre as discussões sobre prazer e sofrimento no trabalho percebeu-se que o termo até então utilizado, psicopatologia do trabalho, se tornara insuficiente para traduzir o amplo domínio da clínica⁶¹.

A clínica do trabalho é o espaço da fala e da escuta do sofrimento, originado na realidade concreta da organização do trabalho, que permite aos trabalhadores reconstruírem a capacidade de pensar e desenvolver estratégias de ação individuais e coletivas para confrontar as situações provocadoras de sofrimento, buscar o prazer, e consequentemente, a saúde⁶⁰. Assim, a partir de 1992, foi introduzida a nova denominação: Psicodinâmica do Trabalho, e a Psicopatologia do Trabalho inseriu-se nela como campo das descompensações que surgem quando as estratégias de defesa são comprometidas por um sofrimento que o sujeito não consegue contornar, tornando-se autodestrutivo⁵⁸.

O objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho articula a organização do trabalho e os processos de subjetivação manifestos nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições, nas patologias sociais e na saúde⁶⁰.

Atualmente, a psicodinâmica evoca uma inversão no modo de estudar a inter-relação trabalho e saúde em seu conjunto teórico e metodológico, a qual centra-se na

problemática da mobilização e do engajamento que a organização do trabalho exige do sujeito trabalhador⁶⁰. Assim, a Psicodinâmica do Trabalho preocupa-se com as relações do sujeito no coletivo, partindo de um duplo enfoque: dos procedimentos defensivos contra o sofrimento no trabalho e da ressonância simbólica da história singular do sujeito à história atual e pública no trabalho. Interessa identificar as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer e como o trabalho se organiza nesse contexto, entendendo o papel da subjetividade e a compreensão das estratégias e dos mecanismos defensivos estruturados pelos próprios trabalhadores na cena do trabalho⁸⁻⁹.

Preocupando-se em analisar os motores psíquicos e sociais do prazer no trabalho para além da normalidade, a investigação clínica surgiu como um compromisso entre o sofrimento e as defesas para evitá-lo. Descobertas significativas foram feitas desde então sobre a inteligência do corpo, sobre a engenhosidade e sobre a psicodinâmica do reconhecimento que permite transformar o sofrimento em prazer, conferindo sentido e valor a esse sofrimento⁵⁸.

O **prazer** no trabalho é considerado proveniente dos sentimentos de liberdade — pensar, falar e agir sobre o trabalho — e também os de realização; gratificação e orgulho no trabalho⁶¹.

O **sofrimento no trabalho** é considerado uma vivência dolorosa, por exemplo, angústia, medo e insegurança que pode ser individual ou coletivo, proveniente do confronto entre desejo e necessidades do trabalhador e resultantes da impossibilidade de uma negociação bem-sucedida entre desejos e anseios individuais e organizacionais^{8-9,60}.

Outra questão é a importância que a Psicodinâmica do Trabalho dá às relações dos trabalhadores e à organização do trabalho, porque o sofrimento decorrente das atividades são características que surgem independente da vontade do trabalhador, e as estratégias individuais não são suficientes para dar conta dessa situação⁹. Nessa linha de pensamento, os estudos de Dejours são considerados fundamentais para se entender os processos de saúde, doença e sofrimento no trabalho. O autor desenvolveu conceitos sobre subjetividade do trabalhador, carga psíquica, motivação e desejo, estratégias defensivas e o papel da organização do trabalho para a compreensão da Psicodinâmica do Trabalho⁹. Para esse autor, a subjetividade do trabalhador é um dos aspectos a serem considerados na luta contra o sofrimento individual e também coletivo, e a psicodinâmica do trabalho não se restringe aos indivíduos, se preocupa com uma

dinâmica mais abrangente, olhando a coletividade e voltando-se para a organização do trabalho, seu conhecimento e as relações do conjunto dos trabalhadores⁹.

A carga psíquica inscrita na subjetividade deixa claro o caráter qualitativo e dinâmico do trabalho, enquanto vivência articulada às exigências ou pressões do trabalho cotidiano. Esse conceito aproxima a Psicopatologia do Trabalho à ergonomia, que tem na carga de trabalho um dos seus principais conceitos. Nessa aproximação, a organização do trabalho aparece como central na determinação do sofrimento mental, tendo a liberdade como condição necessária à estabilidade⁸⁻⁹. Por sua vez, a motivação e o desejo são considerados importantes nas relações estabelecidas entre os trabalhadores para organizar o trabalho. A rigidez e o controle administrativo do trabalho prescrito surgem como fatores de risco para o aparecimento do sofrimento e ameaça à saúde mental do trabalhador⁹.

As estratégias defensivas são mecanismos utilizados pelo trabalhador para enfrentar o sofrimento, do que gera dificuldade e é percebido como ameaça. Quando se esgota a possibilidade de negociação entre trabalhador e organização do trabalho surge o sofrimento. A luta contra esse sofrimento caracteriza-se no trabalho como estratégias coletivas de defesa que podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando e sobrevivendo à angústia^{8-9,60}.

O trabalho torna-se perigoso ao homem quando se opõe à sua livre atividade. O bem-estar psíquico não provém da ausência de funcionamento, mas, ao contrário, de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorecer esse livre funcionamento, ele será fator de equilíbrio; se ele se opuser será fator de sofrimento e de doença⁶². Assim, o trabalho que permite a diminuição da carga psíquica é equilibrante; o que se opõe a essa diminuição é vivenciado como fatigante.

Para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante é necessário flexibilizar a organização do trabalho, de modo a permitir maior liberdade para cada um rearranjar seu modo operatório e para encontrar atividades e atitudes que são capazes de fornecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica de trabalho. Na impossibilidade de liberalizar a organização do trabalho é preciso encarar uma reorientação profissional que considere as aptidões do trabalhador e as necessidades de sua economia psicossomática, pois o pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas parece ser uma condição de prazer do trabalho⁹.

Nesse sentido, a mesma fonte de equilíbrio para alguns pode ser a causa de fadiga para outros, e que é comum separar a carga de trabalho em carga física e carga

psíquica. A carga psíquica que, antes de tudo, é qualitativa, é uma vivência que não pode ser quantificada, pois o prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade dificilmente se deixam dominar por números⁹.

Assim, na virada do século XX, dez anos após a adoção da nova denominação — Psicodinâmica do Trabalho —, a patologia mental do trabalho dá um salto quantitativo e qualitativo em resposta às novas formas de organização do trabalho, de gestão e direção das empresas.

Entendida como divisão de tarefas, a organização do trabalho é, sobretudo, a divisão entre os homens para a manutenção das tarefas representadas pelas hierarquias, responsabilidades e sistema de controles. E é nesse cenário que devem ser procuradas as forças que levam os sujeitos ao prazer ou ao sofrimento no trabalho⁸.

Na relação entre trabalho, prazer e sofrimento é importante compreender que o trabalho nem sempre é patogênico^{1,9}, pois ele continua sendo o mediador insubstituível da realização pessoal no campo social, e convém insistir sobre a importância de se preservar a análise dos motores individuais e coletivos do prazer no trabalho⁶³. Por outro lado, o trabalho possui um poder estruturante frente à saúde mental e física, colocando na história primária dos indivíduos a principal razão do modo de expressão do sofrimento psíquico. O trabalho define o momento da expressão do sofrimento que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. Assim, seu impacto é considerado individualmente, separado de outros sujeitos, mas certas regulações da relação saúde mental-trabalho passam pelo coletivo^{1,9}.

Assim, também é necessário considerar a subjetividade da relação homem-trabalho, a qual tem efeitos concretos e reais, mesmo que descontínuos. Sua marca aparece no absenteísmo, nas greves ou no que alguns nomeiam de presenteísmo, isto é, um engajamento excessivo a uma tarefa por certos trabalhadores, do qual ninguém seria capaz de atenuar o ardor desencadeado⁹.

Em outras circunstâncias, o sofrimento no trabalho é perceptível em determinados comportamentos: atitudes agressivas; preocupação em relação a situações de trabalho particularmente penosas e/ou perigosas; diminuição e até mesmo o não comparecimento a festas e reuniões coletivas, testemunhando a alteração do clima psicológico; medo dos boatos e desconfiança em relação aos outros; morosidade, desânimo, desencorajamento e até mesmo resignação, que são frequentemente evocados nas reuniões de trabalho, sentimento de não reconhecimento dos méritos do trabalhador pelos colegas e pela empresa, vivência de injustiça e iniquidade face aos níveis de remuneração; tensões entre equipes que podem se cristalizar em conflitos abertos; crises

no interior de uma ou várias equipes que dividem os trabalhadores; destruição da confiança recíproca; da unidade e da solidariedade entre trabalhadores, o desenvolvimento de um “individualismo” e de um fechamento de cada um em sua esfera privada, sendo considerada uma válvula de segurança; e o sinal de uma desorganização dos vínculos afetivos e profissionais entre os trabalhadores, causando sofrimento nas relações⁹.

Na busca de mascarar e ocultar o sofrimento no trabalho, surgem mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento: desvencilhar-se das responsabilidades, não tomando mais iniciativas, e cercar-se de proteção em caso de dificuldades, remetendo-se sempre aos escalões superiores e atendo-se apenas às necessidades de execução do trabalho; atitude de fechamento em uma autonomia máxima, de silêncios frente à hierarquia superior, adotando a postura de “cada um para si”; desconfiança sistemática; não mais se dirigir ao seu superior imediato, passando diretamente ao profissional posicionado mais acima na hierarquia; enfrentar o sofrimento no silêncio e só verbalizá-lo no consultório médico. Isso é considerado a individualização máxima do sofrimento e ocorre porque as defesas coletivas não são mais eficazes; desfazer-se de certo número de pressões, de trabalhos particularmente penosos, subcontratando empresas externas para sua execução; recusar-se a cumprimentar os colegas. Ou seja, para evitar o sofrimento, evita-se não só o conflito, mas tudo aquilo que representa uma ocasião para que o conflito aconteça (conversas, cumprimentos, refeições juntos); denunciar outros grupos/equipes como incompetentes, resultando na união das pessoas que se apoiam essencialmente sobre a denúncia, sobre a agressividade contra um inimigo comum; equipes de trabalho fortemente diferenciadas pelo estilo de relações ou por opção de técnicas defendidas como comuns⁹.

Algumas defesas muito particulares consistem em evitar todas as ocasiões de discussão, de desconfiar e de não se envolver, privilegiando os momentos nos quais a discussão não é mais possível. Trata-se de uma espécie de engajamento na ação e no ativismo, tanto mais intenso quanto mais ele permitir. Ou seja, não pensar mais, não refletir mais e mesmo não perceber mais o sofrimento. À força de trabalhar mais rápido, aumentar o número de horas de trabalho, de aceitar qualquer posto de trabalho possível, é assim que alguns lutam contra a tensão e o sofrimento no trabalho. Esse ativismo transforma-se em um freio à discussão e à negociação das condições e da organização do trabalho⁹.

Frente a esses mecanismos defensivos, entende-se que o trabalhador está buscando uma adaptação e enfrentando o sofrimento. Assim, a organização do trabalho

deve compreender a procura, a descoberta, o emprego e a experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Porém, quanto mais inflexível e rígida for a organização, menor será a adaptação do trabalho à personalidade, menor será o conteúdo significativo do trabalho, e menores serão as possibilidades de mudá-lo, aumentando, assim, o sofrimento⁸.

Quando esse sofrimento puder ser transformado em criatividade, beneficiando a identidade e aumentando a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática, o trabalho passará a funcionar como um mediador para a saúde. Mas, quando a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho funcionará como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde⁹. Desse modo, as pressões do trabalho são vivenciadas de forma singular e individual. Há uma compreensão diferente das situações, sendo acionadas defesas contra o sofrimento e o adoecimento, ou sendo vividas como prazer.

Assim, no contexto da ESF, a avaliação do prazer e do sofrimento no trabalho dos profissionais poderá se configurar em importante ferramenta para repensar a organização do trabalho, pois trazer à tona o prazer e o sofrimento no trabalho dos profissionais da ESF pode ser uma maneira de conferir valor a esses sentimentos, permitindo compreender a subjetividade dos sujeitos desses serviços de saúde e conhecer as estratégias e mecanismos de defesa utilizados por eles no seu contexto de trabalho para suportarem o sofrimento.

Em um estudo realizado sobre síndrome de *burnout* entre trabalhadores da ESF, dos 86 profissionais pesquisados, seis eram portadores de Síndrome de *Burnout* (esgotados) e os demais não (não esgotados). Os sentimentos de sofrimento manifestos pelos profissionais esgotados da ESF foram de solidão, impaciência, impotência, astenia, desânimo, mal-estar permanente, depressão e desconfiança. A depressão também foi citada, e foi evidenciado, nesses casos, a necessidade de intervenções para que fosse resgatada a saúde desses indivíduos. Nesse cenário, a relação interpessoal dos trabalhadores foi considerada fonte de satisfação e estímulo para a atuação na ESF para os sujeitos que não se encontravam esgotados. Em contrapartida, para os que se encontravam esgotados, a convivência com colegas e a falta de apoio do grupo de trabalho foram apontados como geradores de insatisfação e desgaste no trabalho⁴⁵.

Entretanto, tanto os profissionais esgotados quanto os não esgotados relataram a carga psíquica como causadoras de problemas ou desgaste no trabalho, e os profissionais esgotados ainda relataram o relacionamento interpessoal como fonte

geradora de problemas no trabalho. Assim, os profissionais da ESF utilizam estratégias coletivas e individuais de defesa para enfrentar o sofrimento do cotidiano de trabalho. Os profissionais esgotados revelaram que utilizam com maior frequência os mecanismos individuais de enfrentamento, entre os quais a fuga, buscando seus próprios recursos e voltando-se para si. Essa é uma estratégia para tentar conviver com a situação, entretanto, leva ao sofrimento e à frustração no trabalho. Por outro lado, os trabalhadores não esgotados revelaram utilizar mecanismos coletivos para o enfrentamento dos problemas e, ao contrário dos trabalhadores esgotados, buscam na equipe ou colegas, em outras unidades de saúde ou serviços, o apoio que necessitam. Nesse caso, a equipe torna-se ponto de apoio para a resolução de problemas e geradora de satisfação⁴⁵.

Por isso, o trabalho da ESF deve considerar além das condições de trabalho, sua dimensão organizacional, as relações sociais e as interfaces entre o singular e coletivo, entre trabalho e saúde mental, que se caracterizam como um espaço de reflexão para a construção e a organização das atividades, pois as relações dos trabalhadores expressam a subjetividade, a motivação e os desejos que condicionam o trabalho e podem produzir prazer e/ou sofrimento¹.

Nesse sentido, o estudo qualitativo que se realizou, aqui, a partir dos resultados obtidos na pesquisa quantitativa, permite qualificar os dados e, por meio de um espaço de escuta coletiva dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, possibilitar a compreensão do objeto a ser avaliado e a construção de um cotidiano de trabalho que proporcione prazer aos trabalhadores enquanto sujeitos envolvidos nesse processo.

Frente a essa importância, justifica-se um estudo avaliativo do prazer e do sofrimento no trabalho das Equipes de Saúde da Família, no intuito de avaliar a organização do trabalho, pontuar as facilidades e as dificuldades e construir em conjunto de intervenções.

O uso da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil, tanto a teoria quanto o método, vem desempenhando importante papel para reflexão e a compreensão das relações entre a saúde mental e o trabalho. Na maioria dos estudos realizados no Brasil, a psicodinâmica ainda é mais utilizada como referencial teórico, sem serem seguidos os passos propostos no método para a investigação⁶³.

Os estudos utilizando esse referencial teórico metodológico são realizados nas mais diversas áreas no mundo do trabalho, dentre elas: trabalho bancário, policial, operadores de telemarketing, vendedores de empresa de material de construção, auditores fiscais, trabalho do médico militar, trabalhadores de *call-center*, agentes de

trânsito, atendentes de empresa da *fast food*, professoras de escola pública, professores que atuam em ambiente virtual, músicos, educadores sociais com adolescentes em situações de rua, trabalho pastoral, servidores públicos federais, operários terceirizados na construção civil, sofrimento de psicólogos em empresas privadas, instituições financeiras públicas, carteiros no manuseio e na entrega de correspondências, profissionais da saúde, agentes comunitários de saúde, enfermeiros de unidade de tratamento intensivo em saúde pública⁶⁰.

Para a psicodinâmica, a saúde mental coloca-se entre a patologia e a normalidade, ou seja, resulta dos modos de os sujeitos-trabalhadores reagirem e agirem frente ao sofrimento originado nos constrangimentos impostos pela organização do trabalho. O sofrimento é o modo de evitar a patologia. O trabalhador, ao mesmo tempo, sofre e busca não sofrer com a experiência de fracasso decorrente da falibilidade humana frente ao trabalho real. O sujeito entra em contato com a imperfeição e a falta, elementos indissociáveis do fazer, dada a condição permanente do trabalho que será sempre inacabado⁶³.

Do mesmo modo que a organização do trabalho pode levar ao sofrimento, na área da saúde o trabalhador que tem suas ações realizadas no encontro com o usuário que sofre e espera, além do cuidado, uma ação acolhedora frente as suas angústias, medo e desejos, também exige a consideração dos profissionais, pois esses sentimentos interferem na organização e podem acentuar o sofrimento.

O trabalho em saúde, além de sua especificidade, implica em possibilidades de solidariedade e cuidado. É um trabalho essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre o outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. Essa dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde é o que mais escapa às estratégias de controle gerencial, mas não pode ser dissociada dos demais componentes desse trabalho (tecnologias, saberes, etc.)⁶⁴, e por ser mediado pela relação social e pela comunicação, ou seja, uma atividade ligada à subjetividade, o trabalho em serviços de saúde é considerado imaterial⁶⁵.

Assim, o trabalho em saúde é produzido no encontro de subjetividades. Trabalhar é engajar sua subjetividade em um mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo que visa à dominação. E nesse exercício, de resistir ao mundo social, o trabalhador desenvolve a inteligência e a subjetividade⁶⁶. Portanto, essa concepção permite pensar sobre as relações e interações que ocorrem no trabalho em saúde, pois, nas relações em que há o domínio de regras e disciplina pode estar o maior potencial de resistência. Compreender a vinculação entre subjetividade/ intersubjetividade e trabalho

é estar atento à dominação nele presente, às transgressões, aos conflitos e às possibilidades de criação de outros espaços de gestão, de outros modos de lidar com as normas e até mesmo de transformá-las⁶⁶.

Para reconhecer o caráter interativo do trabalho em saúde é necessário conhecer e compreender, em profundidade, a inserção e a participação dos usuários, população e trabalhadores na prestação de serviços e nas ações de saúde focando o cuidado integral e resolutivo⁷¹. Para tanto, apresenta-se, a seguir, alguns estudos em Psicodinâmica do Trabalho realizados junto a profissionais da saúde, considerando-se que foram realizados nas equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição, imersas em um trabalho em saúde permeado de relações e interações que envolvem subjetividade, conflito, sofrimento, criatividade e reconhecimento.

No trabalho de profissionais da saúde no cenário da Saúde da Família, estudos que utilizam a Psicodinâmica do Trabalho contribuem para identificar fatores que se caracterizam como sofrimento no trabalho e como esses profissionais lidam com isso.

Desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças ocorridas nos últimos anos nas políticas públicas de saúde têm desencadeado novos modelos de atenção à saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi reconhecida como uma medida para tornar realidade tais mudanças, por meio de uma ação integralizada de equipe, da atenção territorializada, da compreensão da família de forma ampla e de intervenções baseadas no estabelecimento de vínculos entre o trabalhador de saúde e a população³⁴. Para tanto, uma nova organização do trabalho exigiu mudanças nas práticas cotidianas do trabalhador. Na ESF, as mudanças ainda estão acontecendo e o trabalhador precisa capacitar-se para enfrentá-las.

Essas preocupações frente a essa situação motivaram uma investigação, publicada em 2012, sobre a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho em uma equipe da Estratégia Saúde da Família que, dentre outras coisas, trouxe, como uma das contribuições do estudo, a identificação de uma série de situações que parecem caracterizar sobrecarga de trabalho dos ACS. Os autores apontaram duas consequências desse processo: uma relacionada à perda das especificidades da profissão, o que leva ao desvirtuamento de suas atribuições; e a outra associada à insalubridade das condições e relações de trabalho, mas ambas concorrendo para a produção de sofrimento psíquico nestes profissionais. Os autores concluíram que parece razoável considerar que o trabalho do ACS na forma que foi encontrado, possui uma dimensão insalubre, geradora de sofrimento, o que parece se constituir em um paradoxo, afinal, o ACS é um cuidador que também requer cuidados.

Assim, convém considerar que há importantes ligações entre condições e relações de trabalho e o sofrimento psíquico descrito por esses profissionais, o que pode ser atenuado pela efetiva profissionalização e valorização desse trabalhador. Além disso, a parcialidade da formação dos ACS é um aspecto que se relaciona ao sofrimento psíquico por eles narrado, afinal, grande parte da impotência relatada deriva do pouco empoderamento político e técnico que possuem ⁶⁷.

O vínculo pressuposto para o trabalho na ESF surge como fator de sofrimento, principalmente junto aos ACS, que sofrem porque têm o que a população não tem, identificam-se com os problemas porque vivem no bairro e sentem-se tristes por isso. Por outro lado, no cuidado da própria saúde têm sua privacidade prejudicada porque o atendimento que recebem no lugar em que trabalham lhes causa constrangimento ⁶⁸. Nesse mesmo estudo de Ribeiro, realizado em 2011, a burocratização do trabalho e a falta de comunicação apareceram como empecilhos para o desenvolvimento das relações em equipe. A manifestação desse sofrimento se mostrou através do desânimo, da angústia, do conflito na equipe, da falta de rede de apoio, acúmulo de atividades, atribuição dos problemas do usuário a si mesmo, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e impotência ante a dificuldade de dar conta da demanda. Cabe salientar que os pressupostos da Saúde da Família baseiam-se em uma reorientação do modelo e em rearranjos na organização do trabalho que consideram as múltiplas determinações do processo saúde-doença, o que deveria proporcionar autonomia e liberdade ao trabalhador. Porém, a perda do sentido no trabalho pela fragmentação, e a falta de reconhecimento de si no trabalho, deixaram claro que, na lógica neoliberal e capitalista de produção, o trabalho não atende aos interesses e desejos do trabalhador, mas aos do mercado e do capital. A liberdade e a expressão do desejo foram capturadas e atreladas a outrem ⁶⁸.

Outro estudo em Psicodinâmica do Trabalho em saúde permitiu perceber a recorrência de alguns temas durante a apresentação dos resultados e sua discussão, evidenciando o sentido da organização do trabalho na saúde desse trabalhador: cobrança, ritmo, pressão. Torna-se clara, então, a permanência de uma marca taylorista nos atuais moldes de administração e gestão do trabalho. Ressalta-se, ainda, a importância de incorporar, no âmbito das ações em saúde do trabalhador, mediações educativas críticas e problematizadoras da realidade do mundo do trabalho, no processo de educação permanente dos trabalhadores em saúde ⁶⁹.

Assim, o estudo acima mencionado permitiu compreender a subjetividade impressa no trabalho de profissionais da saúde e instiga a ampliar as discussões e

elaborar políticas públicas de segurança e saúde no trabalho. Discussões que, ainda, se limitam a questões físicas e ergonômicas do trabalho, mas que evidenciam a necessidade de a enfermagem ampliar e aprofundar, com base em referenciais críticos, as análises sobre as relações e os modelos de gestão do trabalho, trazendo à tona os processos de subordinação do trabalhador e as condições capazes de lhes gerar adoecimento⁶⁹.

Em outro estudo, em que o autor utilizou a Psicodinâmica do Trabalho com profissionais da saúde, foi constatado que há restrição de tempo e espaço para discussão, convivência e relacionamento, o que limita a expressão do reconhecimento e a visibilidade das contribuições para a organização. O principal reconhecimento relatado pelos participantes daquele estudo foi o reconhecimento do paciente acerca do cuidado. Esse é o reconhecimento mais esperado e considerado o mais importante por parte dos profissionais, mesmo que as novas demandas da profissão facilitem maior distanciamento entre profissional e paciente²¹.

Nesse mesmo contexto, é importante salientar que se os enfermeiros pudessem escolher uma tarefa dentre suas responsabilidades, eles escolheriam o cuidado com o paciente, dispensando tempo para a interação e o diálogo. Esse prazer no cuidado com o paciente, verbalizado como fundamental para todas as profissionais participantes do estudo de Sennett, realizado em 2001, relaciona-se fortemente ao fato de que é daí que advém o reconhecimento e, portanto, o sentido para o trabalho. Por outro lado, nesse mesmo estudo foi constatado que a dificuldade em realizar esse cuidado, em função das diversas responsabilidades e, portanto, não receber o retorno esperado, pode constituir-se em importante fonte de sofrimento e possível adoecimento na área de enfermagem²¹.

O trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem é gerador de sentimentos ambíguos, ora ele pode colaborar para vivências de prazer ora para vivências de sofrimento. Isto ocorre porque há possibilidade de os trabalhadores serem úteis enquanto servem, ajudam e confortam. Porém, ao se depararem com o sofrimento alheio, com a morte, com a dor e/ou situações difíceis de serem superadas, também sofrem⁷⁰.

É importante que os profissionais de enfermagem entendam que o sofrimento e o prazer são sentimentos dialéticos no trabalho e sua compreensão é de grande relevância para a promoção da sua saúde e para a melhoria da qualidade da assistência que prestam. Conhecer os fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais prazeroso e colaborativo e, conseqüentemente, mais humano para si

mesmos. Pode-se, assim, evitar doenças físicas ou psíquicas relacionadas ao sofrimento no trabalho ⁷⁰.

O profissional enfermeiro tem um nível de responsabilidade que transcende as horas normais de trabalho, pois ele também assume responsabilidades de outros e leva para casa suas preocupações, ou seja, para além dos muros do hospital. Portanto, a questão afetiva que permeia o trabalho na enfermagem é repleta de contradições, considerando-se que a doação ilimitada ao outro pode trazer efeitos nocivos para a saúde desse profissional²¹.

Na concepção da Psicodinâmica do Trabalho, o desejo do trabalhador é o de que seu investimento no trabalho não seja frustrado, ou seja, que o trabalhador não seja visto apenas como uma marionete ou um “simples executante” condenado à obediência e à passividade. Contudo, embora o reconhecimento constitua forte expectativa de todos os trabalhadores, raramente o mesmo lhes é conferido satisfatoriamente. Assim, é de se esperar que decorram inúmeras manifestações psicopatológicas do sofrimento do trabalho²¹.

Frente à ameaça da precarização do trabalho e do desemprego, os trabalhadores vivenciam o medo que, muitas vezes, é reforçado por condutas de obediência, de submissão, quebrando a reciprocidade e a solidariedade entre os colegas de trabalho, à medida que o temor pessoal separa, individualiza, o sofrimento dos que estão na mesma condição; um sofrimento dos que exercem tarefas que não foram atingidas pela reestruturação econômica, isto é, taylorizadas, fordizadas. Também há o sofrimento daqueles que têm medo de não serem capazes de manter uma *performance* adequada no trabalho e de não estarem à altura das novas exigências: de tempo, de cadência, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de conhecimento, de experiência, de adaptação à cultura ou à ideologia da empresa⁷¹. Assim, às demandas anteriores, típicas do modelo taylorista/fordista, juntam-se, agora, a novos requisitos oriundos da reestruturação promovida pelas empresas para se manterem competitivas¹⁵.

Os depoimentos de profissionais de Unidade de Tratamento Intensivo expressaram sentimentos de sofrimento no trabalho relacionados ao seu contexto: ao paciente crítico jovem, por levarem os problemas para casa; aos familiares dos pacientes; ao trabalho em equipe, rodízio de funcionários e absenteísmo; e à tecnologia nas UTI. Esses sentimentos de sofrimento demonstraram dificuldades encontradas na realização do trabalho dos enfermeiros que podem interferir na assistência ao paciente, familiares e na saúde psíquica desses profissionais. Tais sofrimentos refletiram a realidade, pois se originaram no próprio trabalho, e parece haver uma naturalização,

como se eles não pudessem ser ultrapassados e, portanto, considerados inerentes à profissão e aceitos como tal⁷⁰.

A maneira de enfrentar essas dificuldades, ou seja, as estratégias defensivas, que foram utilizadas pelos enfermeiros individualmente foram: buscar forças na religiosidade, realizar atividades físicas e afastar-se do paciente e familiares. Esses resultados, por um lado reafirmaram a dinâmica dos processos psíquicos/ sofrimento e, por outro, o valor social que confere ao homem o poder de enfrentar as adversidades do trabalho e se desenvolver como trabalhador e pessoa⁷⁰.

Existem, ainda, os trabalhadores que utilizam a brincadeira como forma de mediar o sofrimento no trabalho, afastando-se, assim, da realidade e, conseqüentemente, de possibilidades reais de mudança. Quando brincam em situações de desgaste eles escamoteiam o sofrimento, mas não procuram compreendê-lo. Seria favorável que vivenciassem momentos de descontração e de risadas, desde que não fossem para tamponar o sofrimento. É um processo inconsciente, e por isso mesmo mais perigoso e propício à alienação⁶⁸.

Ainda sobre essa questão, estudos em que os autores utilizaram a Psicodinâmica do Trabalho apontaram como fonte de sofrimento no trabalho em saúde a exigência de ter que dar conta do trabalho, de ter que ser forte e de que é proibido adoecer ou se emocionar. Isso impede a elaboração das vivências dolorosas da profissão e o encontro com o sentido desse trabalho.

Outras fontes de sofrimento, aliadas a isso e identificadas nesse estudo acima mencionado são os ritmos e os horários de trabalho; as duplas ou triplas jornadas também relacionadas às questões de gênero; a convivência cotidiana com a dor e a morte associada ao sentimento de culpa relatado quando um paciente morre, pois os profissionais sentem que algo mais poderia ter sido feito ou de que erraram em alguma coisa; as urgências e emergências, gerando a pressão do tempo; a imprevisibilidade de cada turno, exigindo constante vigilância e adaptação às variações do estado dos pacientes; os diferentes corpos e doenças e seus diferentes pedidos de socorro; o sentimento de despreparo para gerenciar seus subordinados; e, ainda, o sentimento de desvalor²¹.

Acrescentam-se, além disso, questões contemporâneas que estão presentes na profissão e que intensificam as vivências de sofrimento e dificultam sua transposição, dentre as quais o individualismo e a restrição dos espaços de convivência; o pouco espaço para o reconhecimento do trabalho do enfermeiro associado à tendência crescente de afastamento do cuidado direto do paciente e de sua família; a redução dos

postos de trabalho exigindo polivalência, rodízio de funções e elevado ritmo de trabalho. Pode-se citar, ainda, a insegurança aliada à instabilidade econômica; o aumento das demandas para um número reduzido de trabalhadores; o pouco espaço e tempo para construção de relações de trabalho alicerçadas na cooperação e na solidariedade; a proliferação de doenças; o avanço tecnológico exigindo novas competências e habilidades; e a desumanização dos sistemas de gestão baseados em metas e controles rigorosos²¹.

Acredita-se que, através do rompimento de preconceitos e da desvinculação do paradigma dominante, pode ser possível ao enfermeiro alcançar visibilidade, legitimando seu saber, centralizado no cuidar e no cuidado, e buscando o reconhecimento científico de sua importância e complexidade como ação complementar e não auxiliar ao tratamento. Assim, ao romper com a resignação diante do sofrimento, o enfermeiro o transforma em sofrimento criativo e saudável ou, ainda, em fonte impulsionadora de novas relações de trabalho. Não se pretende, com isso, desconsiderar a importância do amor à profissão, que pode ser altamente saudável, desde que não leve à submissão e à alienação que culminam com o adoecimento²¹.

Entende-se que, certamente, existe um imenso potencial de realização para os profissionais da área da saúde, entretanto, é fundamental falar sobre o sofrimento e a dor para que sejam ressignificados, desnaturalizados e que se construa uma identidade profissional fundamentada na valorização do papel de cuidador, rumo ao reconhecimento de um conjunto de teorias e técnicas, ou seja, de um saber constituído cientificamente em relação ao cuidar, como parte essencial e não acessória ao tratamento²¹.

Diante do exposto, pretende-se que o presente estudo, a partir da Psicodinâmica do Trabalho que valoriza a escuta e vê na organização do trabalho o indivíduo em seu coletivo de trabalho, auxilie os atores sociais a avaliarem seu cotidiano de trabalho e lhes proporcione espaço de escuta para que relatem o que lhes proporciona prazer, o que os faz sofrer e como lidam com as situações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Desse modo, poder-se-á auxiliar os gestores das equipes de SF do GHC a viabilizarem reflexões acerca do cuidado à população, partindo do cuidado a quem cuida, o que repercutirá diretamente na população.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

A presente pesquisa — estudo avaliativo — estrutura-se em duas etapas: quantitativa e qualitativa.

4.1 Estudo Quantitativo

O estudo quantitativo com abordagem transversal e descritiva. Os estudos transversais envolvem coleta de dados em um ponto do tempo, são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo⁷².

A etapa quantitativa deste estudo constitui-se na pré-pesquisa proposta no método da Psicodinâmica do Trabalho.

4.1.1 Campo do estudo - O Trabalho nas equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição

O Programa de Saúde da Família iniciou em Porto Alegre e conta com 101 equipes distribuídas nas oito Gerências Distritais do município de Porto Alegre/RS: Distritos Norte /Eixo Baltazar, Sul/Centro Sul; Restinga/Extremo Sul; Glória/Cruzeiro/Cristal; Noroeste /Humaitá/ Navegantes/Ilha; Partenon/Lomba do Pinheiro; Leste/Nordeste; Centro (Apêndice A)⁴⁹.



Figura 1 – Distribuição dos distritos sanitários do município de Porto Alegre.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – Conferência Municipal de Saúde - 26, 27 e 28 de setembro de 2003

O campo de estudo foi constituído pelas Unidades de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição. O SSC do GHC conta com 12 Unidades de Saúde (US) distribuídas em dois distritos do município de Porto Alegre: Distritos Norte /Eixo Baltazar, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilha. As US do GHC são: Hospital Conceição, Barão de Bagé, Coinma, Costa e Silva, Divina Providência, Jardim Itu, Jardim Leopoldina, Nossa Senhora Aparecida, Parque Maias, Santíssima Trindade, Vila Floresta e Vila SESC.

No intuito de contextualizar o objeto de pesquisa no serviço onde se fez a investigação, faz-se breve resgate histórico do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), centrado em aspectos relacionados ao foco da investigação, ao trabalho e à história do serviço.

O SSC faz parte do Grupo Hospitalar Conceição, composto por quatro hospitais: Hospital Conceição, Hospital da Criança Conceição (GHC), Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. Também compõe o GHC a Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Centro de Atenção Psicossocial I – infantil, Centro de Atenção Psicossocial II - adulto, Centro de Atenção Psicossocial III – Álcool e Drogas. O GHC é um grupo hospitalar ligado ao Ministério da Saúde que atende 100% SUS. O SSC é um serviço de atenção primária que possui, atualmente, doze unidades de saúde, um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, um Programa de Residência Multiprofissional, setores de apoio técnico em Epidemiologia e Educação & Saúde e de apoio administrativo, constituindo a “Gerência de Saúde Comunitária”. Profissionais de saúde, população, gestores do SSC, GHC e SUS, somados à dinâmica entre os diferentes atores sociais contribuíram para a história e política do SSC⁷³.

A organização do trabalho na instituição defende, como finalidade/objetivo do trabalho, a atenção à saúde da população em áreas adstritas, a formação de recursos humanos para o SUS e a produção de conhecimento em Atenção Primária à Saúde (APS). A relação do GHC com o Sistema Municipal de Saúde era de independência, ou seja, não estava vinculado à rede municipal de saúde, sendo assim, o SSC permanece sob vínculo e administração do GHC⁷³.

Em 1980, foi criado o Programa de Residência Médica em Medicina Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que se desenvolvia nas áreas básicas do hospital e contava com o inicialmente denominado “estágio de comunidade” (estágio no SSC) e, após, mudado para residência em saúde comunitária/saúde da família, realizado em unidades da Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente⁷⁴.

Em 1982, através do Programa de Residência em Medicina Geral comunitária do HNSC, foi aberta uma unidade de Saúde, sediada nas dependências do Hospital Conceição, para atendimento da população da área vizinha⁷⁴. Surgiu, então, oficialmente, em 1983, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, com a criação da primeira Unidade de Medicina da Família, cuja equipe voltava-se a uma população geograficamente delimitada e já defendia o atendimento integral e contínuo e a participação da comunidade, com o objetivo⁷⁴ de oferecer serviços de Atenção à Saúde mediante atendimento inicial e continuado, em nível ambulatorial, domiciliar, comunitário e hospitalar, com facilidade de acesso e abrangendo indistintamente todos os problemas de saúde da população-alvo⁷⁵.

A criação do SSC foi motivada por dois objetivos principais: adequar-se às exigências da Comissão Nacional de Residência Médica para o credenciamento de um Programa de Residência em Medicina de Família e atender às necessidades de saúde dos moradores da área próxima ao hospital^{73,76}.

Em sua origem, o serviço recebeu influência da versão inglesa da Atenção Primária à Saúde (APS), adotando a denominação original de “Serviço de Medicina de Família”. E, assim, foi possível viabilizar o projeto de residência médica, à época denominado “Medicina de Família”, a qual vem, ao longo dos anos, atualizando seu projeto. A residência médica é hoje denominada Residência de Medicina de Família e Comunidade e é reconhecida nacionalmente.

A forma de pensar e agir dos profissionais e gestores do SSC e GHC sofreu influência a partir da emergência de movimentos de âmbito nacional no campo da saúde pública, comunitária e coletiva, em especial o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), a VIII Conferência Nacional de Saúde e os Iº e IIº Congressos Nacionais de Medicina Geral Comunitária. Em consequência dessas influências nacionais recebidas do sistema de saúde e das interações com a população iniciaram os movimentos institucionais internos, ou seja, movimentos de mudança dentro da própria instituição, para buscar estratégias para satisfazer mais amplamente as necessidades de saúde das comunidades, famílias e indivíduos⁷³.

A expansão do SSC ocorreu de modo progressivo e em resposta a solicitações de comunidades vizinhas ao HNSC pelo serviço de saúde que se mostrava diferenciado em relação aos serviços básicos da época, no país. A decisão pela abertura de novas unidades respondeu, também, a interesses políticos e institucionais do GHC, o qual buscou ampliar o número de pessoas atendidas em nível primário de atenção para

“desafogar a demanda” aos ambulatorios dos hospitais⁷³. Assim, foram criadas as unidades de saúde:

- 1984 – Unidade Conceição;
- 1985 – Unidade Floresta;
- 1986 – Unidade Divina Providência;
- 1990 – Unidade Vila Sesc;
- 1991 – Unidade Barão de Bagé;
- 1992 – Unidade Santíssima Trindade, Unidade Jardim Leopoldina, Unidade Parque dos Maias, Unidade Jardim Itú,
- 1993 – Unidade N. S. Aparecida;
- 1994 – Unidade Coinma;
- 1995 – Unidade Costa e Silva.

O SSC atende, nas doze unidades de saúde, cerca de 125.000 pessoas na cidade de Porto Alegre, em territórios-área de abrangência, com perfis populacionais diversificados, onde existem desde situações de extrema pobreza e carência social até grupos populacionais e famílias em situação mais favorável de vida e saúde. Inicialmente, as equipes eram constituídas quase exclusivamente por médicos e auxiliares de enfermagem, e, após, foram incorporando profissionais de outras categorias para dar conta de um conceito mais ampliado de atenção de saúde. Essas mudanças conduziram à mudança do nome do serviço para “Serviço de Saúde Comunitária”, no ano de 1989⁷³.

Atualmente, são 39 equipes que atuam nas 12 unidades de saúde nas vilas e bairros da zona norte de Porto Alegre. A equipe que presta atendimento é multidisciplinar, incluindo, além dos médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e agentes de saúde. Os cuidados com a população seguem a normas específicas desse modelo de saúde pública, em que o médico de família e a equipe de saúde prestam atendimento em casa ou, quando necessário, promovem a internação domiciliar⁷⁷.

O Ministério da Saúde baseou-se no Serviço de Saúde Comunitária do GHC para montar a Estratégia de Saúde da Família no Brasil, e, em 2009, o GHC foi premiado com o destaque em serviços de saúde pelo Conselho Municipal de Saúde da Capital⁷⁷.

Desde a sua origem, o SSC apoia-se em metodologias e ferramentas de avaliação e planejamento para definir e monitorar as ações e serviços que são ofertados

à população. Na implantação de cada unidade de saúde foi realizado um "Diagnóstico de Comunidade" que buscou conhecer o perfil da população em seus aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos para apoiar a priorização das ações e organização do processo de trabalho. Atualmente, o SSC orienta-se pelas políticas do SUS e desenvolve ações de vigilância em saúde da gestante, criança, mulher e adulto, com programas implantados nas doze unidades⁷³.

Em 1996 foi implantada e desenvolvida, no SSC, a tecnologia "Sistema de Informações Geo-referenciado" (SIG), como estratégia para promover mudanças na lógica do planejamento que contemplasse os princípios da territorialização e da equidade. Algumas equipes incorporaram essa tecnologia e desenvolveram modos de trabalho que vêm sendo desenvolvidos em cada realidade. Em função das mudanças propostas, a capacitação técnica e gerencial foi, cada vez mais, sendo necessária para apoiar e sustentar novos modos de pensar e fazer baseados na promoção e vigilância da saúde⁷³.

As experiências de planejamento e gerência do SSC e das unidades foram influenciadas pelo pensamento voltado para a construção de um sistema de saúde mais humano e mais justo para os brasileiros. Na primeira fase — da origem do serviço até 1993 — as práticas de planejamento foram marcadas pelo enfoque normativo baseado no método CENDES-OPAS. A partir de 1994 foram iniciadas as experiências influenciadas pelo Planejamento Estratégico-Situacional (PES)⁷³.

Em 1999, foi realizado um seminário de avaliação que propiciou reflexões sobre as práticas de saúde do SSC, com referência aos princípios da APS, o qual contou com a participação de todos os profissionais e residentes do SSC. A partir desse seminário foi desencadeado um processo de planejamento cuja metodologia agregava uma dimensão comunicativa ao enfoque estratégico-situacional. No ano de 2000, foram eleitas prioridades para o SSC, e a partir delas o trabalho foi iniciado. Em 2001, o processo teve continuidade, monitorando metas pactuadas para os indicadores de saúde e os problemas priorizados⁷³.

A proposta metodológica buscava, de modo geral, estabelecer um "diálogo organizado e permanente" para planejar e coordenar ações/reflexões em diferentes espaços organizacionais do SSC: colegiado de coordenação (reuniões semanais de "chefias" ou coordenadores das unidades e dos setores do serviço no SSC), unidades, Núcleo de Epidemiologia, Núcleo de Educação & Saúde. O processo iniciou com a definição de prioridades para o SSC e a elaboração de projetos de intervenção nas

mesmas. A continuidade, em 2001, contemplou o monitoramento de indicadores e a implementação dos projetos elaborados⁷⁶.

Em 2002, como desdobramento desse processo, foi iniciado um projeto que visava ao desenvolvimento gerencial, apoiado em um diagnóstico dos desafios a serem enfrentados pelo SSC em seu papel no sistema de saúde e o perfil gerencial necessário ao contexto. Esse projeto desenvolveu-se em quatro momentos⁷³:

- a) Primeiro momento: produção de textos relacionados ao planejamento e gerência e proposição de uma metodologia gerencial para as unidades do SSC, com ferramentas para o planejamento, administração de recursos e coordenação do processo de trabalho.
- b) Segundo momento: com base nesses textos foram realizados encontros de educação permanente com o colegiado de coordenação, havendo encaminhamentos para o planejamento das unidades.
- c) Terceiro momento: criação de uma "pasta de informações" pelas doze unidades do SSC, contendo dados sobre o território e a população, processo de trabalho e processo gerencial.
- d) Quarto momento: "discussão de caso gerencial" - experiências das Unidades do SSC.

O perfil dos gerentes das unidades do SSC deve contemplar as seguintes capacidades: ter uma visão do todo: do SSC, do GHC, do SUS, da realidade do país; fazer a mediação entre as políticas do SSC, a gerência, a coordenação e o trabalho de sua equipe, tendo como norte os princípios e finalidades do SSC; participar na definição das políticas e rumos do SSC; coordenar a construção de um projeto de trabalho para sua Unidade, tendo como norte a realidade do território, da Unidade, da equipe; ser facilitador do trabalho em equipe, promovendo a participação e contribuição de todos e estimulando a criatividade de cada um; promover e coordenar formas de trabalho interdisciplinar, buscando superar a fragmentação do trabalho; ajudar a equipe a superar dificuldades de relacionamento; promover a educação permanente da equipe e das categorias; promover e estimular o diálogo na equipe e a participação da comunidade na gestão da Unidade de Saúde; ter capacidade técnica gerencial, ser flexível, mas saber “manter o rumo”; estar aberto para aprender e ser criativo.

Para operacionalizar essa forma de trabalhar com o colegiado de coordenação foi elaborada uma “agenda” a fim de articular processos de avaliação, planejamento, educação continuada e permanente, além dos “assuntos administrativos” cotidianos.

A avaliação desse processo de três anos de trabalho continuado com o colegiado de coordenação apontou os seguintes avanços organizacionais:

- a) Definição de prioridades com ampla participação das equipes;
- b) Elaboração de projetos de intervenção nos problemas priorizados em Grupos de Trabalho (GT);
- c) Pactuação e acompanhamento de metas para ações programáticas prioritárias;
- d) Definição compartilhada de novas políticas de saúde no SSC;
- e) Maior integração entre o serviço e a residência médica;
- f) Desenvolvimento de experiências inovadoras de planejamento e gerência compartilhada em algumas unidades do SSC;
- g) Integração do trabalho do colegiado de coordenação com o trabalho das equipes e Núcleos de Epidemiologia e Educação.
- h) O espaço das “reuniões de coordenação” passou a ser entendido como um “colegiado de gestão”, com representantes de todos os segmentos do SSC e que deveria definir rumos, planejar e coordenar o SSC.
- i) Mudança em traços culturais negativos como “improvisação”, “não colocar em prática as propostas do planejamento” e “comunicação dificultada”.

Em 2003, quando assumiu a presidência o novo Governo Federal, a administração do GHC e a gerência do SSC lançaram como prioridade a revalorização da participação popular. Como estratégia para promover essa política de participação popular foi formado um Grupo de Trabalho com a finalidade de construir propostas para “reanimar” a participação popular no SSC e monitorar o desenvolvimento dos processos participativos no serviço. Iniciou, então, um processo em que comunidades e equipes foram convidadas a participar de “oficinas” e “assembleias comunitárias” para eleger problemas prioritários em cada território, criar e renovar Conselhos Locais de Saúde. Todas as unidades elegeram prioridades em conjunto com a população e constituíram conselhos locais e as equipes refletiram sobre o tema, o que significou certa renovação na cultura em relação a esse princípio organizativo do SSC⁷³.

No que se refere à finalidade “Formação”, cabe destacar que, em 2003, iniciou, de modo incipiente, uma experiência que mudou a proposta pedagógica de formação dos residentes, com base no enfoque de “Currículo Integrado” (SSC/GHC, 2005), que

vem sendo aprimorada desde então⁷³. E, em 2004, foi criada a Residência Integrada em Saúde (RIS) no GHC, com três ênfases: Terapia Intensiva, Saúde Mental, e Saúde da Família e Comunidade, esta última no SSC⁷⁶.

O desenho desse projeto, enfatizando a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade com o intuito de adequar-se aos princípios do SUS, principalmente o da integralidade, veio reforçar as reflexões e experiências acumuladas na história desse serviço. Assim, o foco da mudança organizacional e cultural no SSC passou a ser a consolidação de um projeto pedagógico coerente com a promoção e vigilância da saúde⁷³.

Um outro espaço que se propõe a articular o trabalho nas unidades do SSC com reflexões teóricas e metodológicas na formação dos residentes é o “Estágio de Gerenciamento” que acontece no segundo ano de residência. Durante os dois meses de estágio, os residentes devem acompanhar o gerenciamento de suas unidades e contribuir para o desenvolvimento gerencial e também elaborar um “Estudo de Caso Gerencial”, uma descrição analítica do processo gerencial na unidade de saúde, tendo como referências os conteúdos teóricos e metodológicos discutidos nos encontros com os coordenadores do estágio (SSC/GHC, 2006). Essa experiência do SSC é considerada muito rica, reflexiva e criativa. Também se reflete em mudanças organizacionais e culturais que parecem fortalecer os princípios da promoção e da vigilância da saúde.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a produção de conhecimento vem sendo realizada por meio de pesquisas de mestrado e doutorado dos profissionais contratados, e trabalhos de conclusão de curso exigidos no programa de residência, e os problemas de pesquisa são geralmente extraídos do cotidiano das equipes e SSC⁷⁶.

Assim, em 2006 elaborou-se um projeto de pesquisa a partir da suposição de que a “cultura” do SSC vinha sendo renovada em um contexto complexo de múltiplas influências e que naquele momento coexistiriam traços culturais relacionados a diferentes modelos de atenção e paradigmas, o que se traduzia em dificuldades, conflitos, falta de diretrizes claras e insatisfações entre os profissionais, equipes, residentes, população e gestores⁷³.

Na pesquisa, acima mencionada, realizada em uma unidade de saúde do GHC, foi avaliada a relação dos sujeitos com o trabalho desenvolvido, e o resultado revelou o desgaste no trabalho da SSC GHC. Os profissionais entrevistados demonstravam gostar do trabalho que realizavam e sentiam-se orgulhosos por pertencerem à unidade de saúde do GHC e ao serviço de SSC. Os aspectos do trabalho mais valorizados foram o

“comprometimento da equipe com o bem-estar do paciente” e a “capacidade de acolhimento e resolutividade no atendimento à população”.

Em relação às consultas, a pesquisa revelou que as exigências e reclamações da comunidade sobre a falta de consultas aconteciam no dia-a-dia da unidade de saúde e em espaços mais formais, como as “assembleias comunitárias” ou o Conselho Local de Saúde. Esse fato gerava sofrimento aos profissionais e a estratégia encontrada por eles era continuar a trabalhar do modo tradicional e “acrescentar novas atividades”, o que fez a autora da pesquisa, realizada em 2006, concluir que essas situações acarretavam sentimento de “sobrecarga”, estresse, desgaste no trabalho e nas relações da equipe e com a comunidade⁷³.

Tanto os profissionais do serviço quanto os usuários percebiam, no trabalho dessa equipe de unidade de saúde pesquisada, aspectos positivos que a diferenciavam dos serviços da prefeitura, do hospital e de outras unidades do SSC. Entre os aspectos positivos foi destacado, à época: o trabalho humano, o compromisso com os pacientes, a capacidade de estabelecer vínculos com os pacientes e famílias, a prevenção, o trabalho comunitário e a autonomia da equipe e comunidade na definição de objetivos, prioridades e formas de organizar o trabalho⁷³.

Quanto aos resultados negativos dessa mesma pesquisa, os profissionais identificaram os seguintes problemas: desorganização da equipe, dificuldade de sistematizar e sintetizar as discussões, falta de priorização dos problemas, dificuldade de “sair da discussão e ir para a ação”, quando questionados sobre o planejamento, organização e coordenação do processo de trabalho. A equipe de saúde da unidade de saúde pesquisada tem tradição em fazer planejamento com a participação da comunidade e a maior dificuldade parece estar mais relacionada ao funcionamento cotidiano da unidade de saúde em que é difícil sustentar os processos no mais longo prazo⁷³.

A falta de tempo, a pressão da demanda, as múltiplas atividades, a falta de estrutura física, de recursos humanos e de equipamentos de informática são relacionadas pelos profissionais a essas dificuldades que implicam a não incorporação de ferramentas de trabalho que poderiam efetivamente contribuir para a melhoria dos resultados e das relações de trabalho. São mencionadas, também, a dificuldade de manter registros confiáveis, monitorar indicadores e fazer avaliações periódicas do conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe⁷³.

A questão da “saúde mental da equipe”, analisada na pesquisa mencionada, foi percebida como um problema que vem piorando e muitos o atribuem ao “episódio da

intoxicação^b que provocou danos à saúde física e mental dos profissionais, dificultando os relacionamentos pessoais e de trabalho. O estresse também foi atribuído ao desgaste de trabalhar com a população, com tantos problemas e pressão excessiva da demanda⁷³.

E, ainda a coexistência de conflitos e diferenças nas relações dessa equipe, mas também de atitudes de colaboração e de solidariedade, pareceu evidenciar o esforço de uma equipe que se sentia comprometida com seu trabalho, que encontrava sentido nele, que desejava incorporar mudanças para se adaptar melhor às novas exigências do modelo de atenção preconizado para o SSC e SUS, mas se encontrava em um contexto desfavorável para realizá-las⁷³.

As atitudes de colaboração e solidariedade representam uma forma não verbalizada de enfrentamento do sofrimento dos profissionais dessa equipe, tornando o sofrimento mais ameno e menos duro de lidar. Por outro lado, a falta de tempo, resultado da real sobrecarga de trabalho e da multiplicidade de atividades cotidianas pode justificar um “ativismo” sem espaço para a reflexão e a criatividade que dificulta o desenvolvimento de projetos mais compartilhados e legitimados, a renovação cultural, a superação dos conflitos, maior motivação dos profissionais para o trabalho e satisfação da população⁷³.

O ativismo, manifestado por um engajamento na ação, caracteriza-se como um mecanismo de enfrentamento do sofrimento que é descrito na psicodinâmica do trabalho. Ou seja, o profissional, não pensa mais, não reflete e não percebe mais o sofrimento. Ele trabalha mais rápido, aumenta o número de horas de trabalho, e alguns lutam contra a tensão e o sofrimento no trabalho transformando esse ativismo em um freio para a discussão e a negociação das condições e da organização do trabalho⁹.

Mudanças nos traços culturais têm sido percebidas no SSC a partir de movimentos internos das equipes, grupos de trabalho, colegiado de coordenação e dos tensionamentos político-institucionais e comunidades. Uma delas é um certo distanciamento entre ensino e serviço, isto é, diferenças entre o método empregado na formação dos residentes e as formas de trabalhar das equipes⁷³.

Na Psicodinâmica do Trabalho, referencial teórico utilizado na presente pesquisa, isso é entendido como a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito. E para que ocorra uma aproximação do trabalho realizado e o que é teoricamente proposto, é fundamental, nas unidades de saúde do GHC, a participação e a voz dos atores sociais envolvidos nesse coletivo.

^b O uso de um inseticida – clorpirifós - contaminou 112 funcionários de oito postos de saúde do GHC, em 1999.

O SSC vem se construindo há mais de 20 anos em contextos institucionais muitas vezes desfavoráveis e, mesmo assim, tem contribuído para o desenvolvimento do SUS, dentro dos limites e possibilidades de sua cultura e organização peculiar. A cultura apresenta possibilidades de renovação, mas também resistências ao novo e uma tendência à reprodução do tradicional. Entende-se que a identidade do SSC precisa ser renovada⁷³, e isso vem ao encontro da proposta da presente pesquisa, cujo projeto contribuirá para legitimar e fortalecer o SSC no contexto do SUS, reforçar as qualidades reconhecidas pelos profissionais e trabalhar as dificuldades para desenvolver seu potencial construtivo de trabalho.

A realização de processos de avaliação pode se configurar em uma estratégia facilitadora da organização do trabalho, se apoiada em metodologias que respeitem o trabalho real presente para construir, compartilhadamente, os futuros desejados e, portanto, um trabalho prescrito capaz de proporcionar satisfação ao profissional de saúde desses serviços.

Assim, esta proposta de pesquisa de doutorado contribuirá enquanto metodologia e ferramenta de avaliação e planejamento para definir e monitorar as ações e serviços que são ofertados à população; auxiliará os atores sociais com poder político e administrativo a criarem condições de viabilidade para investir em formação permanente de gestores e de equipes de saúde, permitindo-lhes se apropriarem de ferramentas gerenciais que integrem avaliação, planejamento e educação permanente a partir de problemas em contextos de complexidade.

4.1.2 População do estudo

A população do estudo foi composta pelos profissionais das equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição que compõe o Serviço de Saúde Comunitária/GHC.

O Serviço de Saúde Comunitária do GHC contava com 639 profissionais no período da coleta de dados, e todos os profissionais que estavam trabalhando no momento da coleta de dados foram convidados a participar da pesquisa. Todos os que aceitaram participar preencheram e devolveram o instrumento de coleta de dados e constituíram a amostra deste estudo.

O instrumento Itra (Anexo A) foi distribuído para toda a população (253). Foram devolvidos 153 instrumentos válidos. Os 100 instrumentos restantes foram excluídos porque os profissionais encontravam-se em férias, licença saúde, maternidade e/ou

licença prêmio, durante o período da coleta de dados ou por não aceitarem a participar da pesquisa ou por apresentarem algum critério de exclusão (9).

Para detectar um coeficiente de correlação maior ou igual a 0,3 entre as diferentes dimensões nas quatro escalas do Itra nas equipes de Saúde da Família do GHC — considerando um poder de 95% e nível de significância de 0,05, seriam necessários, no mínimo, 139 sujeitos. Portanto, o número de instrumentos devolvidos foram suficientes.

Para este estudo foram incluídos todos os profissionais com vínculo institucional com o GHC e que trabalhavam nas Equipe de Saúde da Família há pelo menos seis meses no momento do convite.

O critério de exclusão abrangeu: 48 profissionais por possuírem contrato empregatício com empresas terceirizadas, 204 colaboradores de ensino, 24 estagiários do Centro de Integração Empresa Escola, 51 agentes comunitários com vínculo com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 16 profissionais com contrato temporário, 20 profissionais por trabalharem no setor administrativo do SSC, 23 profissionais por atuarem em US diversas do GHC — nutricionista, psiquiatra, entre outros —, portanto, a população do estudo foi composta por 253 profissionais que atuavam nas Unidades de Saúde da Família (dados fornecidos pelo Serviço de Saúde Comunitária do GHC, em 2012).

4.1.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – Itra, que tem o objetivo de investigar o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado, e mensurar distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes relativas ao mundo do trabalho⁶⁰.

O Itra — instrumento considerado auxiliar para o diagnóstico de indicadores críticos no trabalho — foi aplicado aos profissionais das equipes de Saúde da Família com o objetivo de realizar uma análise descritiva da realidade laboral e identificar alguns fatores que podem interferir no processo de adoecimento no trabalho.

O Itra está em sua terceira versão, e é composto por quatro escalas interdependentes, sendo que a primeira versão foi criada e validada em 2003. A primeira escala avalia as dimensões que dizem respeito às causas dos riscos do adoecimento, abrangendo a organização, condições e relações sociais de trabalho. Na segunda escala avaliam-se os efeitos, em termos de exigências do trabalho, que impactam o adoecimento, sendo considerado o custo humano do trabalho nos aspectos:

físico, afetivo e cognitivo. A terceira contempla as vivências positivas e negativas decorrentes do contexto e do custo de trabalho: vivências de prazer-sofrimento, avaliadas pelos fatores de gratificação, liberdade, desgaste e insegurança. A quarta escala avalia os sintomas causados pelo custo negativo do trabalho e pelo sofrimento, traduzidos em danos físicos e psicossociais⁶⁰.

Em 2004, o Itra foi adaptado e revalidado, e novamente submetido à validação no ano de 2006, sendo constituída a terceira versão que foi utilizada nesta pesquisa⁶⁰.

Esse instrumento é composto por cinco páginas. A primeira escala, a **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)** avalia a descrição do contexto de trabalho. Essa escala tem sua importância enquanto instrumento psicométrico que objetiva diagnosticar as condições, as organização e as relações socioprofissionais de trabalho sob a ótica dos próprios trabalhadores. Permite captar, tratar e analisar as representações que os indivíduos fazem de seu contexto de trabalho e isso é considerado um requisito central para permitir mudanças que visem promover o bem-estar no trabalho, a eficiência e a eficácia dos processos produtivos⁷⁸.

A EACT apresenta as vantagens de, inicialmente, produzir um diagnóstico rápido dos principais indicadores críticos existentes no que se refere às condições, à organização e às relações socioprofissionais de trabalho; também permite identificar aspectos que se encontram satisfatórios, críticos e graves, gerando subsídios para o planejamento de ações globais e específicas; e, por último, fornecer valiosas pistas para o aprofundamento e refinamento do diagnóstico organizacional, possibilitando formular novas hipóteses de investigação e também indicando aspectos a serem explorados por meio da realização de entrevistas⁷⁸.

A EACT é composta por três fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais, com *eigenvalues* de 1,5, variância total de 38,46%, KMO de 0,93 e correlações acima de 0,25⁶⁰.

Essa escala é de 5 pontos, do tipo Likert, em que 1= nunca, 2= raramente, 3= às vezes, 4= frequentemente, 5= sempre. É constituída com itens negativos, devendo sua análise ser feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio. Assim, considera-se como resultado para o contexto de trabalho:

Acima de 3,7 = avaliação mais negativa, grave.

Entre 2,3 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico.

Abaixo de 2,29= avaliação mais positiva, satisfatório.

O primeiro fator é Organização do Trabalho, definida como a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho. É composta por onze itens, e tem confiabilidade de 0,72.

Os itens do fator são os seguintes: o ritmo de trabalho é excessivo; as tarefas são cumpridas sob pressão de prazos; existe forte cobrança por resultados; as normas para execução das tarefas são rígidas; existe fiscalização do desempenho; o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas; os resultados esperados estão fora da realidade; existe divisão entre quem planeja e quem executa; as tarefas são repetitivas; falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho; as tarefas executadas sofrem descontinuidade⁶¹.

A interpretação dos resultados tem como sugestão, e assim foi nesta pesquisa, ocorrer com base nas médias dos fatores e percentual de respondentes alocados nos intervalos das médias. Considerando-se que o inventário diagnostica riscos de adoecimento, em que um único trabalhador com problemas de saúde deve ser cuidado. Assim, essa recomendação é mais qualitativa do que quantitativa⁶¹.

O segundo fator da primeira escala é Condições de Trabalho, definido como a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizados para a execução do trabalho, composto por dez itens, com confiabilidade de 0,89.

Os itens do fator são os seguintes: as condições de trabalho são precárias; o ambiente físico é desconfortável; existe muito barulho no ambiente de trabalho; o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado; os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas; o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas; os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários; o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado; as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas; o material de consumo é insuficiente.

O terceiro fator avalia as Relações Socioprofissionais, conceituado como os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional. Os itens, com confiabilidade de 0,87, são os seguintes: as tarefas não estão claramente definidas; a autonomia é inexistente; a distribuição das tarefas é injusta; os funcionários são excluídos das decisões; existem dificuldades na comunicação entre a chefia e subordinados; existem disputas profissionais no local de trabalho; falta integração no ambiente de trabalho; a comunicação entre funcionários é insatisfatória; falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional; as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso⁶⁰.

No entanto, a EACT apresenta como principal limite a própria natureza psicométrica do instrumento, ou seja, por meio da escala é possível obter uma “fotografia” da representação coletiva dos respondentes sobre os fatores e itens, mas não revela as causas e o caráter dinâmico do fenômeno constatado⁷⁸. Por isso, a importância de que se ampliasse, aqui, a investigação, com uma abordagem qualitativa, para que se pudesse realmente conhecer o contexto de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família no GHC.

A segunda escala denomina-se **Escala de Custo Humano do Trabalho (ECTH)**. É composta por três fatores: custo físico, cognitivo e afetivo. Apresenta *eigenvalue* maior que 2, variância total de 44,98%, KMO de 0,91 e 50% das correlações acima de 0,30.

É uma escala psicométrica de frequência tipo likert de 5 pontos, onde 1= nunca, 2= pouco exigido, 3= mais ou menos exigido, 5= totalmente exigido. A escala é composta por três fatores e construída com itens negativos, portanto, a análise deve ser feita por fator e com base em três níveis, considerando-se um desvio padrão em relação ao ponto médio. Assim, os resultados para o custo humano são classificados em:

Acima de 3,7= avaliação mais negativa, grave.

Entre 2,3 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico.

Abaixo de 2,29= avaliação mais positiva, satisfatório.

A terceira escala do Itra é a **Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho (EIPST)**, composta por quatro fatores: dois para avaliar o prazer – realização profissional e liberdade de expressão – e dois para avaliar sofrimento no trabalho – falta de reconhecimento e esgotamento profissional -, com *eigenvalues* de 1,0, variância total de 59,80%, KMO de 0,92 e 50% das correlações acima de 0,30⁶⁰.

É uma escala de 7 pontos, tipo likert e tem por objetivo avaliar a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento nos últimos seis meses de trabalho. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 2= duas vezes, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis vezes.

Diferentemente das escalas anteriores, para a análise dos fatores de prazer considera-se os itens positivos⁶⁰. Para melhor especificação e qualificação da frequência com que é experimentada a vivência, a escala foi analisada por fator, pois é de 7 pontos, tipo Likert, foi classificada em três níveis diferentes, com um desvio padrão para cada um. Assim, consideram-se como resultados para a vivência de prazer:

Acima de 4,0 = avaliação mais positiva, satisfatório;

Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 2,0 = avaliação para raramente, grave.

Para os fatores de sofrimento, considerando-se que os itens são negativos, a análise foi feita com base nos seguintes níveis:

Acima de 4,0 = avaliação mais negativa, grave;

Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 2,0 = avaliação menos negativa, satisfatório.

A quarta e última escala do Itra é a **Escala de avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)**, composta por três fatores: danos físicos, psicológicos e sociais, com *eigenvalues* de 1,5, variância de 50,09%, KMO de 0,95 e correlações acima de 0,30⁶⁰.

A escala é de 7 pontos e objetiva avaliar, nos últimos três meses, os danos provocados pelo trabalho. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 2= duas vezes, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes.

A análise dessa escala foi realizada de modo diferente das demais. Os itens propostos retratam situações muito graves relacionadas à saúde: a sua aparição e repetição em um nível moderado já significa adoecimento. Por essa razão, o ponto médio dessa escala, embora matematicamente seja 3,0 para fins de inventário, é desdobrado em dois intervalos com variação de um desvio padrão. Assim, os resultados devem ser classificados em quatro níveis⁶⁰:

Acima de 4,1 = avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;

Entre 3,1 e 4,0 = avaliação moderada para freqüente, grave;

Entre 2,0 e 3,0 = avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 1,9 = avaliação mais positiva, suportável.

O inventário também apresenta dados sobre a caracterização dos participantes que estão descritos nos resultados.

4.1.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora por meio de convite individual aos profissionais das equipes de SF para participarem do estudo, com a entrega do TCLE (Apêndice B) e do instrumento – Itra (Anexo A) nos respectivos locais de trabalho.

Inicialmente, foi feito contato com a gerente e coordenadora da Saúde Comunitária do GHC para apresentação da pesquisa, seus objetivos e encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição. Após aprovação do projeto de pesquisa, os coordenadores das unidades de saúde foram comunicados formalmente

sobre a pesquisa, em reunião de serviço com a gerência, e assim iniciaram-se os contatos diretos da pesquisadora com os 12 coordenadores nas respectivas unidades e início da entrega do Itra.

O Itra foi entregue aos 253 profissionais das equipes de Saúde da Família do GHC de diferentes formas e conforme solicitação dos coordenadores das unidades de saúde. Em duas US, os coordenadores preferiram ficar com o instrumento para que os profissionais os respondessem e, naquele momento, combinou-se a data que a pesquisadora retornaria ao local para recolher o instrumento preenchido. Em três US, a pesquisadora participou de reuniões de serviço, apresentando a pesquisa e entregando os instrumentos, retornando às US para conversar com os profissionais e convidá-los a participar. Em uma US, a pesquisadora agendou e participou da reunião de serviço apresentando a pesquisa, entregou os instrumentos, aguardou o preenchimento, esclarecendo possíveis dúvidas. Em seis US, a pesquisadora entregou os instrumentos para o coordenador e ao retornar permaneceu na unidade conversando com os profissionais e entregando e recolhendo os instrumentos ao término do preenchimento. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro, outubro e novembro de 2011.

4.1.5 Análise de dados

Os dados foram organizados em planilha de Excel e, posteriormente, analisados mediante o *software Statical Packagem for the Social Sciences* - SPSS. O *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 18.0) é um programa de estatística, em formato de banco de dados, que permite inserir, organizar e analisar dados através de cálculos estatísticos, tabelas e gráficos, entre outros⁷⁹⁻⁸⁰. Além disso, o SPSS é um programa extremamente confiável no que se refere à qualidade dos resultados⁸¹.

Inicialmente, calculou-se a consistência interna das quatro escalas do Itra (avaliação do contexto de trabalho, avaliação das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho, avaliação das vivências negativas e positivas do seu trabalho, problemas físicos, psicológicos e sociais avaliados como causados essencialmente pelo trabalho) para verificar seu desempenho na amostra desta investigação. Para tanto, optou-se por utilizar o coeficiente de correlação *alfa de Cronbach*, que estima a consistência interna de uma escala. Os valores acima de 0,70 são geralmente aceitáveis, e acima 0,80 considerados excelentes⁸².

Para a análise dos dados foram utilizadas medidas de tendência central (frequência simples, frequência relativa, frequência absoluta, média ou mediana, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio-padrão e quartis).

Em seguida, foi realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a hipótese de normalidade da distribuição das variáveis contínuas mensuradas neste estudo. Dessa maneira, foram utilizados testes paramétricos (t-student, Análise da variância – ANOVA) para os dados que atenderem à distribuição normal e testes não paramétricos (Qui-quadrado, Kruskal-Wallis) para dados com distribuição não normal⁸³.

Análise de Correlação: a correlação é interpretada como a relação existente entre duas variáveis e tem por objetivo encontrar o grau de relação entre elas, ou seja, um coeficiente de correlação (r), que está compreendido entre $-1 < r < 1$. Para avaliar a correlação entre as variáveis foram calculados os coeficientes correlação de Pearson quando os dados atenderam à distribuição normal, ou coeficiente de correlação de Spearman quando os dados não atenderam à distribuição normal^{81,83}.

4.2 Estudo Qualitativo

Esta etapa do estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva, analítica e do tipo estudo de caso, que teve como referencial metodológico a Psicodinâmica do Trabalho^{63,84}. O estudo qualitativo foi realizado em três US selecionadas a partir dos resultados do estudo quantitativo.

A pesquisa qualitativa implica ênfase sobre as qualidades das entidades e processos, sendo que esses significados não podem ser examinados quantitativamente⁸⁵. E, também, exige do pesquisador explicitação, exposição e abertura à crítica para garantir a ética na pesquisa qualitativa⁸⁶. Esse tipo de abordagem possibilita desvendar valores, atitudes, crenças e aspirações que pertencem a “espaços mais profundos das relações”; a preocupação não é com a generalização dos dados obtidos e, sim, com a compreensão abrangente e profunda⁸⁷.

Desse modo, o estudo qualitativo qualifica as informações sobre prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família obtidos no estudo quantitativo com a aplicação do Itra, pois o referencial da Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem que permite avaliar a organização do trabalho, prazer e estratégias de mediação do sofrimento no trabalho dos profissionais enquanto um fenômeno complexo que envolve situações de vida e relações sociais que são únicos.

Este estudo de caso, portanto, apreendeu uma situação tecnicamente única para potencializar a descrição do contexto real em que ocorreu a investigação, explorando e evidenciando as várias fontes do fenômeno⁸⁸. Dessa maneira, foi possível observar a realidade do trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família no GHC,

acessando informações privilegiadas e detalhadas, propiciando conhecer, compreender e retratar seu cotidiano do trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho é uma metodologia que vem sendo utilizada no Brasil por diversos pesquisadores para enfatizar o estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação⁸⁹⁻⁹². Enquanto método, a Psicodinâmica do Trabalho está intrinsecamente ligada à clínica do trabalho que privilegia a fala, principalmente a coletiva. A clínica do trabalho é um processo de revelação e tradução dos aspectos visíveis e invisíveis, que expressam a dinâmica particular que está presente na intersubjetividade de cada contexto, permitindo acessar os processos de subjetivação, as vivências de prazer e sofrimento, as mediações e o processo saúde-adoecimento e, assim, uma forma de colocar o trabalho em análise⁵⁷.

Assim, a Psicodinâmica do Trabalho, enquanto abordagem de pesquisa e ação sobre trabalho, um modo de analisar criticamente a organização do trabalho, requer o desenvolvimento da clínica do trabalho que estuda as reações e os modos de subjetivação do trabalhador.

Nesse sentido, a clínica do trabalho é o espaço da fala e escuta do sofrimento originado no trabalho e permite sua reconstrução, no momento em que o trabalhador pensa e desenvolve estratégias individuais e coletivas para a busca do prazer⁵⁷. Interessa acessar o invisível — aprender a prática do trabalho, o trabalho vivo, a mobilização para o lazer, o saber fazer —, sendo um modo de revelar as mediações que ocorrem entre o trabalhador e a realidade do trabalho. É fundamental a crítica ao que está posto, na qual a realidade apresentada ao pesquisador deve ser sempre questionada, tendo como objetivo a escuta do sofrimento, a elaboração que leva o trabalhador a recuperar sua capacidade de pensar e agir e mobilizar mudanças na organização do trabalho.

Na clínica do trabalho, o sofrimento é considerado protagonista do processo saúde-adoecimento, contribuindo para dar visibilidade à realidade, mostrando a importância do trabalho coletivo para tratar as problemáticas do trabalho e retirando a culpa do trabalhador. Articula-se, essencialmente, à intersubjetividade, que ocorre pela relação entre a palavra pertencente à demanda dos trabalhadores e a escuta dos pesquisadores, pois a fala deve tornar visível a dinâmica da gestão dos trabalhadores em relação às adversidades impostas pela organização do trabalho⁵⁷.

Assim, esta pesquisa se propõe a dar voz às contradições e mediações do trabalho dos profissionais da ESF por meio da escuta e da fala, buscando possibilitar construções novas em sua organização e mobilizando mudanças, no intuito de

promover prazer ao profissional com o que produz em suas atividades, pois ao construir/criar ele experiencia sua autonomia e liberdade.

Ao mesmo tempo, acredita-se que a avaliação qualitativa, por meio da clínica do trabalho, proporciona a reflexão sobre o trabalho dos profissionais, analisando a produção do trabalho fragmentado e engessado em normas e rotinas que visam ao alcance da produtividade e desconsideram a construção coletiva e ampliada da integralidade da atenção à saúde.

4.2.1 Campo do estudo

O trabalho de campo foi realizado em três equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição. A escolha foi intencional, relacionada aos resultados da etapa quantitativa desta pesquisa. Das 12 US do estudo quantitativo foram selecionadas: uma US com o menor risco de adoecimento relacionado ao trabalho; a US com o resultado moderado, e a US com o maior risco de de adoecimento relacionado ao trabalho. Portanto as US são identificadas com as letras A, B e C, descritas no estudo qualitativo junto com a observação.

4.2.2 Participantes do estudo

Na abordagem qualitativa de pesquisa, o critério de inclusão não é numérico, preocupa-se mais com o aprofundamento, abrangência e compreensão, devendo-se identificar os sujeitos que podem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno em estudo do que com a generalização⁸⁷.

Os participantes do estudo são todos os profissionais das equipes de Saúde da Família que estavam trabalhando nas três US selecionadas no momento da coleta de informações e que concordaram em participar do estudo. Na US A participaram 13 profissionais, 30 na US B e 25 na US C, totalizando 68 profissionais, dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, psicólogos, técnicos em saúde bucal, assistente social.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo e, mediante aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), o que lhes garantiu o anonimato e o direito de desistência em qualquer período da pesquisa.

4.2.3 Coleta de dados

Para a coleta das informações foram realizadas observação de campo e entrevistas coletivas.

Na etapa qualitativa, inicialmente foi retomado o contato com a Coordenadora e Gerente da Saúde Comunitária do GHC para lhes comunicar o início da segunda etapa da pesquisa. Logo após, foi realizado um contato prévio com os coordenadores das US determinadas para a realização da etapa qualitativa.

Assim, iniciou-se a observação da estrutura física e processo de trabalho das unidades de saúde selecionadas, com vinte horas de observação em cada US, nos turnos manhã e tarde, totalizando sessenta horas de observação que foram registradas em um diário de campo, as quais foram somadas as horas de observação realizadas durante a coleta de dados quantitativos e, somando-se as duas etapas do estudo atingiu-se o total de noventa e seis horas de observação. Neste estudo, seguiu-se um roteiro de observação adaptado da pesquisa CAPSUL⁹³ (Apêndice D), flexibilizado conforme a necessidade, o que permitiu que se fizesse uma espécie de familiarização com a rotina e a dinâmica do serviço, conhecendo profissionais, usuários e familiares.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012.

Os registros da observação devem ser ricos em detalhes, permitindo que o leitor se insira na situação observada⁹⁴. Assim, a observação direta é um importante recurso, fornecendo descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa, enriquecendo a avaliação qualitativa.

Em uma proposta de avaliação, a observação gera inúmeras vantagens: com a observação direta, o avaliador se torna mais apto para compreender o contexto no qual as atividades ocorrem; a experiência da observação leva o avaliador a ser indutivo, porque estando pessoalmente presente tem menor necessidade de utilizar conceitualizações preconcebidas sobre o cenário; o observador tem a oportunidade de ver coisas que podem não ser percebidas pelos participantes do contexto, pois, como todos os sistemas sociais envolvem rotinas, os participantes de tais rotinas podem segui-las sem ter consciência de importantes detalhes que são aparentes apenas para um observador que não está imerso nelas; fornece informações que não são conseguidas através das entrevistas; permite ao avaliador ir além das percepções alheias, acrescentando às percepções dos entrevistados as suas próprias; e, finalmente, permite que o avaliador acesse seu conhecimento pessoal e experiência direta como recursos para a compreensão e interpretação do cenário observado⁹⁴⁻⁹⁶.

No método da Psicodinâmica do Trabalho, a observação clínica é essencial e sua redação deve ser registrada, em um segundo momento, a partir da própria pesquisa, ou seja, logo após o trabalho de campo, a partir das informações que ficaram retidas na

memória do pesquisador, portanto, deve, necessariamente, ser fundamentada nos discursos dos participantes da sessão. Entretanto, para encontrar a formulação precisa de um trabalhador do grupo ou de um pesquisador é possível recorrer às anotações realizadas durante a sessão⁹⁷.

A observação pode seguir caminhos diversos nos diferentes estágios da pesquisa. Na fase inicial, a observação pode ser pouco estruturada, de forma a permitir que o observador expanda o seu conhecimento e desenvolva algum senso do que é importante ou saliente. No decorrer da observação, o observador pode torná-la mais focal, à medida que as informações aumentam. Intercalar períodos de análise preliminar dos dados entre períodos de observação pode ser útil para a construção de unidades ou categorias preliminares de informação, além de checar esses dados iniciais com alguns respondentes⁹⁵.

No presente estudo, a observação inicial seguiu o roteiro citado anteriormente e no decorrer da observação foi possível ampliar o conhecimento sobre a US pesquisada, realizar análise preliminar e checar informações iniciais com os respondentes.

Uma das tarefas da observação é negociar o acesso do avaliador aos registros e documentos para o levantamento de dados. Os documentos servem a um duplo propósito: se constituem em um recurso básico de informação sobre o contexto e processos, e podem ajudar o avaliador ao formular questões importantes para direcionar as observações e entrevistas⁹⁵.

Os registros das observações de campo são, sobretudo, descritivos, com informações básicas de onde a observação ocorreu, quem estava presente, como era o local, que interações sociais ocorreram, que atividades foram realizadas, e outras informações descritivas que permitam ao observador retornar mentalmente ao local através das notas de campo. É recomendado que não sejam usados termos gerais para descrever ações e condições específicas, citando como exemplos as palavras “pobre”, “raiva”, que não são palavras descritivas, mas interpretativas, e pouco significam para as pessoas que não estão presentes. As notas devem conter o que as pessoas disseram, assim, citações diretas, ou o mais próximas disso devem ser incluídas. Os sentimentos do avaliador, suas reações à experiência, e reflexões sobre o sentido e significado do que ocorreu também devem ser valorizados e registrados. Desse modo, podem ser incluídas as interpretações, análises iniciais do avaliador, sobre o que acontece no cenário pesquisado⁹⁴.

Um segundo momento de observação ocorreu durante a sessão de entrevista coletiva com as equipes de SF do GHC das US em estudo.

Seguindo os passos do método da Psicodinâmica do Trabalho, teoria crítica do trabalho que utiliza a clínica enquanto espaço da fala e escuta do sofrimento originado na organização do trabalho, deu-se continuidade ao estudo em que foram realizadas entrevistas coletivas com os sujeitos, com questões norteadoras referentes ao tema organização do trabalho, prazer e estratégias de mediação do sofrimento no trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Apêndice E).

O propósito da entrevista é permitir ao avaliador entrar na perspectiva do outro, buscando apreender sentimentos, pensamentos e intenções. As entrevistas qualitativas começam com a consideração de que a perspectiva do outro é significativa e reconhecível. Essa técnica é utilizada para descobrir o que está na mente do outro para coletar suas histórias⁹⁶.

A vantagem da entrevista é obter dados subjetivos e objetivos, pois permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e entrevistado⁹⁵.

A entrevista pode ser categorizada de acordo com sua estrutura. É denominada estruturada quando o entrevistador formula questões apropriadas para o que quer saber, não estruturada quando o entrevistador ‘não sabe o que não sabe’ e tanto as questões quanto as respostas são fornecidas pelo entrevistado⁹⁵.

Neste estudo foi realizada entrevista não estruturada contendo apenas as questões norteadoras do estudo.

Os objetivos da entrevista em psicodinâmica são: compreender detalhadamente os sentimentos, crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos; compreender o objeto de pesquisa sob a perspectiva dos entrevistados e entender como e por que eles têm essa perspectiva particular; investigar o significado e/ou processo de uma unidade social e/ou dos fenômenos para o grupo pesquisado; investigar a história individual; realizar estudos descritivos e/ou exploratórios; validar, clarificar e ilustrar dados quantitativos para melhorar a qualidade da interpretação; e desenvolver e testar conceitos⁹⁷.

Explicado o objetivo do estudo e tendo-se o aceite do sujeito para participar da pesquisa, as entrevistas foram agendadas e realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados no próprio local de trabalho.

Nesse sentido, priorizou-se a escuta, acompanhando as questões trazidas pelos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Na redação do

texto foram utilizadas as seguintes especificações para a entrevista coletiva: EC1-A, EC2-A, EC3-B. À sigla EC acrescentou-se o número de acordo com a ordem de menor risco ao maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho conforme o itra, buscando-se manter o anonimato dos participantes. Também foi acrescentada a letra A, B, C e assim, sucessivamente para diferenciar os profissionais. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), permanecendo uma via com o pesquisador e outra com o sujeito do estudo.

Assim, foram realizadas entrevistas coletivas (Apêndice E) com as equipes de SF do GHC, divididas em dois momentos. Na US A foram realizados dois encontros, um para apresentação dos resultados quantitativos e outro para a discussão e entrevista coletiva. Nas US B e C, foi agendado um único encontro em que a pauta da reunião de equipe foi a presente pesquisa, dividida em dois momentos — apresentação dos resultados e entrevista coletiva.

Portanto, o primeiro momento foi destinado à apresentação dos resultados da pré-pesquisa, ou seja, do estudo quantitativo e convite para a entrevista coletiva. O segundo momento foi destinado ao resgate dos pontos principais do momento anterior e para realizar a entrevista coletiva com cada uma das três equipes de Saúde da Família, o que permitiu que os profissionais entrevistados falassem livremente sobre o tema proposto. As questões norteadoras da entrevista coletiva foram: fale sobre o seu trabalho na Saúde da Família; fale sobre os fatores que causam prazer em seu trabalho; e fale sobre situações que lhe causam sofrimento no trabalho. Como lida com isso?

Os encontros tiveram duração de duas horas em cada US, uma hora de apresentação dos resultados quantitativos e uma hora de entrevista coletiva.

4.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o método de análise de conteúdo após a transcrição das entrevistas na íntegra e da organização das anotações de campo. Essa análise foi constituída de três passos fundamentais, conforme Bardin⁸⁷.

1 – Pré-análise: contempla a organização propriamente dita, corresponde a um período de intuições que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise. Nessa fase ocorreu a escolha dos documentos que foram submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final.

2 – Exploração do material: concluídas as diferentes operações da pré-análise, a análise em si, realizou-se a aplicação sistemática das decisões tomadas.

3 – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: procurou-se refletir sucessivamente sobre as estruturas de relevância, articular as informações com o referencial teórico e os objetivos do trabalho. Nessa fase foi possível buscar as inter-relações e conexões entre os temas, refinando o movimento classificatório de análise⁸⁷.

4.2.5 Considerações éticas

Para garantir as questões éticas que envolvem a realização desta pesquisa, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e foi aprovado sob Parecer n. 11-140.

Foi solicitado autorização à Gerente e Coordenadora da Saúde Comunitária do GHC e aos coordenadores das equipes de Saúde da Família para participação e início da investigação, informando os objetivos e os princípios éticos do estudo.

Posteriormente, apresentou-se a pesquisa aos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família especificando-se os objetivos do estudo, os princípios éticos e a metodologia da coleta de dados. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B e C), conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹⁸. Por envolver seres humanos, esta pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade. As gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos e, após, serão apagadas, conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9.610/98⁹⁹.

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS DO INVENTÁRIO DE TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO

No presente capítulo apresentam-se os resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (Itra) preenchido pelos profissionais das equipes de SF do GHC, assim estruturado: caracterização dos profissionais das equipes de SF do GHC; resultados das escalas com os valores de alfa de cronbach de cada fator; a média geral e DP de todos os itens de cada escala do Itra; o resultado geral de todas as unidades de SF do GHC em cada fator das quatro escalas; e as médias e DP dos itens mais positivos e negativos e da escala. Após, realizou-se a comparação das médias de cada fator das quatro escalas nas diferentes US do GHC, destacando-se as médias extremas, apresentando-se a porcentagem dos profissionais nos diferentes fatores e, no final da apresentação da escala, foram destacados os resultados de maior significância. E para melhor visualização dos resultados e comparação entre as diferentes unidades do GHC foram elaborados alguns gráficos.

O trabalho nas equipes de SF do GHC e o risco para o adoecimento relacionado ao trabalho foi identificado mediante aplicação do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento – Itra, em todas as 12 unidades de saúde do GHC: Unidade de Saúde Hospital Conceição, Vila Floresta, Divina Providência, SESC, Barão de Bagé, Parque dos Maias, Jardim Leopoldina, Itú, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Coinma, Costa e Silva.

Foram preenchidos 162 instrumentos, dos quais nove foram excluídos, totalizando 153 instrumentos válidos.

Dos nove Itra excluídos:

- cinco eram profissionais que cursavam o programa de residência do GHC;
- dois eram profissionais com vínculo empregatício da Prefeitura Municipal de Porto Alegre;
- uma era estagiária bolsista; e
- um profissional possuía contrato temporário, com tempo de trabalho menor que seis meses.

As US em que os profissionais mais preencheram os Itra foram Jardim Itu (19) 12,4% e Nossa Senhora Aparecida (16) 10,5% e as US que os profissionais menos participaram foram a US Costa e Silva (seis) 3,9% e Coinma (nove) 5,9%. O gráfico a seguir demonstra a participação dos profissionais nas US do GHC.

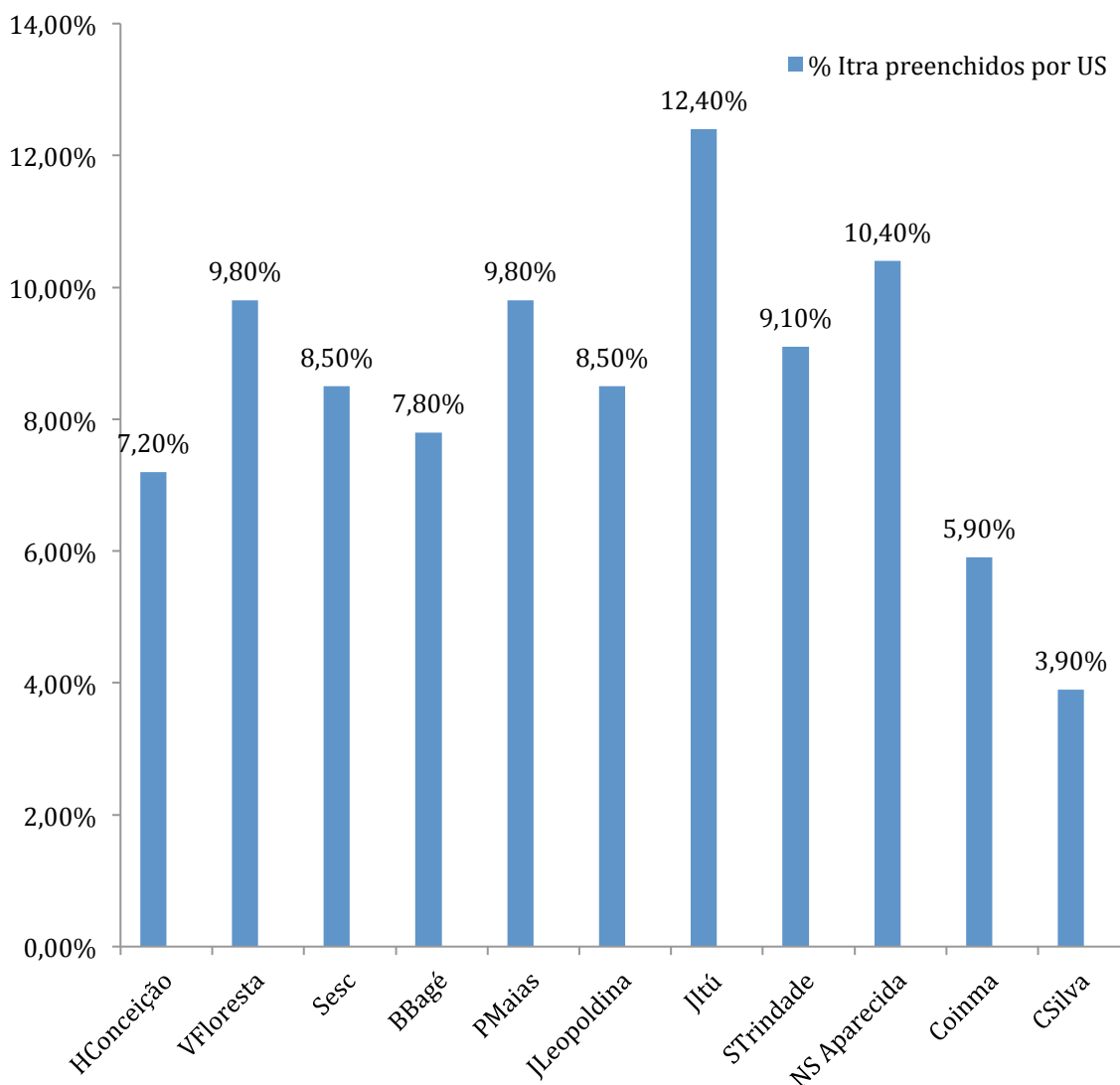


Gráfico 1- Distribuição do número de profissionais que preencheram o Itra conforme as US do GHC. Porto Alegre, RS, 2012.

A fim de caracterizar a amostra nas 12 unidades de saúde, elaborou-se uma tabela com os dados referentes ao sexo (feminino, masculino), escolaridade (até segundo grau, superior incompleto, superior, pós-graduação), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo), cargo atual (agente comunitário, auxiliar administrativo, assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, odontólogo, psicólogo, técnico de higiene dental, terapeuta ocupacional), tipo de contrato (CLT, outro), tempo de serviço (em anos), tempo no cargo (em anos), último exame médico (sim, não), e se teve algum afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho no ano (nenhum, entre um e três, mais de três).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais das equipes de SF do GHC, amostra (n=153), Porto Alegre, RS, 2014.

Características	n (%)
Idade, média ± dp	43 ± 10,76
Sexo (feminino)	121 (79,6)
Escolaridade (pós-graduação):	
Ensino médio	30 (19,7)
Superior incompleto	27 (17,8)
Superior	19 (12,5)
Pós-graduação	76 (50)
Estado Civil:	
Solteiro	54 (35,8)
Casado	73 (48,3)
Divorciado	20 (13,2)
Viúvo	4 (2,6)
Cargo atual:	
Agente comunitário	4 (2,7)
Auxiliar Administrativo	17 (11,4)
Assistente social	9 (6)
Auxiliar de enfermagem	39 (26,2)
Enfermeiro	19 (12,8)
Médico	31 (20,8)
Odontólogo	15 (10,1)
Psicólogo	6 (4,0)
Técnico de Higiene dental	9 (6)
Terapeuta Ocupacional	0 (0)
Tipo de contrato (CLT - GHC)	151 (99,3)
Tempo de serviço (anos), média ± dp	11,11 ± 8,6
Tempo em SF (anos), média ± dp	11,14 ± 8,3
Último exame médico (sim)	141 (93,4)
Afastamento do trabalho:	
- Nenhum	109 (72,2)
- Entre 1 e 3	33 (21,9)
Mais de três	9 (6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Observa-se, na Tabela 1, que a média de idade dos profissionais é de 43 anos, com um desvio padrão de 10,76. A maioria dos profissionais (121) são do sexo feminino, totalizando 79,6% da amostra. Sobre a escolaridade, (76) 50 % possuem pós-graduação. Da amostra, (73) 48,3 % são casados e (54) 35,8% são solteiros. Em relação à categoria profissional, 26,2% (39) são auxiliares de enfermagem, sendo a maior porcentagem de participantes.

Da amostra, chama a atenção a baixa representatividade de agentes comunitários (4) 2,7%, isso se explica porque o número de agentes comunitários com vínculo empregatício com GHC, que é critério de inclusão para essa pesquisa, é reduzido, pois os demais AC têm vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Quanto ao contrato de trabalho, o vínculo empregatício com o GHC — critério de inclusão — houve um *missing* (o profissional não respondeu) e um com contrato temporário com mais de seis meses.

Em relação ao último exame médico, (10) 6,6% dos profissionais não realizaram. E (9) 6% tiveram mais de três afastamentos no ano por problemas de saúde relacionados ao trabalho.

No tópico a seguir, apresenta-se o resultado avaliado pelos profissionais das equipes de SF do GHC, conforme o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (Itra), com as escalas: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT), Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), respondendo, assim, aos objetivos do estudo.

5.1 Contexto de Trabalho nas equipes de SF do GHC

A **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)** avalia três fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais. Os valores de alfa de cronbach para cada fator foram de 0,80, 0,91, 0,85, respectivamente. Cada fator possui diferentes itens, apresentados a seguir, com suas respectivas médias e desvio padrão:

Tabela 2 – Médias e desvio padrão da Escala de Contexto de Trabalho avaliados pelos profissionais das equipes de SF do GHC. Porto Alegre, 2014 (n=153)

Fator	Itens	Média	DP
F1	O ritmo de trabalho é excessivo	3,70	,82
F1	As tarefas são cumpridas sob a pressão de prazos	3,42	,84
F1	Existe forte cobrança por resultados	3,48	1,01
F1	As normas para execução das tarefas são rígidas	2,98	,97
F1	Existe fiscalização do desempenho	3,39	1,07
F1	O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	3,59	1,13
F1	Os resultados esperados estão fora da realidade	2,98	1,07
F1	Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,03	1,18
F1	As tarefas são repetitivas	3,64	,96
F1	Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	3,35	1,07
F1	As tarefas executadas sofrem descontinuidade	3,26	,86
F2	As condições de trabalho são precárias	2,95	1,06
F2	O ambiente físico é desconfortável	3,03	1,19
F2	Existe muito barulho no ambiente de trabalho	3,12	1,12
F2	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	3,34	1,25
F2	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,14	1,05
F2	O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização de tarefas	2,91	1,16
F2	Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	3,17	1,16
F2	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	3,22	1,19
F2	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,74	1,09
F2	O material de consumo é insuficiente	2,77	,93
F3	As tarefas não estão claramente definidas	2,73	,97
F3	A autonomia é inexistente	2,38	,95
F3	A distribuição das tarefas é injusta	2,71	1,12
F3	Os funcionários são excluídos das decisões	2,45	,92
F3	Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,18	,92
F3	Existem disputas profissionais no local de trabalho	3,08	1,14
F3	Falta integração no ambiente de trabalho	2,90	,94
F3	A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,97	,82
F3	Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,21	1,05
F3	As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,30	,83

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

F1 – Organização do Trabalho

F2 – Condições do Trabalho

F3 – Relações Socioprofissionais

Em relação à organização do trabalho, o resultado moderado foi avaliado por 71,2% dos profissionais das equipes de SF do GHC, com uma média de 3,32 e DP=

0,61. Os resultados mais negativos foram: o ritmo de trabalho é excessivo (3,70) e as tarefas são repetitivas (3,64). Positivamente, foram avaliados os itens as normas para execução das tarefas são rígidas (2,98) e os resultados esperados estão fora da realidade (2,98).

O fator condições do trabalho apresentou resultado moderado com média de 3,03 e DP= 0,84 e foi avaliado por 60,8% dos profissionais das equipes de SF do GHC. Os resultados mais negativos foram: o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado (3,34) e o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado (3,22). Positivamente, foram avaliados os itens as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas (2,74) e o material de consumo é insuficiente (2,77).

Segundo 68% dos profissionais das US do GHC, o fator relações socioprofissionais apresentou resultado moderado, com média de 2,58 e DP= 0,62. Os resultados mais negativos foram: existem disputas profissionais no local de trabalho (3,08) e a comunicação entre funcionários é insatisfatória (2,97). Positivamente, foram avaliados os itens existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados (2,18) e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional (2,21).

O Gráfico 2 contém a distribuição das médias dos fatores organização, condições e relações socioprofissionais de trabalho da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho, conforme os resultados nas US do GHC.

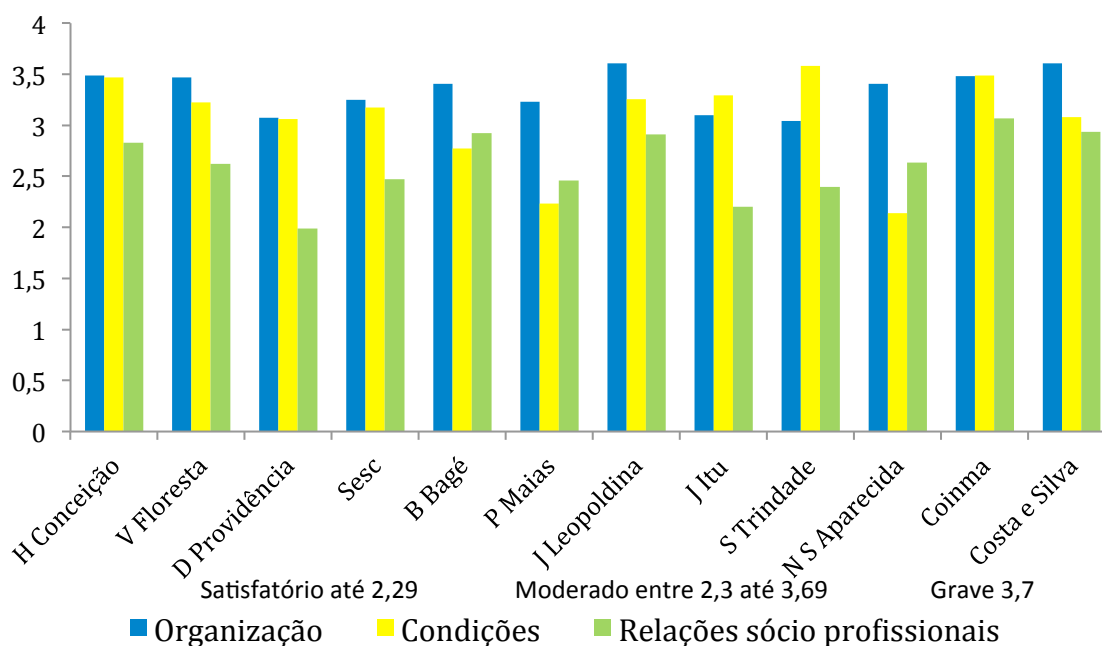


Gráfico 2- Distribuição das médias dos fatores da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Ao se comparar os resultados dos fatores organização, condições e relações socioprofissionais da EACT, nas diferentes US do GHC, destaca-se que quanto à organização do trabalho, as médias mais altas ocorreram nas US Jardim Leopoldina (3,61) e Costa e Silva (3,61), o que significa resultado crítico próximo do resultado grave (3,7). Os resultados mais baixos foram nas US Santíssima Trindade (3,04) e Divina Providência (3,07).

Quanto às condições de trabalho, as médias mais altas ocorreram nas US Santíssima Trindade (3,58) e Coinma (3,49), representando que foram as US em que os profissionais consideraram as piores condições de trabalho. Os resultados mais baixos foram nas US Nossa Senhora Aparecida (2,14) e Parque dos Maias (2,23), avaliado como as melhores condições de trabalho.

No que se refere à escala EACT, apesar do fator relações socioprofissionais apresentar o resultado moderado (2,85), foi o fator com resultado mais positivo se comparado aos demais fatores da escala, fator organização do trabalho (3,32) e condições de trabalho (3,03). Os resultados mais negativos foram nas US Coinma (3,07) e Costa e Silva (2,93), o que significa que foram as US em que os profissionais consideraram haver as piores relações socioprofissionais. Já, os resultados mais positivos foram nas US Divina Providência (1,99) e Jardim Itú (2,20), representando as US em que os profissionais avaliaram como as relações socioprofissionais mais positivas.

A seguir apresenta-se o Gráfico 3, com a distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais em cada fator da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho, conforme as US do GHC.

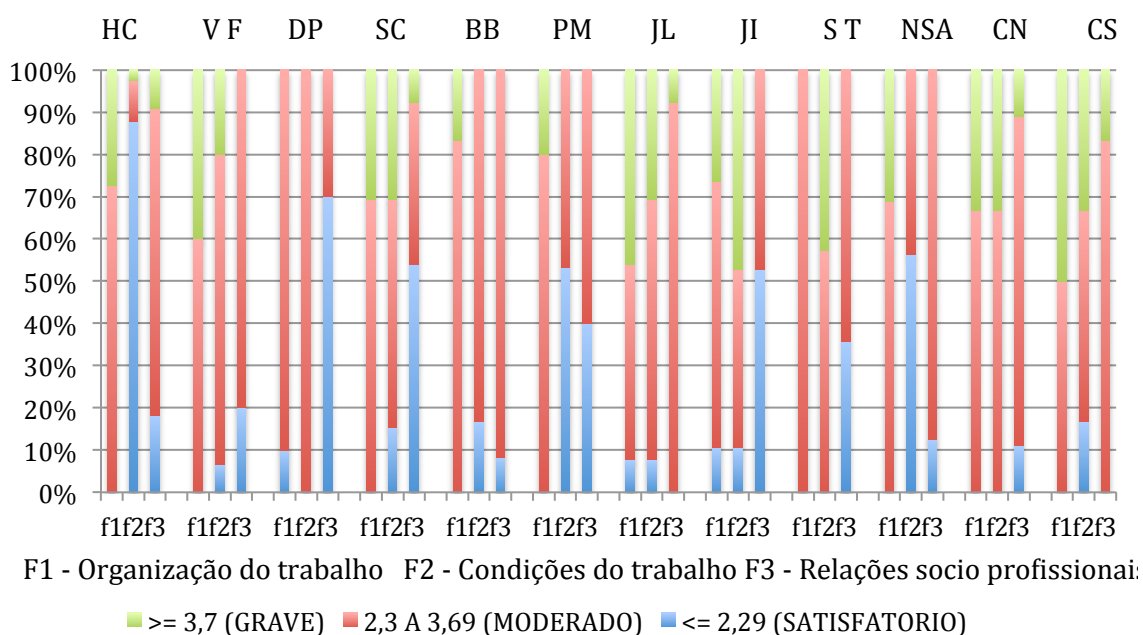


Gráfico 3- Distribuição da porcentagem dos profissionais em cada fator da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

No que se refere à organização do trabalho, em todas as US do GHC, a maior porcentagem (71,2%) dos profissionais avaliou esse fator com risco moderado para o adoecimento no trabalho, sendo que 10,5% dos profissionais da US Jardim Itú e 10% da US Divina Providência avaliaram satisfatória a organização do trabalho em suas US. Nas US Costa e Silva e Jardim Leopoldina, 50% e 46,2% dos profissionais avaliaram a organização do trabalho nas suas US como grave.

As condições de trabalho foram avaliadas como satisfatórias por 56,3% na US Nossa Senhora Aparecida e 53,3% Parque dos Maias. Na US Jardim Itú, 47,4% dos profissionais avaliaram as condições ruins (grave) de trabalho. Na US Divina Providência, 100% dos profissionais avaliaram as condições de trabalho com moderado risco para o adoecimento relacionado ao trabalho. Nas demais US, a maior porcentagem dos profissionais avaliaram moderado o risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Quanto ao fator relações socioprofissionais, em 7 US, Vila Floresta, Divina Providência, Barão de Bagé, Parque dos Maias, Jardim Itú, Santíssima Trindade e Nossa Senhora Aparecida 0% dos profissionais avaliaram as relações socioprofissionais como um risco grave para o adoecimento relacionado ao trabalho.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator organização do trabalho e condições de trabalho, obtém-se $r = 0,29$ e $P < 0,01$, o que demonstra que existe correlação positiva fraca entre o fator organização do trabalho e condições de trabalho.

Cabe destacar alguns resultados, na US Santíssima Trindade, em que os profissionais avaliaram o seu local de trabalho com as piores condições para se trabalhar, mas com a melhor organização do trabalho.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator organização do trabalho e relações socioprofissionais, obtém-se $r = 0,57$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre o fator organização do trabalho e relações socioprofissionais.

A US Divina Providência apresentou o melhor resultado no que se refere às relações socioprofissionais (1,99) e o segundo melhor resultado quanto à organização do trabalho (3,07). O inverso ocorreu na US Costa e Silva que apresentou o segundo pior resultado no que se refere às relações socioprofissionais (2,93) e organização do trabalho (3,61).

Isso mostra que o fator relações socioprofissionais podem interferir na organização do trabalho e vice-versa, evidenciando a correlação significativa positiva de grau regular entre a organização do trabalho e relações socioprofissionais, demonstrando que é muito pequena a probabilidade de que o valor observado de r seja casual. Portanto, quanto melhores são as relações socioprofissionais, melhor a organização do trabalho, e vice-versa.

Entre os fatores condições de trabalho e relações socioprofissionais, o coeficiente de correlação de Pearson foi $r = 0,28$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação positiva fraca entre o fator organização do trabalho e relações socioprofissionais.

A US Coinma apresentou o resultado mais negativo para relações socioprofissionais (3,07) e o segundo resultado mais negativo para condições de trabalho (3,49).

5.2 O Custo Humano do Trabalho nas equipes de SF do GHC

A **Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT)** avalia três fatores: o custo físico, custo cognitivo e o custo afetivo. Os valores de alfa de cronbach para cada fator foi de 0,87, 0,88, 0,89, respectivamente. Cada fator possui diferentes itens, a seguir apresentados, com suas respectivas médias e desvio padrão:

Tabela 3 - Médias e desvio padrão da Escala de Custo Humano do Trabalho avaliados pelos profissionais das equipes de SF do GHC. Porto Alegre, 2014 (n=153)

Fator	Itens	Média	DP
F1	Usar a força física	2,24	1,40
F1	Usar os braços de forma contínua	3,40	1,41
F1	Ficar em posição curvada	2,86	1,34
F1	Caminhar	3,21	1,31
F1	Ser obrigado a ficar em pé	2,70	1,37
F1	Ter que manusear objetos pesados	1,90	,95
F1	Fazer esforço físico	2,18	1,02
F1	Usar as pernas de forma contínua	2,97	1,46
F1	Usar as mãos de modo repetitivo	3,77	1,28
F1	Subir e descer escadas	1,90	1,14
F2	Desenvolver macetes	2,34	1,26
F2	Ter que resolver problemas	4,14	,89
F2	Ser obrigado a lidar com imprevistos	4,09	,94
F2	Fazer previsão de acontecimentos	3,37	1,09
F2	Usar a visão de forma contínua	3,91	1,06
F2	Usar a memória	4,15	,86
F2	Ter desafios intelectuais	3,84	1,06
F2	Fazer esforço mental	3,94	1,06
F2	Ter concentração mental	4,07	,99
F2	Usar a criatividade	3,86	,93
F3	Ter controle das emoções	3,64	1,06
F3	Ter que lidar com ordens contraditórias	3,05	,95
F3	Ter custo emocional	3,45	1,05
F3	Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	3,59	1,15
F3	Disfarçar os sentimentos	3,12	1,13
F3	Ser obrigado a elogiar as pessoas	1,92	1,08
F3	Ser obrigado a ter bom humor	2,65	1,27
F3	Ser obrigado a cuidar da aparência física	2,41	1,26
F3	Ser bonzinho com os outros	2,63	1,34
F3	Transgredir valores éticos	1,79	1,15
F3	Ser submetido a constrangimentos	1,92	1,06
F3	Ser obrigado a sorrir	1,89	1,27

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

F1 – Custo Físico

F2 – Custo Cognitivo

F3 – Custo Afetivo

Em relação ao fator custo físico, o resultado moderado foi avaliado por 54,18% dos profissionais das equipes de SF do GHC, e apresentou média de 2,72 e DP= 0,85.

Os resultados mais negativos foram: usar as mãos de forma repetida (3,77) e usar os braços de forma contínua (3,44). Positivamente, foram avaliados os itens ter que manusear objetos pesados (1,90) e subir e descer escadas (1,90).

O fator custo cognitivo apresentou resultado grave com média de 3,77 e DP= 0,72 e foi avaliado por 62,2% dos profissionais das equipes de SF das US do GHC. Os resultados mais negativos foram usar memória (4,15) e ter que resolver problemas (4,14). Positivamente, foram avaliados os itens desenvolver macetes (2,34) e fazer previsão de acontecimentos (3,37).

Segundo 55,7% dos profissionais das US do GHC, o custo afetivo oferece um risco moderado para o adoecimento relacionado ao trabalho, com média de 2,66 e DP= 0,78. Os resultados mais negativos foram: ter controle das emoções (3,64) e ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros (3,59). Positivamente, foram avaliados os itens transgredir valores éticos (1,79) e ser obrigado a sorrir (1,89).

O Gráfico 4, a seguir, contém a distribuição dos fatores custo físico, custo cognitivo e custo afetivo da Escala de Custo Humano do Trabalho, conforme os resultados das médias nas US do GHC.

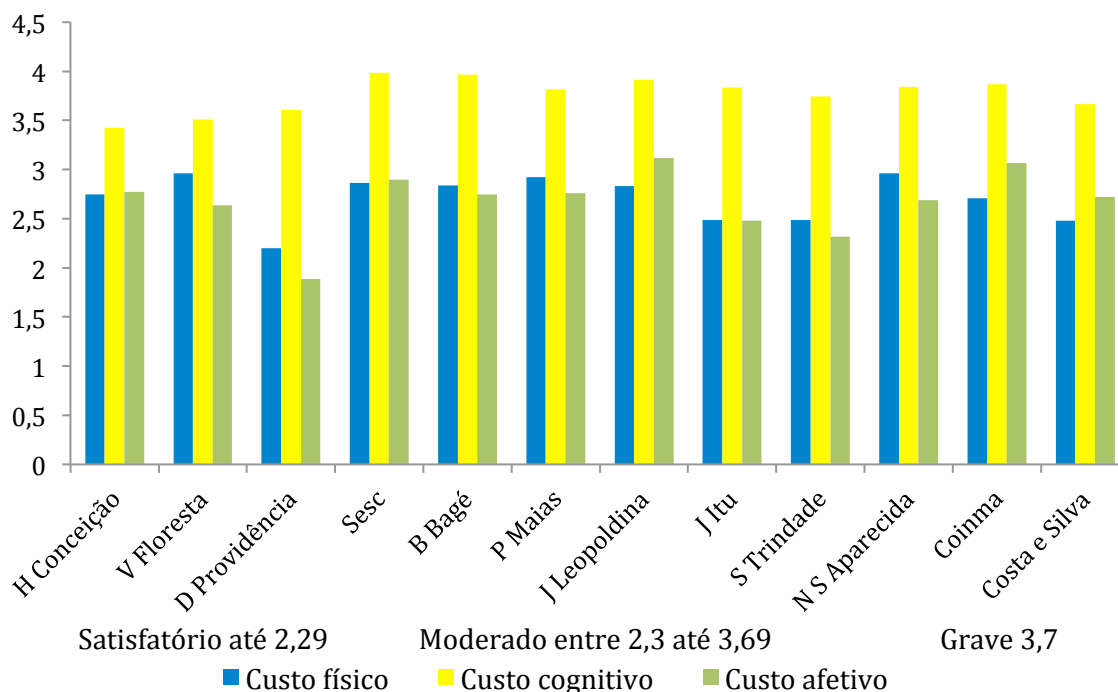


Gráfico 4 – Distribuição das médias dos fatores da Escala de Custo Humano do Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Ao se comparar os resultados dos fatores custo físico, cognitivo e afetivo da ECTH nas diferentes US do GHC, destaca-se que, quanto ao custo físico, as médias mais altas ocorreram nas US Vila Floresta (2,96) e Parque dos Maias (2,92), o que significa que foram as US em que o custo físico apresentou o maior risco para o adoecimento relacionado ao trabalho. E os resultados mais baixos foram nas US Divina

Providência (2,2) e Santíssima Trindade (2,48), oferecendo o menor risco para o adoecimento relacionado ao trabalho em relação ao custo físico.

Quanto ao custo cognitivo, as médias mais altas foram nas US Sesc (3,98) e Barão de Bagé (3,96), representando que foram as US em que os profissionais consideraram maior risco para o adoecimento relacionado ao trabalho, considerando o custo cognitivo. E, as médias mais baixas foram nas US Nossa Senhora Conceição (3,43) e Vila Floresta (3,51), representando as US em que o custo cognitivo ofereceu o menor risco para o adoecimento relacionado ao trabalho.

Quanto ao custo afetivo, as médias mais altas foram nas US Jardim Leopoldina (3,12) e Coinma (3,06), representando as US em que os profissionais consideraram maior fragilidade afetiva. E os laços afetivos mais fortes foram nas US Divina Providência (1,89) e Santíssima Trindade (2,32), com as médias mais baixas.

A seguir apresenta-se o Gráfico 5, com a distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais em cada fator da Escala de Custo Humano do Trabalho, conforme as US do GHC.

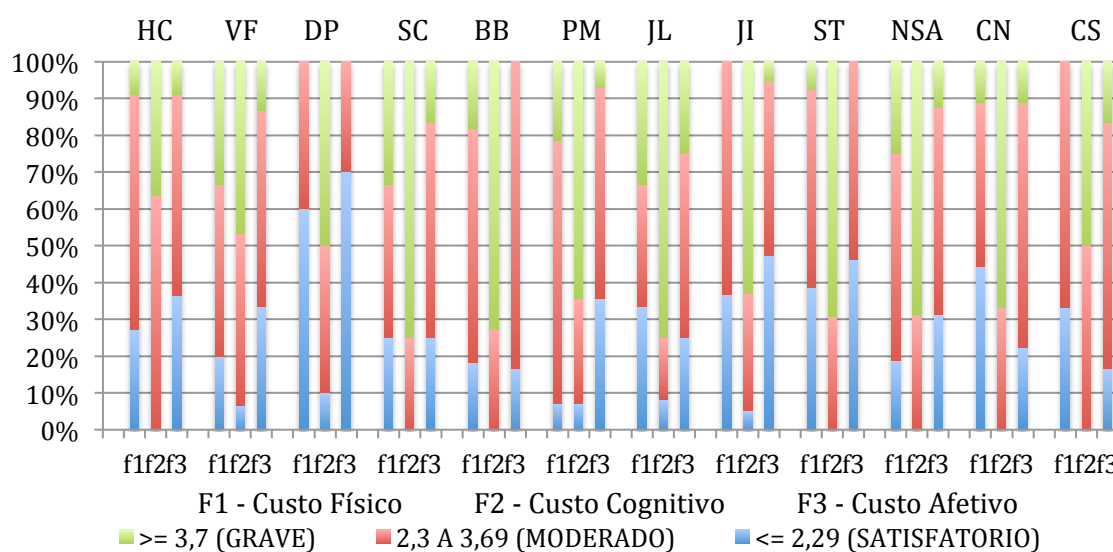


Gráfico 5 – Distribuição da da porcentagem da avaliação dos profissionais em cada fator da Escala de Custo Humano do Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Com exceção da US Divina Providência, em que 60% dos profissionais consideram satisfatório o custo cognitivo em relação ao adoecimento relacionado ao trabalho, em todas as demais US do GHC a maior porcentagem dos profissionais das equipes de SF avaliou o custo cognitivo como risco moderado para o adoecimento no trabalho. Na US Jardim Leopoldina, 33,3% dos profissionais avaliou o custo físico como satisfatório, moderado e grave. Na US Coinma, 44,4% dos profissionais avaliou o custo físico como satisfatório e moderado para o risco de adoecimento relacionado ao

trabalho. As US com a avaliação de custo físico grave com maior porcentagem de profissionais foram a US Vila Floresta, Sesc e Jardim Leopoldina, com 33,3%.

O risco do custo cognitivo para o adoecimento relacionado ao trabalho foi avaliado como grave pela maior porcentagem dos profissionais de 10 US do GHC. E nas outras duas US o mesmo percentual de profissionais avaliou como grave e moderado, na US Vila Floresta 46,7% e na US Costa e Silva 50%.

Em relação ao custo afetivo, em apenas uma US, Divina Providência, a maior porcentagem (70%) dos profissionais avaliou o custo afetivo como satisfatório. Em todas as demais, esse fator foi avaliado como moderado risco para o adoecimento no trabalho, e em nenhuma US o custo afetivo foi avaliado como um risco grave para o adoecimento relacionado ao trabalho. Dentre os três fatores, esse foi o que apresentou melhor resultado.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator custo físico e custo cognitivo obtém-se $r = 0,46$ e $P < 0,01$, o que demonstra que existe correlação positiva regular entre o fator custo físico e o custo cognitivo.

Mesmo com uma correlação positiva, destacam-se alguns resultados. Na US Vila Floresta, os profissionais avaliaram o seu local de trabalho como o que mais exige no que se refere ao custo físico (2,96), mas o segundo menor resultado quanto à exigência cognitiva (3,51).

Ao se calcular o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator custo físico e custo afetivo do trabalho obtém-se $r = 0,52$ e $P < 0,01$, o que demonstra que existe correlação positiva regular entre o fator custo físico e custo afetivo do trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC.

A US Divina Providência (2,2) – custo físico, e (1,89) – custo afetivo, apresentou o melhor resultado, e a US Santíssima Trindade (2,48) – custo físico, e (2,32) – custo afetivo, o segundo melhor resultado no que se refere aos fatores custo físico e ao custo afetivo, sendo as US com as menores exigências de trabalho nesses dois fatores. Em ambas as US, um trabalho avaliado com menor exigência física apresentou menor exigência afetiva dos profissionais das equipes de SF do GHC e vice-versa.

O coeficiente de correlação de Pearson entre o fator custo cognitivo e custo afetivo do trabalho é $r = 0,62$ e $P < 0,01$, havendo uma correlação positiva forte entre o fator custo cognitivo e custo afetivo do trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC e vice-versa.

5.3 Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho das Equipes de SF do GHC

A **Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)** avalia quatro fatores: a realização profissional, liberdade de expressão, o esgotamento profissional e a falta de reconhecimento. Os valores de alfa de cronbach para cada fator foi de 0,93, 0,86, 0,9 e 0,93 para cada fator, respectivamente. Cada fator possui diferentes itens, apresentados a seguir, na Tabela 4, com suas respectivas médias e desvio padrão.

Tabela 4 - Médias e desvio padrão da Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento avaliados pelos profissionais das equipes de SF do GHC. Porto Alegre, 2014 (n=153)

Fator	Itens	Média	DP
F1	Satisfação	4,14	1,50
F1	Motivação	3,90	1,69
F1	Orgulho pelo que faço	4,93	1,48
F1	Bem-estar	4,05	1,62
F1	Realização profissional	4,39	1,66
F1	Valorização	3,93	1,73
F1	Reconhecimento	3,77	1,69
F1	Identificação com minhas tarefas	4,67	1,48
F1	Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,42	1,55
F2	Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	4,16	1,71
F2	Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,46	1,57
F2	Solidariedade entre os colegas	4,21	1,65
F2	Confiança entre os colegas	3,79	1,77
F2	Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,37	1,57
F2	Liberdade para usar a minha criatividade	4,33	1,60
F2	Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	4,41	1,73
F2	Cooperação entre os colegas	3,94	1,55
F3	Esgotamento emocional	3,95	1,86
F3	Estresse	4,13	1,77
F3	Insatisfação	3,18	1,97
F3	Sobrecarga	4,05	1,77
F3	Frustração	3,39	1,85
F3	Insegurança	2,58	1,78

F3	Medo	1,99	1,83
F4	Falta de reconhecimento do meu esforço	2,52	1,97
F4	Falta de reconhecimento do meu desempenho	2,39	1,93
F4	Desvalorização	1,92	1,90
F4	Indignação	2,59	2,04
F4	Inutilidade	1,05	1,64
F4	Desqualificação	1,00	1,49
F4	Injustiça	1,71	1,86
F4	Discriminação	0,99	1,75

Fonte: Glanzner, Cecília Helena. Coleta direta (2014)

F1 – Realização Profissional

F2 – Liberdade de Expressão

F3 – Esgotamento Profissional

F4 – Falta de Reconhecimento

Ao que se refere ao fator realização profissional, o resultado foi satisfatório, com média 4,22 e DP= 1,3, e foi avaliado por 59,6% dos profissionais de todas as unidades de SF. Os valores mais altos foram orgulho pelo que faço (4,9) e identificação com minhas tarefas (4,67), sendo os itens avaliados como os que mais proporcionam prazer aos profissionais. Os resultados mais baixos avaliados pelos profissionais foram reconhecimento (3,77) e motivação (3,90) e, assim, são os itens que menos proporcionam prazer na realização do trabalho.

A liberdade de expressão foi avaliada como satisfatória por 58,9% dos profissionais das equipes de SF do GHC, com média 4,21 e DP= 1,17. Os resultados mais altos foram liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas (4,46) e liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias (4,41), portanto, são os itens relacionados à liberdade de expressão os que mais proporcionam prazer aos profissionais das equipes de SF do GHC. Os resultados mais baixos, ou seja, os que menos proporcionam prazer relacionado ao trabalho avaliado pelos profissionais foram confiança entre os colegas (3,79) e cooperação entre os colegas (3,94).

O fator esgotamento profissional apresentou resultado moderado, sendo avaliado por 45% dos profissionais com média de 3,33 e DP= 1,44. Os itens com valores mais altos, que mais levam os profissionais ao esgotamento profissional relacionado ao trabalho nas US do GHC são estresse (4,13) e sobrecarga (4,05). Os itens com valores mais baixos, que menos levam os profissionais ao esgotamento profissional são insegurança (2,58) e medo (1,99). Insegurança e medo são aspectos muito negativos na realização de um trabalho, e nas US do GHC os profissionais elencaram esses fatores

como os que menos levam ao esgotamento profissional, sendo um resultado muito positivo.

A falta de reconhecimento apresentou resultado satisfatório avaliado por 63,6% dos profissionais das equipes de SF do GHC, com média de 1,80 e DP= 1,51. Os valores mais altos foram para os itens indignação (2,59) e falta de reconhecimento do meu esforço (2,52), assim, são os itens que mais contribuíram para que os profissionais sentissem falta de reconhecimento relacionado ao seu trabalho. E os itens que menos contribuíram para que os profissionais sentissem falta de reconhecimento relacionado ao seu trabalho, com valores mais baixos foram desqualificação (1,0) e discriminação (0,99).

Para melhor visualização dos resultados da Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho, elaborou-se o Gráfico 6, com os resultados dos fatores positivos, indicadores de prazer no trabalho, e o Gráfico 7, com a distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais nos fatores de prazer.

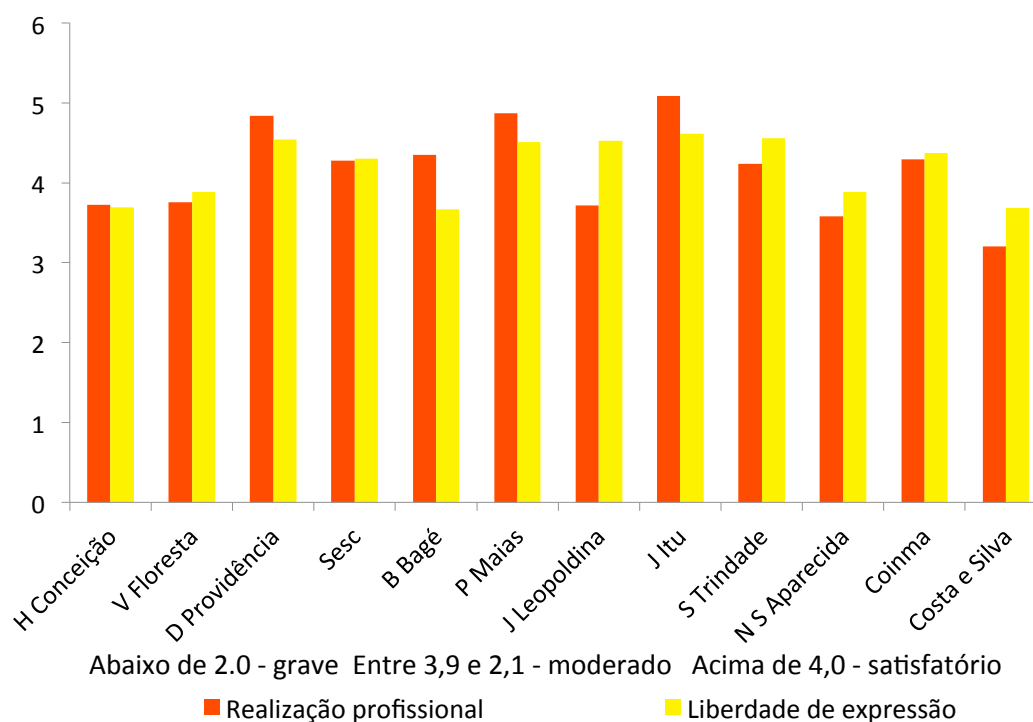


Gráfico 6 – Distribuição das médias dos Indicadores de Prazer da Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Ao comparar os resultados dos fatores realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento da EIPST nas diferentes US do GHC, destacam-se alguns resultados.

Quanto à realização profissional, as médias mais altas ocorreram nas US Jardim Itú (5,09) e Parque dos Maias (4,87), representando um resultado satisfatório em relação à realização profissional relacionada ao trabalho das equipes de SF do GHC. Os resultados mais baixos ocorreram nas US Costa e Silva (3,20) e Nossa Senhora Aparecida (3,58), representando as US em que os profissionais avaliaram a realização profissional como moderada.

Em relação ao fator liberdade de expressão, as médias mais altas foram nas US Jardim Itú (4,61) e Santíssima Trindade (4,56), representando as US em que os profissionais das equipes de SF avaliaram como mais satisfatórias a liberdade de expressão no seu trabalho. Os resultados mais baixos foram nas US Barão de Bagé (3,67) e Costa e Silva (3,69), representando as US com menor liberdade de expressão avaliadas pelos profissionais das equipes de SF do GHC.

A seguir apresenta-se o Gráfico 7, com a distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais nos fatores de prazer da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, conforme as US do GHC.

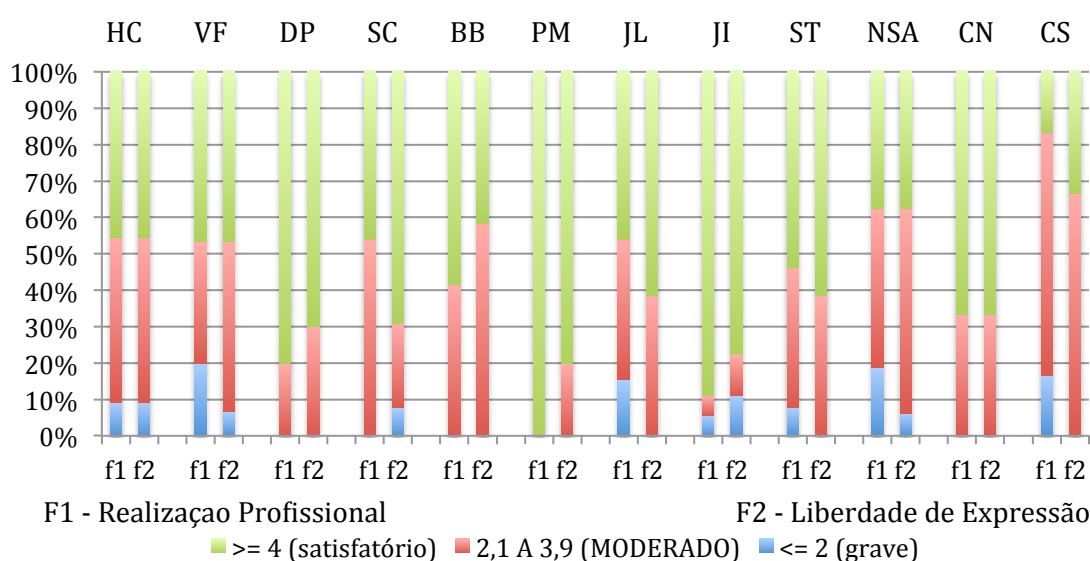


Gráfico 7 – Distribuição da da porcentagem da avaliação dos profissionais dos fatores de prazer da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Na US Parque dos Maias, 100% dos profissionais avaliaram a realização profissional como satisfatória. Nas US Costa e Silva, Sesc, Hospital Conceição e Nossa Senhora Aparecida, a maior porcentagem dos profissionais das equipes de SF do GHC avaliaram a realização profissional como moderada, com as porcentagens 66,7%, 53,8%, 45,5% e 43,8, respectivamente. Em cinco US do GHC, 0% dos profissionais das

equipes de SF avaliaram a realização profissional como grave: US Divina Providência, Sesc, Barão de Bagé, Parque dos Maias e Coinma.

A liberdade de expressão foi avaliada como moderada e satisfatória com a mesma porcentagem de profissionais nas US Vila Floresta (46,7%) e Hospital Conceição (45,5%). Em sete US, a maior porcentagem dos profissionais das equipes de SF do GHC avaliaram a liberdade de expressão como satisfatória: 80% na US Parque dos Maias, 77,8% na US Jardim Itú, 70% na US Divina Providência, 69,2% na US Sesc, 66,7% na US Coinma, 61,5% em duas US Jardim Leopoldina e Santíssima Trindade. Em sete US, Divina Providência, Barão de Bagé, Parque dos Maias, Jardim Leopoldina, Santíssima Trindade, Coinma e Costa e Silva, nenhum profissional avaliou a liberdade de expressão como grave.

A seguir apresenta-se o Gráfico 8, contendo a distribuição dos Indicadores de sofrimento da Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho, com os fatores esgotamento profissional e falta de reconhecimento no trabalho das equipes de SF do GHC.

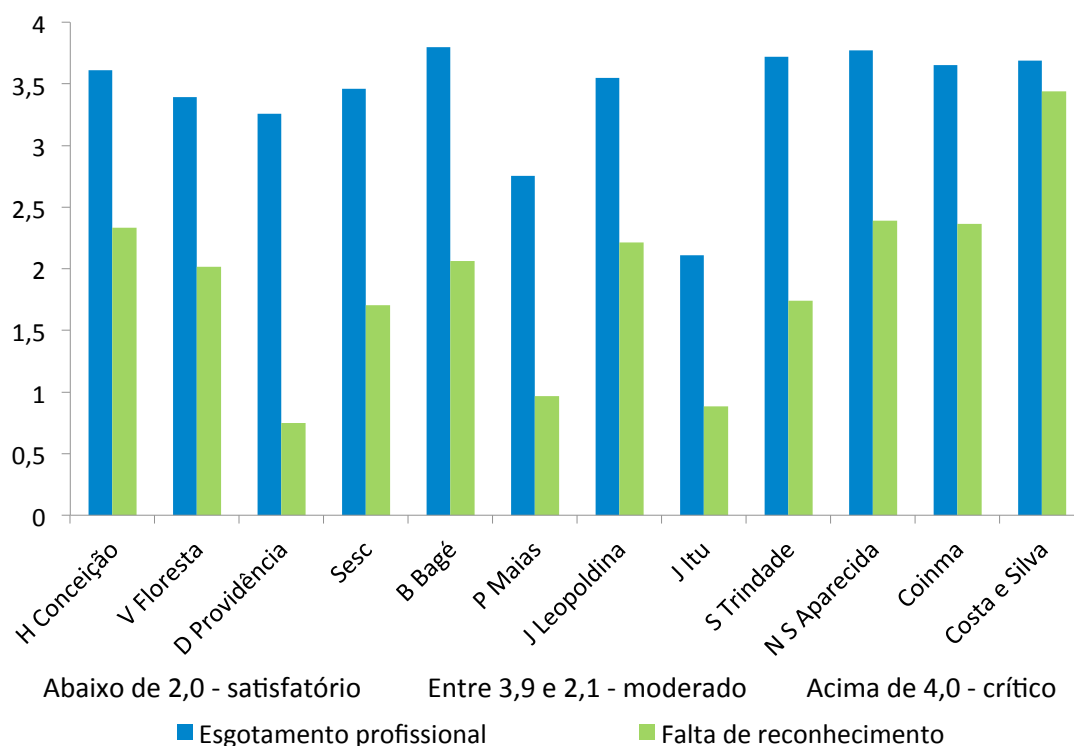


Gráfico 8 – Distribuição das médias dos Indicadores de Sofrimento da Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Ao se comparar os resultados dos fatores esgotamento profissional e falta de reconhecimento da EIPST nas diferentes US do GHC, quanto ao esgotamento profissional, as médias mais altas foram nas US Barão de Bagé (3,77) e Nossa Senhora

Aparecida (3,77), representando as US em que os profissionais avaliaram maior esgotamento profissional grave. Os resultados mais baixos foram nas US Jardim Itú (2,11) e Parque dos Maias (2,75), representando as US em que os profissionais avaliaram com menor esgotamento profissional, ainda permanecendo o resultado moderado em ambas.

Em relação à falta de reconhecimento, as médias mais altas foram nas US Costa e Silva (3,44) e Nossa Senhora Aparecida (2,4), representando as US em que os profissionais avaliaram como maior falta de reconhecimento, moderado. Os resultados mais baixos foram nas US Divina Providência (0,75) e Jardim Itú (0,88), representando as US em que os profissionais avaliaram como satisfatório a falta de reconhecimento em ambas.

Apresenta-se, a seguir, o Gráfico 9, contendo a distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais nos fatores de sofrimento da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, conforme as US do GHC.

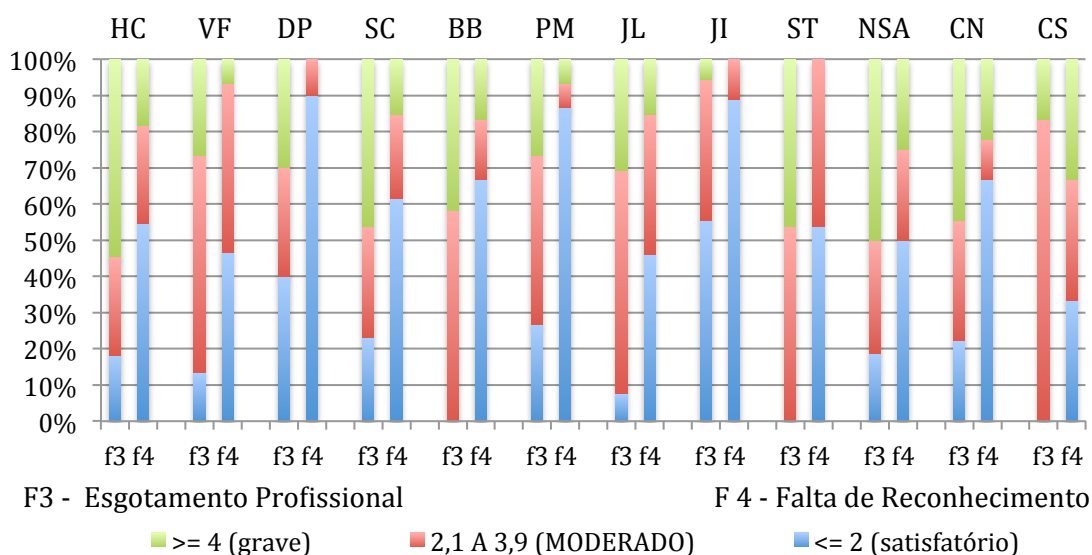


Gráfico 9 – Distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais dos indicadores de sofrimento da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Em seis US, a maior porcentagem dos profissionais avaliaram o esgotamento profissional como moderado: na US Vila Floresta, com 60%; na Barão de Bagé, com 58,3%; na US Parque dos Maias, com 46,7 %; na Jardim Leopoldina, com 61,5%; na Santíssima Trindade, com 53, 8%; e na US Costa e Silva, com 83,3%. A maior porcentagem dos profissionais avaliaram o esgotamento profissional como grave em quatro US: Hospital Conceição, com 54,5%; Sesc, com 46,2%; US Nossa Senhora Aparecida, com 50%; e Coinma, com 44,4%. Na US Divina Providência, 30% dos

profissionais avaliaram o esgotamento como moderado e grave, permanecendo a maior porcentagem no satisfatório, com 40% das avaliações. Na US Jardim Itú, 55,6%, a maior porcentagem avaliou o esgotamento profissional como menos negativa, ou seja, satisfatória.

O fator falta de reconhecimento teve a maior porcentagem da avaliação dos profissionais das equipes de Saúde da Família do GHC como satisfatória, em 10 US: 90% dos profissionais avaliaram a falta de reconhecimento como menos negativa, ou seja, satisfatória, na US Divina Providência; 61,5%, na US Sesc; 66,7%, na Barão de Bagé; 86,7 %, na Parque dos Maias; 46,2%, na Jardim Leopoldina; 88,9%, na Jardim Itú; 53,8%, na Santíssima Trindade; 50%, na Nossa Senhora Aparecida; e 66,7%, na US Coinma. Na US Vila Floresta, a avaliação da falta de reconhecimento foi considerada satisfatória e moderada pela mesma porcentagem dos profissionais: 46,7%. E na US Costa e Silva, a mesma porcentagem de profissionais, 33,3%, avaliou a falta de reconhecimento como satisfatória, moderada e grave para o risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator realização profissional e liberdade de expressão obtém-se $r = 0,58$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe uma correlação positiva regular entre o fator realização profissional e liberdade de expressão.

A US Jardim Itú é um exemplo dessa correlação positiva, em que apresentou a média mais alta, portanto, mais satisfatória, para realização profissional (5,09) e liberdade de expressão (4,61).

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator realização profissional e esgotamento profissional obtém-se $r = - 0,38$ e $P < 0,01$, revelando que existe correlação negativa de grau regular entre o fator realização profissional e esgotamento profissional.

A US Jardim Itú apresentou os melhores resultados para realização profissional (5,09), com a média mais alta, e esgotamento profissional (2,11), com a média mais baixa, mas mais satisfatório para o esgotamento profissional, ou seja, menos esgotamento profissional.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator realização profissional e falta de reconhecimento obtém-se $r = - 0,44$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação negativa de grau regular entre o fator realização profissional e falta de reconhecimento.

Na US Costa e Silva, os profissionais avaliaram como a pior média, resultado mais negativo, a falta de reconhecimento (3,44), e também apresentou a pior média para realização profissional (3,20), e a segunda pior para liberdade de expressão (3,69), ambos críticos. Então, quanto menos falta de reconhecimento pior a realização profissional.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator liberdade de expressão e esgotamento profissional obtém-se $r = -0,16$ e $P < 0,01$, o que demonstra que há correlação negativa de grau regular entre o fator liberdade de expressão e esgotamento profissional.

Um exemplo dessa correlação ocorreu na US Barão de Bagé que teve a média mais baixa (3,67), ou seja, mais negativa/grave para liberdade de expressão, e a média mais alta, ou seja, mais grave para o esgotamento profissional (3,80). Quanto mais espaço para a liberdade de expressão dos profissionais, menos esgotados os profissionais se sentem. E exatamente o contrário aconteceu na US Jardim Itú, acima descrito.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator liberdade de expressão e falta de reconhecimento obtém-se $r = -0,31$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação negativa de grau regular entre o fator liberdade de expressão e falta de reconhecimento.

Ainda na US Jardim Itú, que apresentou a segunda média mais positiva (0,88), ou seja, com menos falta de reconhecimento, apresentou o melhor resultado para liberdade de expressão (4,61). Isso demonstra que quanto mais liberdade de expressão mais reconhecidos os profissionais se sentirão.

A última correlação entre os fatores da EIPST foi pelo cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre o fator esgotamento profissional e falta de reconhecimento, no qual se obtém $r = 0,69$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação positiva forte entre o fator esgotamento profissional e falta de reconhecimento.

É possível verificar essa correlação positiva nas US Jardim Itú e Nossa Senhora Aparecida: na US Jardim Itú, com resultado mais satisfatório para esgotamento profissional (2,11) e o segundo mais satisfatório para falta de reconhecimento (0,88). Na US Nossa Senhora Aparecida ocorreu o inverso: esgotamento profissional, com 3,77 e falta de reconhecimento, com 2,39. Ambos os fatores obtiveram a segunda média mais alta, sendo avaliados pelos profissionais como mais negativos em relação ao esgotamento profissional e falta de reconhecimento.

5.4 Danos aos Profissionais das equipes de SF do GHC relacionados ao trabalho

A última escala do inventário — **Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)** — avalia três fatores: danos físicos, danos psicológicos e danos sociais causados pelo trabalho. Os valores de alfa de cronbach foi de 0,80, 0,91 e 0,85 para cada fator, respectivamente. Cada fator possui diferentes itens, apresentados a seguir, a Tabela 5, com suas respectivas médias e desvio padrão.

Tabela 5 - Médias e desvio padrão da Escala de Danos Relacionados ao Trabalho avaliados pelos profissionais das equipes de SF do GHC. Porto Alegre, 2014 (n=153)

Fator	Itens	Média	DP
F1	Dores no corpo	3,55	2,21
F1	Dores nos braços	2,95	2,27
F1	Dor de cabeça	3,47	2,25
F1	Distúrbios respiratórios	1,03	1,60
F1	Distúrbios digestivos	1,69	1,89
F1	Dores nas costas	3,57	2,12
F1	Distúrbios auditivos	0,99	1,87
F1	Alterações do apetite	1,94	1,17
F1	Distúrbios na visão	1,51	2,06
F1	Alterações do sono	2,93	2,24
F1	Dores nas pernas	2,83	2,35
F1	Distúrbios circulatórios	1,39	2,15
F2	Amargura	1,01	1,62
F2	Sensação de vazio	1,10	1,73
F2	Sentimento de desamparo	1,35	1,82
F2	Mau-humor	1,85	1,72
F2	Vontade de desistir de tudo	1,43	1,88
F2	Tristeza	1,69	1,88
F2	Irritação com tudo	1,76	1,83
F2	Sensação de abandono	1,17	1,71
F2	Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	1,32	1,69
F2	Solidão	1,11	1,87
F3	Insensibilidade em relação aos colegas	1,65	1,74
F3	Dificuldades nas relações fora do trabalho	2,16	1,88
F3	Vontade de ficar sozinho	2,40	2,33
F3	Conflito nas relações familiares	1,45	1,82
F3	Agressividade com os outros	1,39	1,66
F3	Dificuldade com os amigos	0,91	1,49

F3	Impaciência com as pessoas em geral	2,01	1,1
----	-------------------------------------	------	-----

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

F1 – Danos Físicos

F2 – Danos Psicológicos

F3 – Danos Sociais

Em relação aos danos físicos, esse fator foi avaliado como suportável por 42,8% dos profissionais das equipes de SF do GHC, com média de 2,330 e DP = 1,439 . Os resultados mais negativos foram dores nas costas (3,57) e dores no corpo (3,55). Positivamente, foram avaliados os itens distúrbios respiratórios (1,03) e distúrbios auditivos (0,99).

O fator danos psicológicos foi avaliado como suportável por 74,3% dos profissionais das equipes de SF do GHC, com média de 1,38 e DP = 1,40. Os resultados mais negativos foram os itens mau-humor (1,85) e irritação com tudo (1,76). Positivamente, foram avaliados os itens sensação de vazio (1,1) e amargura (1,01).

Segundo 60,5% dos profissionais das equipes de SF do GHC, os danos sociais, terceiro fator da escala EADRT, foi avaliado como suportável, com média de ,71 e DP = 1,33. Os resultados mais negativos foram vontade de ficar sozinho (2,4) e dificuldades nas relações fora do trabalho (2,16). Positivamente, foram avaliados os itens agressividade com os outros (1,39) e dificuldade com os amigos (0,91).

Para melhor visualizar os resultados da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, apresenta-se o Gráfico 10, contendo a distribuição das médias dos fatores danos físicos, danos psicológicos e danos sociais, conforme os resultados das médias nas US do GHC.

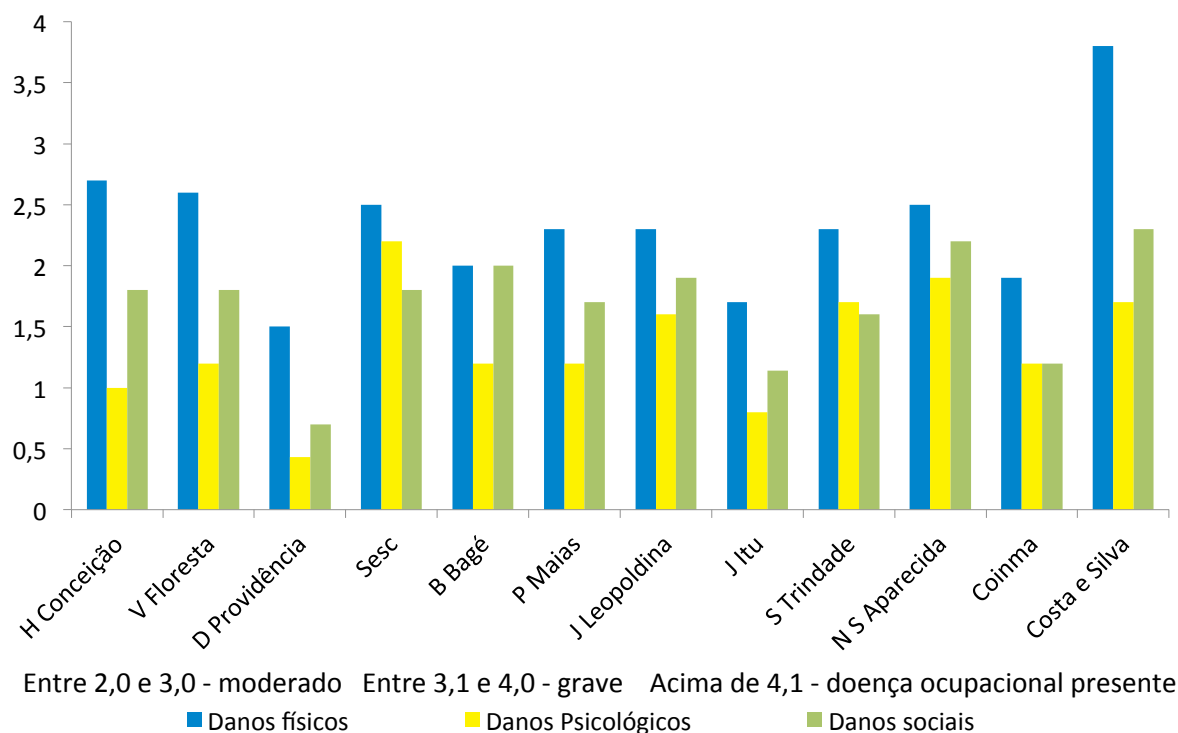


Gráfico 10 - Distribuição das médias dos fatores da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Ao comparar os resultados dos fatores danos físicos, psicológicos e sociais nas diferentes US do GHC, destaca-se que quanto aos danos físicos, as médias mais altas foram nas US Costa e Silva (3,82) e Hospital Conceição (2,77), representando uma avaliação grave para a US Costa e Silva e moderada para o Hospital Conceição de danos relacionados ao trabalho nas equipes de SF do GHC. E as médias mais baixas, ou seja, mais positivas e suportáveis, ocorreram nas US Divina Providência (1,57) e Jardim Itú (1,76), representando as US em que os profissionais avaliaram os danos físicos como menos negativo/suportável para risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Quanto ao fator danos psicológicos, as médias mais altas foram nas US Sesc (2,21) e Nossa Senhora Aparecida (1,2), o que significa uma avaliação mais negativa sendo a média crítica/moderada para a US Sesc e mais positiva/satisfatória para a US Nossa Senhora Aparecida de danos psicológicos relacionados ao trabalho nas equipes de SF do GHC. E as médias mais baixas, ou seja, mais positivas e suportáveis, ocorreram nas US Divina Providência (0,43) e Jardim Itú (0,81), representando as US em que os profissionais avaliaram os danos psicológicos como mais positivo/suportável para risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

No que se refere ao fator danos sociais relacionados ao trabalho nos profissionais das equipes de SF do GHC, as médias mais altas foram nas US Costa e Silva (2,33) e Nossa Senhora Aparecida (2,21), o que significa que foram as avaliações

mais negativas dos profissionais entre as US do GHC, permanecendo a média como crítica/moderada. E as médias mais baixas, ou seja, mais positivas e suportáveis, foram as das US Divina Providência (0,34) e Jardim Itú (1,14), representando as US em que os profissionais avaliaram os danos sociais como mais positivo/suportável para risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Apresenta-se, a seguir, o Gráfico 11, contendo a distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais de cada fator da Escala de Adoecimento Relacionado Indicadores ao Trabalho, conforme as US do GHC.

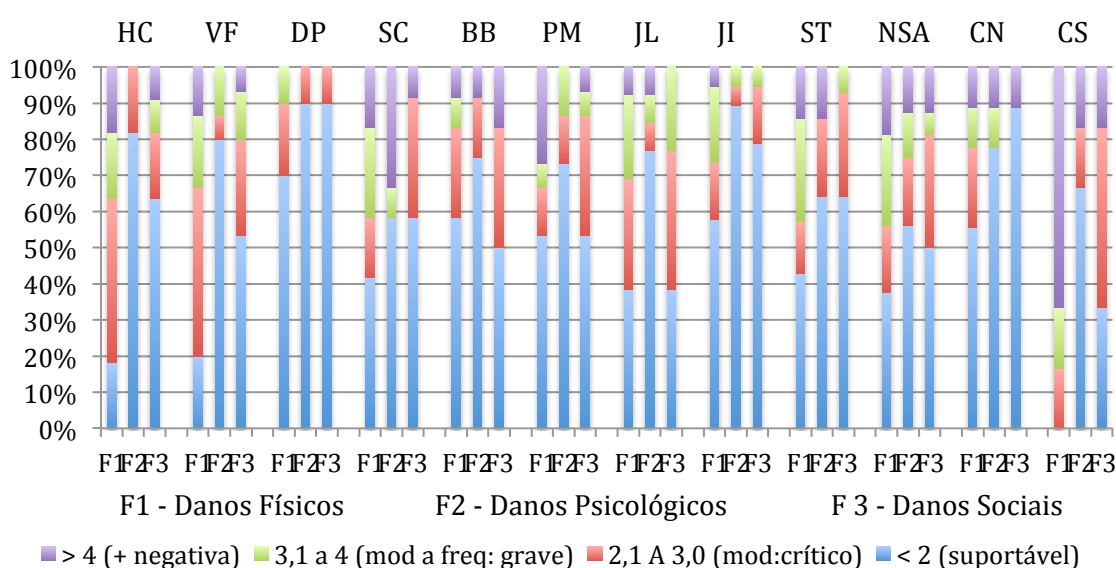


Gráfico 11 – Distribuição da porcentagem da avaliação dos profissionais de cada fator da Escala de Adoecimento Relacionado ao Trabalho, conforme as US do GHC, Porto Alegre, RS, 2012.

Em nove US, a maior porcentagem dos profissionais avaliaram o dano físico como suportável: US Divina Providência, com 70%; Sesc, com 41,7%; Barão de Bagé, com 58,3%; Parque dos Maias, com 53,3%; Jardim Leopoldina, com 38,5%; Jardim Itu, com 57,9%; Santíssima Trindade, com 42,9%; Nossa Senhora Aparecida, com 37,5%; e Coinma, com 55,6%. Na US Costa e Silva, a maior porcentagem dos profissionais, 66,7%, avaliou os danos físicos como mais negativa, ou seja, presença de doenças ocupacionais. Em duas US, Hospital Conceição e Vila Floresta, a maior porcentagem dos profissionais avaliou os danos físicos como moderados/crítico, totalizando 45,5% e 46,7% dos profissionais, respectivamente. Já, na US Divina Providência nenhum profissional avaliou o danos físico como o mais negativo/presença de doença ocupacional.

Em todas as US do GHC, a maior porcentagem dos profissionais avaliaram o dano psicológico como suportável. Em sete houve algum percentual de profissionais que avaliou o dano psicológico como presença de doença ocupacional relacionado ao trabalho: US Sesc, com 33,3%; Barão de Bagé, com 8,3%; Jardim Leopoldina, com 7,7%; Santíssima Trindade, com 14,3%; Nossa Senhora Aparecida, com 12,5%; US Coinma, com 11,1%; e 16,7% na Costa e Silva.

Em relação ao dano social, em 10 US do GHC, a maior porcentagem dos profissionais o avaliaram como suportável: 63,3% dos profissionais na US Hospital Conceição; 53,3% na Vila Floresta; 90% na Divina Providência; 58,3% na Sesc; 50%

na Barão de Bagé; 53,3% na US Parque dos Maias; 78,9% na Jardim Itú; 64,3% na Santíssima Trindade; 50% na Nossa Senhora Aparecida, e 88,9% na US Coinma.

Na US Jardim Leopoldina, 38,5% dos profissionais avaliaram o dano psicológico como suportável e moderado/crítico. Na US Costa e Silva, 50% dos profissionais avaliaram os danos sociais como crítico/moderados.

Em quatro US, 0% dos profissionais avaliaram a presença de doença ocupacional relacionada ao trabalho por dano social: na US Divina Providência, Jardim Leopoldina, Jardim Itú e Santíssima Trindade.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores da EADRT obtém-se que o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator dano físico e dano psicológico, o calculado é de $r = 0,55$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação positiva regular entre o fator dano físico e dano psicológico.

As US Divina Providência e Jardim Itú são exemplos dessa correlação positiva. A US Divina Providência apresentou as médias mais altas, com avaliação mais positiva, para os fatores danos físicos (1,57) e danos psicológicos (0,43), e a US Jardim Itú (1,76) dano físico, e (0,81) dano psicológico - apresentando as segundas médias mais altas para estes fatores.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson entre o fator dano físico e dano social obtém-se $r = 0,54$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação positiva de grau regular entre o fator dano físico e dano social.

A US Divina Providência também é exemplo dessa correlação positiva, tendo as médias mais baixas, ou seja, resultados mais positivos para os três fatores, nesse caso, entre dano físico (1,57) e dano social (0,73). O mesmo ocorreu com a US Jardim Itú que apresentou as segundas médias mais baixas para os três fatores, inclusive para essa correlação entre danos físicos (1,76) e danos sociais (1,14).

E o inverso ocorreu na US Costa e Silva, que apresentou ambas as médias mais altas, ou seja, mais negativas, entre os fatores danos físicos (3,82) e danos sociais (2,33).

Entre o fator dano psicológico e dano social, o coeficiente de correlação de Pearson calculado é de $r = 0,74$ e $P < 0,01$, demonstrando que existe correlação positiva forte entre o fator dano psicológico e dano social.

Um exemplo dessa correlação positiva foi na US Nossa Senhora Aparecida, que apresentou os segundos resultados de médias mais altas, ou seja, mais negativos para os fatores danos psicológicos (1,99) e danos sociais (2,21).

O inverso ocorreu nas US Divina Providência e Jardim Itú. Na Divina Providência (0,43) dano psicológico e (0,73) danos sociais - com as médias mais baixas, ou seja, mais positivas para os dois fatores, e na Jardim Itú (0,81) dano psicológico e (1,14) danos sociais - com a segunda média mais baixa para os fatores danos psicológicos e danos sociais.

5.5 Avaliação das diferenças existentes entre os fatores das escalas do Itra

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores de cada escala, entre as quatro escalas do Itra, obtém-se as correlações a seguir, destacando-se as correlações fortes e de grau regular.

Há três correlações fortes, duas são entre fatores da própria escala — apresentados anteriormente: fator esgotamento profissional e falta de reconhecimento da EIPST, e entre os fatores danos psicológicos e danos sociais da EADRT.

A terceira correlação forte apresenta-se entre o fator esgotamento profissional dos indicadores de sofrimento da EIPST e o fator dano social da EADRT, na qual se obtém o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,6$ e $P < 0,01$, concluindo-se, portanto, que existe correlação positiva forte entre esses fatores.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores das escalas EACT e ECTH obtém-se seis correlações positivas regulares. Entre os fatores organização do trabalho e exigência física obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,52$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre o fator organização do trabalho e exigência física.

Entre os fatores organização do trabalho e exigência cognitiva obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,39$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre o fator organização do trabalho e exigência cognitiva.

Os fatores organização do trabalho e exigência afetiva apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,51$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que há correlação positiva regular entre os fatores organização do trabalho e exigência afetiva.

Entre os fatores condições do trabalho e exigência afetiva obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,31$ e $P < 0,01$, portanto, há correlação positiva regular entre esses fatores.

Os fatores relações socioprofissionais e exigência física apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,31$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que

existe correlação positiva regular entre os fatores relações socioprofissionais e exigência física.

Entre os fatores relações socioprofissionais e exigência afetiva obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,50$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores relações socioprofissionais e exigência afetiva.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores das escalas EACT e EIPST obtém-se oito correlações positivas regulares. Entre os fatores organização do trabalho e realização profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,34$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores organização do trabalho e realização profissional.

Entre os fatores organização do trabalho e esgotamento profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,43$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores organização do trabalho e esgotamento profissional.

Os fatores organização do trabalho e falta de reconhecimento apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,44$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores organização do trabalho e falta de reconhecimento.

Entre os fatores condições do trabalho e esgotamento profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,33$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores condições do trabalho e esgotamento profissional.

Os fatores condições de trabalho e falta de reconhecimento apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,36$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Entre os fatores relações socioprofissionais e realização profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,36$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores relações socioprofissionais e realização profissional.

Os fatores relações socioprofissionais e esgotamento profissional apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,51$ e $P < 0,01$, concluindo-se, portanto, que existe correlação positiva regular entre as relações socioprofissionais e esgotamento profissional.

Entre os fatores relações socioprofissionais e falta de reconhecimento obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,57$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores das escalas EACT e EADRT obtém-se cinco correlações regulares positivas. Entre os fatores organização do trabalho e danos físicos obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,41$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores organização do trabalho e danos físicos.

Entre os fatores organização do trabalho e danos sociais obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,30$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que há correlação positiva regular entre os fatores organização do trabalho e danos sociais.

O fator condições de trabalho apresentou correlações fracas entre os fatores danos físicos e sociais.

Os fatores relações socioprofissionais e danos físicos apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,39$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Entre os fatores relações socioprofissionais e danos psicológicos obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,34$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores relações socioprofissionais e danos psicológicos.

Os fatores relações socioprofissionais e danos sociais apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,41$ e $P < 0,01$, portanto, há correlação positiva regular entre esses fatores.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores das escalas ECTH e EIPST obtém-se seis correlações positivas regulares. Entre os fatores exigência física e esgotamento profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,44$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores exigência física e esgotamento profissional.

Entre os fatores exigência física e falta de reconhecimento obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,41$ e $P < 0,01$, portanto, conclui-se que há correlação positiva regular entre os fatores exigência física e falta de reconhecimento.

Os fatores exigência cognitiva e esgotamento profissional coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,36$ e $P < 0,01$, portanto, conclui-se que existe

correlação positiva regular entre os fatores exigência cognitiva e esgotamento profissional.

Entre os fatores exigência afetiva e realização profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,34$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Os fatores exigência afetiva e esgotamento profissional apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,48$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores exigência afetiva e esgotamento profissional.

Entre os fatores exigência afetiva e falta de reconhecimento obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,52$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores exigência afetiva e falta de reconhecimento.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores das escalas EACT e EADRT obtém-se seis correlações positivas regulares. Entre os fatores exigência física e dano físico obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,49$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores exigência física e dano físico.

Entre os fatores exigência física e danos psicológicos obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,34$ e $P < 0,01$, portanto, há correlação positiva regular entre esses fatores.

Os fatores exigência física e danos sociais apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,35$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

As correlações entre o fator exigência cognitiva da ECTH com os fatores danos físicos, danos psicológicos e sociais da EADRT foram correlações positivas fracas.

Entre os fatores exigência afetiva e danos físicos obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,37$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre os fatores exigência afetiva e danos físicos.

Os fatores exigência afetiva e danos psicológicos apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,41$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Entre os fatores exigência afetiva e danos sociais obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,47$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Verificando-se as correlações existentes entre os fatores das escalas EIPST e EADRT obtém-se seis correlações positivas. Entre os fatores danos físicos e esgotamento profissional obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,50$ e $P < 0,01$, e, portanto, há correlação positiva regular entre os fatores danos físicos e esgotamento profissional.

Entre os fatores danos físicos e falta de reconhecimento obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,51$ e $P < 0,01$ e, portanto, conclui-se que há correlação positiva regular entre esses fatores.

Os fatores danos psicológicos e esgotamento profissional apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,50$ e $P < 0,01$, e, portanto, conclui-se que existe correlação positiva regular entre esses fatores.

Entre os fatores danos psicológicos e falta de reconhecimento obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,41$ e $P < 0,01$, portanto, há correlação positiva regular entre os fatores danos psicológicos e falta de reconhecimento.

Os danos sociais e realização profissional apresentam coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,43$ e $P < 0,01$, havendo, portanto, correlação positiva regular entre os fatores danos sociais e realização profissional.

Entre os fatores danos sociais e falta de reconhecimento obtém-se o coeficiente de correlação de Pearson calculado de $r = 0,49$ e $P < 0,01$ e, portanto, há correlação positiva regular entre esses fatores.

5.6 Avaliação das diferenças sociodemográficas em relação ao contexto de trabalho, vivências de prazer e sofrimento, custo humano e danos

A fim de atender a um dos objetivos do estudo foram avaliadas as diferenças sociodemográficas em relação ao contexto de trabalho, vivências de prazer e sofrimento, custo e danos referentes às quatro escalas do Itra por meio da correlação de Pearson, salientando os fatores entre as escalas em que houve correlação.

Em relação à variável idade, a média de idade dos profissionais das equipes de SF do GHC que responderam o Itra foi de 43,09 anos e $DP=10,77$.

Avaliando-se as diferenças entre os fatores da ECHT e a idade, o fator exigências cognitivas e a idade apresentou uma diferença significativa pelo ANOVA, com $P=0,002$ média de 59 anos e $DP=6,7$ para satisfatório, média de 41,51 anos e $DP=11,4$ para moderado e média de 42,92 anos e $DP=10,0$ para grave, e apresentou uma correlação negativa fraca de $r = - 0,18$ e $P = 0,03$.

A idade e a realização profissional da EIPST apresentou um $P=0,03$ pelo ANOVA. Quanto mais idade mais satisfatória a realização profissional, evidenciado pela correlação positiva fraca com um $r = 0,21$ e $P = 0,01$.

A idade e a liberdade de expressão, fator de vivência de prazer da EIPST apresentou um $P = 0,03$ pelo ANOVA. A menor média de idade de 40,88 anos e $DP = 5,11$ avaliou a liberdade de expressão como moderada; a média de idade dos profissionais com 43,95 anos e $DP = 9,91$ avaliou como satisfatória; e a média de idade mais alta de 51,83 anos e $DP = 5,11$ avaliou a liberdade de expressão como grave.

A idade e o fator de sofrimento esgotamento profissional apresentou um $P = 0,03$ pelo ANOVA. A média mais baixa de idade de 41,46 anos avaliou o esgotamento profissional satisfatória; a média mais alta de 47 anos avaliou como moderado; e a média de idade dos profissionais com 42,53 anos avaliou o esgotamento profissional como grave. Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson, obtém-se $r = - 0,17$ e $P = 0,03$, portanto, conclui-se que existe uma correlação negativa fraca entre idade e esgotamento profissional.

A correlação entre a idade e os fatores danos físicos, psicológicos e da escala EADRT não foram significativos. Já, a idade e os danos sociais apresentou um $P= 0,01$ pelo ANOVA. Calculando-se o coeficiente de correlação de Pearson obtém-se $r = - 0,27$ e $P = 0,001$, portanto, conclui-se que existe uma correlação negativa fraca entre idade e danos sociais.

As diferenças entre os fatores das escalas não mencionadas não foram significativas.

Em relação à variável gênero, 79,6% dos profissionais das equipes de SF do GHC que responderam o Itra eram do gênero feminino, e 20,4%, do masculino — variável analisada por meio do Teste t. Conclui-se que o gênero não apresentou correlação significativa com os fatores da EACT, ECTH, EIPST e EADRT.

Em relação à variável escolaridade, 19,6% dos profissionais das equipes de SF do GHC que responderam o Itra estudaram até o segundo grau; 17,6% possuíam superior incompleto, 12,4%, curso superior, e 49,7%, pós-graduação. As diferenças entre e a variável escolaridade e os fatores da escala foram analisadas por meio da correlação de Spearman.

Calculando-se o coeficiente de correlação de Spearman para a escolaridade e o fator organização do trabalho da EACT obtém-se $r = - 0,33$ e $P = 0,001$, portanto, conclui-se que existe correlação negativa regular entre a escolaridade e o fator organização do trabalho.

Entre a escolaridade e as exigências físicas da ECHT, o coeficiente de correlação de Spearman é igual a $r = - 0,32$ e $P = 0,001$, concluindo-se que existe correlação negativa regular entre a escolaridade e as exigências físicas.

O segundo fator da ECHT — exigências cognitivas — apresentou um coeficiente de correlação de Spearman para a escolaridade de $r = 0,22$ e $P=0,008$, portanto, conclui-se que existe correlação positiva fraca entre a escolaridade e as exigências cognitivas.

A escolaridade apresentou correlação com os dois fatores de vivências de prazer da escala EIPST: em relação à realização profissional, com o coeficiente de correlação de Spearman $r= 0,26$ e $P=0,001$, conclui-se que existe correlação positiva fraca entre a escolaridade e a realização profissional; quanto à liberdade de expressão, com o coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,25$ e $P=0,02$, conclui-se que existe uma correlação positiva fraca entre a escolaridade e a liberdade de expressão.

A escolaridade e o fator danos físicos da EADRT apresentou um coeficiente de correlação de Spearman $r = - 0,19$ e $P = 0,02$, assim, conclui-se que existe uma correlação negativa fraca entre a escolaridade e danos físicos.

Entre a escolaridade e os danos psicológicos calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = - 0,20$ e $P = 0,01$, e conclui-se que existe correlação negativa fraca entre a escolaridade e os danos psicológicos.

A variável estado civil não apresentou diferença significativa pelo ANOVA com nenhum fator das escalas EACT, ECHT, EIPST e EADRT.

Houve diferença significativa pelo ANOVA nas médias da escala EACT fator organização do trabalho entre os cargos com um $P < 0,001$. Quanto maior a média, mais negativa a avaliação por parte dos profissionais.

No fator organização do trabalho da escala EACT, o agente comunitário apresentou média significativamente menor que os auxiliares de enfermagem. Na escala EACT, o fator organização do trabalho dos auxiliares administrativos apresentou média maior que a média dos assistentes sociais. Já, os assistentes sociais apresentaram média menor do que os auxiliares de enfermagem nesse fator, e os auxiliares de enfermagem apresentaram média maior que os psicólogos.

Houve diferença significativa pelo ANOVA nas médias da EACT no fator relações socioprofissionais entre os cargos com $P < 0,03$, mas não foi possível localizar as diferenças pelo teste de Tukey.

Houve diferença significativa pelo ANOVA nas médias da escala ECTH no fator exigência física entre os cargos com um $P < 0,001$. Quanto maior a média, mais negativa a avaliação por parte dos profissionais.

No fator exigência física da escala ECTH, os auxiliares administrativos apresentaram média maior que os assistentes sociais, médicos, psicólogos, agentes comunitários e enfermeiros. Já, os odontólogos, no fator exigência física dessa escala, apresentaram média maior que os psicólogos.

Houve diferença significativa pelo ANOVA nas médias do ECTH no fator custo cognitivo entre os cargos com um $P < 0,002$. Os agentes comunitários apresentaram média menor, ou seja, mais satisfatória do que os demais profissionais, os auxiliares administrativos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, psicólogos e técnicos de higiene dental.

Houve diferença significativa pelo ANOVA nas médias da escala EADRT no fator danos entre os cargos com $P < 0,001$. A categoria profissional dos médicos apresentou média menor do que os auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem e os odontólogos, ou seja, os médicos apresentaram uma avaliação mais positiva em relação aos demais profissionais.

A variável tempo de serviço em ESF apresentou diferença significativa com as escalas EACT e EADRT. Entre o tempo de serviço em ESF e o fator condições de trabalho da escala EACT, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,20$ e $P < 0,05$, e conclui-se que existe correlação positiva fraca entre o tempo de serviço em ESF e o fator condições de trabalho.

O tempo de serviço em ESF e o fator danos psicológicos da escala EADRT apresenta um coeficiente de correlação de Spearman $r = -0,17$ e $P < 0,05$, concluindo-se que existe correlação negativa fraca entre o tempo de serviço em ESF e o fator danos psicológicos.

Entre o tempo de serviço em ESF e o fator danos sociais da escala EADRT, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = -0,21$ e $P < 0,01$, e conclui-se que há correlação negativa fraca entre o tempo de serviço em ESF e o fator danos sociais.

A variável afastamento do trabalho foi respondida por 151 profissionais, apresentando dois *missing*. Do percentual válido, 72,2% não tiveram nenhum afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho; 21,9% estiveram afastados do trabalho entre um e três dias, e 6% se afastaram por mais de três dias. Essa variável foi avaliada com o critério se houve ou não afastamento do trabalho

por problema de saúde relacionado ao trabalho no período de um ano. Somente em quatro fatores não houve diferença significativa. Para todos os fatores de todas as escalas do Itra, os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, apresentaram médias mais negativas em relação aos profissionais que não estiveram afastados, sem exceção.

Entre os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator organização do trabalho da EACT, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,56$ e $P = 0,005$, e conclui-se que existe correlação positiva regular entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator organização do trabalho.

Os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator exigência física da ECTH, apresenta um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,86$ e $P = 0,002$, , concluindo haver correlação positiva forte entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e a exigência do trabalho.

Entre os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator exigência afetiva da ECTH, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,77$ e $P = 0,01$, concluiu-se que existe correlação positiva forte entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator exigência afetiva.

Os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator realização profissional da EIPST apresenta um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,42$ e $P = 0,02$, portanto, há correlação negativa forte entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e a realização profissional.

Entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator esgotamento profissional da EIPST, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,24$ e $P < 0,001$, concluindo-se que existe correlação positiva forte entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o esgotamento profissional.

Os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator falta de reconhecimento da EIPST apresenta um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,01$ e $P = 0,001$, portanto, há correlação positiva fraca entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e a realização profissional.

Entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator dano físico da EADRT, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,88$ e $P < 0,001$, concluindo-se que existe correlação positiva forte entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o dano físico.

Os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator dano psicológico da EADRT apresenta um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,01$ e $P < 0,001$, portanto, existe correlação positiva fraca entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o dano psicológico.

Entre os profissionais que estiveram afastados do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o fator dano social da EADRT, calcula-se um coeficiente de correlação de Spearman $r = 0,84$ e $P < 0,01$, concluindo-se que existe correlação positiva forte entre os profissionais que tiveram afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionado ao trabalho, no período de um ano, e o dano social.

A seguir apresenta-se uma tabela com os resultados das correlações entre as variáveis para melhor visualização. Os resultados do presente capítulo serão discutidos juntamente com os resultados do estudo qualitativo.

Tabela 6 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas e fatores das escalas. Porto Alegre, 2014.

	EAC TF1	EAC TF2	EAC TF3	ECT HF1	ECT HF2	ECT HF3	EIPS TF1	EIPS TF2	EIPS TF3	EIPS TF4	EAD RTF1	EAD RTF2	EAD RTF3
Idade	---	---	---	---	0,03	---	0,01	0,03	0,03	---	---	---	0,001
Sexo	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Escol	0,001	---	---	0,001	---	0,008	0,001	0,02	---	---	0,022	0,01	---
Est civil	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Carg	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Tem serv	---	< 0,05	---	---	---	---	---	---	---	---	---	< 0,05	< 0,01
Afast	0,005	---	---	0,002	---	0,01	0,02	---	< 0,01	0,01	P < 0,01	< 0,001	< 0,001
EAC T-F1	---	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
EAC T-F2	< 0,01	---	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
EAC T-F3	< 0,01	< 0,01	---	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
ECT H-F1	< 0,01	< 0,01	< 0,01	---	=	=	=	=	=	=	=	=	=
ECT H-F2	< 0,01	< 0,05	< 0,01	< 0,01	---	=	=	=	=	=	=	=	=
ECT H-F3	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	---	=	=	=	=	=	=	=
EIPS T-F1	< 0,01	---	< 0,01	< 0,05	---	< 0,01	---	=	=	=	=	=	=
EIPS T-F2	< 0,01	---	< 0,01	---	---	---	< 0,01	---	=	=	=	=	=
EIPS T-F3	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,05	---	=	=	=	=
EIPS T-F4	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	---	=	=	=
EAD RT- F1	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	---	=	=
EAD RT- F2	< 0,01	---	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	---	=
EAD RT- F3	< 0,01	---	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

6 CONHECENDO AS UNIDADES DE SAÚDE

Apresentam-se, de modo descritivo, as US A, B, C que fizeram parte do estudo qualitativo.

6.1 Unidade de Saúde A

A Unidade de Saúde A está localizada no Distrito Sanitário Eixo Norte, no bairro Vila Jardim, Porto Alegre, no aclave de uma rua asfaltada. No terreno ao lado da US funciona a Associação dos Moradores do Bairro e em sua proximidade há um shopping center e um parque.

Na região há diversas construções em desenvolvimento, e nos arredores da US veem-se diversas casas, prédios, terrenos vazios, alguns deles cercados, revelando futuras construções. O trânsito na região é moderado e de fácil locomoção com acesso a ônibus e lotação.

O mapa a seguir mostra o território da US A.



Figura 2 – Imagem do Território da US A.

Fonte: Glanzner, C.

Obs: As imagens de todos os mapas constantes neste estudo foram fotografadas no local. Os mapas estavam afixados nas paredes das US.

A equipe da US A é composta por, aproximadamente, 40 profissionais: três enfermeiras contratadas e duas residentes; três ACS com vínculo da Prefeitura Municipal de Porto Alegre; quatro médicos contratados pelo GHC; dois residentes e três doutorandos; um psicólogo e três residentes; um assistente social e três residentes; dois residentes de farmácia; três dentistas; um residente e um estagiário; duas técnicas

de saúde bucal; dois funcionários administrativos; uma estagiária; os dois vigilantes, sendo um para cada turno (manhã e tarde) e dois funcionários da higienização possuem vínculo com empresa terceirizada.

A carga horária diária da enfermagem é de seis horas, de segunda à sexta-feira, e uma vez por semana, para completar as 40 horas semanais, permanecem o dia todo na US. A psicóloga, os dentistas, os médicos e a assistente social têm carga horária de trinta horas semanais.

Alguns profissionais vinculados ao GHC atendem na US uma vez por semana: nutricionista — quinta-feira pela manhã; psiquiatra — quinta-feira à tarde; médico internista — terça à tarde; pediatra — quarta à tarde. Na US não tem terapeuta ocupacional.

Atualmente, os três dentistas não atuam em tempo integral na US A por estarem envolvidos em outros programas: coordenação da US, escola GHC, coordenação da Residência Integrada em Saúde.

Os ACS que compõem a equipe são vinculados à PMPA. Conforme anotações do período de observação, ouviu-se importantes relatos.

Os ACS relatam que atualmente percebem seu trabalho com reconhecimento tanto da equipe quanto usuários. Porém, anteriormente não era assim. Se sentiam desvalorizados e invadindo o espaço de outros profissionais uma vez que sabem mais das famílias do que outros profissionais. Sentem a necessidade de maior valorização dos ACS enquanto categoria com a necessidade de um curso técnico. Entendem que os ACS também precisam se autovalorizar buscando uma postura adequada, respeitar as questões éticas e buscar a qualificação profissional (O – 14/09/12 - manhã).

Ao conversar com os ACS foi possível participar de um espaço de discussão, em que eles falaram sobre vários aspectos relacionados a sua categoria profissional. Dentre outros aspectos, foi possível observar a preocupação com a ética profissional que os envolve próximo à época eleitoral.

Alguns profissionais da equipe relatam que em épocas eleitorais candidatos manifestam interesse em auxílio na propaganda eleitoral pelos profissionais junto aos usuários do território devido ao grande conhecimento que estes têm acerca de seu território (O – 14/09/12 - tarde).

Em relação à estrutura física, a US é de alvenaria com tijolo à vista. A entrada é pavimentada e larga o suficiente para facilitar o acesso de carros e ambulância até a porta da US quando necessário. Antes da entrada da US, à direita, existe um vão quase

quadrado, contendo dois bancos para aqueles usuários que preferirem aguardar fora da US. Ao lado da porta há uma placa indicando local protegido, com alarme monitorado durante as 24 horas. O horário de funcionamento da US, afixado na parede ao lado da porta de entrada, é das 8h da manhã às 18h, e é seguido pelos profissionais.

Chegando um pouco antes das 08:00 da manhã é possível observar algumas pessoas na frente da porta de entrada da US aguardando que o mesmo seja aberto e assim, que pontualmente é aberto todos entram e logo são encaminhados para atendimento (O – 13/09/12 - manhã).

Na porta de entrada da US, ainda do lado externo, existem cartazes com informes sobre novas formas de agendamento da Odontologia, mudança na marcação de consultas com orientações de que serão realizados pelos profissionais do acolhimento, e informações sobre como funciona o acolhimento realizado por dois profissionais.

Ao entrar, depara-se com a sala de espera, composta por um corredor largo, com bancos enfileirados à direita para os usuários aguardarem, defronte à secretaria administrativa. Logo na entrada da sala, à direita, há orientações em um cartaz na parede sobre as fichas de atendimento: ficha amarela é apenas para retirada de medicamentos, ficha vermelha para atendimento de enfermagem, e ficha verde para o acolhimento, que é entregue ao usuário pelo profissional da secretaria administrativa.

Na primeira porta, à esquerda, localiza-se a sala do acolhimento, e logo a seguir há um banheiro para os usuários, e entre essas duas portas há um televisor, e abaixo dele há uma mesinha sobre a qual há uma jarra com água para os usuários, duas caixas de preservativos, uma para adolescentes e outra para adultos. Ao lado da mesinha há uma lixeira com pedal para lixo reciclável e lixo comum, e galão vazio para descarte de pilhas e álcool gel na saída da porta do banheiro.

Seguindo-se pelo corredor chega-se à secretaria administrativa, onde ficam os prontuários, computadores e impressora, e é nesse local em que ocorre o primeiro contato com os usuários. Os prontuários são armazenados em uma prateleira e são organizados por famílias, etiquetados com a cor de cada área de vigilância, contendo os registros dos componentes da família, relação do parentesco, descrição do domicílio, identificação do usuário com números de documentos, nome dos pais, estado civil, raça, cor, escolaridade.

Ao término do corredor localiza-se a sala do serviço social, e no espaço entre a porta da sala e a parede há uma mesinha com dois banquinhos e uma cadeirinha para as crianças brincarem com pequenos brinquedos e desenharem com lápis coloridos. Logo

acima, na parede, há um mural com o título de Mural da Galera Esperta, onde são fixados os desenhos realizados pelas crianças que aguardam atendimento.

Nas paredes da sala de espera há vários cartazes: quadro de colaboradores, cartazes de atividades realizadas pela equipe de trabalho, informativos, cartazes sobre vacinação, audição, fonoaudiologia, asma, coleta de exames, novas fichas para atendimento, Diabetes Mellitus, teste do pezinho, Disque Direitos Humanos, Ouvidoria da Saúde, uso do preservativo, fumo, Direitos e Deveres dos usuários do SUS e no guichê administrativo há cartões da ouvidoria do GHC disponíveis para os usuários.

Nos dois cartazes de atividades realizadas pela equipe de trabalho constam informações sobre o trabalho dos profissionais. Em um deles consta a programação das 12h30min. às 13h30min.: Discussão de Programas, Discussão de caso, interconsultas, Educação Permanente, Lavagem de Instrumental e Esterilização, Limpeza das dependências e organização dos materiais dos consultórios, Marcação de consultas via Central de Marcação, Apresentação das pesquisas dos Residentes, Apresentação dos estágios de gerenciamento, Organização da Farmácia, Organização de atividades e da Unidade, Planejamento de atividades de grupo na comunidade, Reunião de Preceptorial, Reuniões de Residência, Reuniões de Equipe, Reuniões de Núcleos, Seminários e Visitas Domiciliares.

No outro cartaz de Atividades realizadas pela Equipe de Trabalho das 13h às 14h, às segundas e quartas-feira, consta: Reunião de Equipe, Reuniões administrativas, Reuniões de Núcleos; Vigilância, PG's, Discussões de caso das áreas de Vigilância, Retornos das Capacitações, Planejamento as ações, Organização de atividades para trabalhar as metas do Serviço, Avaliação do Processo de Trabalho.

Há, também, outro cartaz com um cronograma com programação mensal de atividades que ocorrem no Chalé da Cultura do GHC, no pátio do GHC, convidando a comunidade para: oficina de artes, oficina 1000 fios, tear, tricô, crochê, oficina de fotografia, oficina de artesanatos diversos, oficina de papel machê.

No final do corredor, à direita, há uma porta que divide a recepção dos demais consultórios e outras dependências da US A. A primeira sala, à direita, é a sala das ACS. A construção dessa sala é recente e foi realizada com verba dos brechós realizados pelos profissionais junto à comunidade. A seguir, localiza-se a sala de observação da enfermagem, na qual também ficam afixados, no mural, o cronograma, escala de atividades e tarefas em geral e dos núcleos das três áreas de vigilância.

A farmácia, que se localiza logo após a sala da enfermagem, tem um balcão e um grande armário com estoque de medicamentos. Em relação à oferta de

medicamentos, a única medicação que mensalmente termina na primeira quinzena, sem reposição, é o omeprazol. As demais medicações não faltam porque é organizado um estoque que dá conta da demanda até o recebimento de novos medicamentos.

Existem vários cartazes na frente do outro lado do balcão da farmácia que podem ser visualizados pelos usuários ao acessarem o balcão, com orientações de entrega e encaminhamento da prescrição médica, medicações da lista básica fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e entregue nas US do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, medicações da lista básica restritos à farmácia distrital, medicações controladas restritas à farmácia distrital, insulina regular humana, farmácia popular do Brasil. No lado oposto à farmácia há dois banheiros para os profissionais, feminino e masculino.

Na US A existem vários objetos de decoração produzidos principalmente por uma auxiliar de enfermagem, além de diversos murais e cartazes chamando a atenção para marcação de consultas no local para idosos e identificando Idosos como pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, definição do artigo 1º do Estatuto do Idoso.

No mural da Residência Integrada em Saúde US A há cartazes, nos quais constam: clínica ampliada, calendário de atividades, seminários integrados, estágio de gerenciamento, estágio de apoio matricial.

A US A possui um consultório de psicologia, onde ocorrem atendimentos com o psiquiatra às quintas-feiras à tarde. Na sala há duas poltronas e a mesa do consultório com cadeira para atendimento aos pacientes. A seguir chega-se ao consultório de enfermagem que dispõe de mesa ginecológica, bonecas para crianças, aquecedor, ar-condicionado, pia, foco de luz e ventilador.

Ao fundo do corredor localiza-se a sala da odontologia, recém-reformada, com três equipamentos de odontologia completos, separados por cortinas, dando privacidade no atendimento ao usuário; possui ar-condicionado, negatoscópio, entre outros. O agendamento para atendimento odontológico é realizado diariamente pelo acolhimento.

A US A possui quatro consultórios, onde atendem quatro médicos e um consultório para a área de enfermagem, com maca, ar condicionado, negatoscópio, pias e lixeiras identificadas.

Em todas as dependências da US A há aparelhos de ar condicionado. Alguns foram doados por integrantes da equipe de profissionais, inclusive pela coordenadora, outros foram doados pelo Tribunal Regional do Trabalho, em 2012, e outros são do GHC.

A sala de discussões de casos e de estudos possui uma grande mesa redonda ao centro, um quadro branco, negatoscópio, ar-condicionado, computador e diversos livros. Atualmente não existe uma sala específica para reuniões por falta de espaço físico. Elas ocorrem na recepção, por ser um corredor maior, e quando necessário é adaptado computador, projetor de imagem para apresentações, etc.

Há, também, sala de vacinas, com geladeira, maca, estante, pia, recipiente para pérfurocortantes, lixos contaminado e reciclável, ventilador. Todas as salas e consultórios têm porta-sabão líquido e porta-toalhas. A sala de curativos tem maca com gavetas, escada, pia e recipiente para pérfurocortantes.

Na sala de esterilização o material é lavado no expurgo ao lado e passado para essa sala por uma janela. A enfermagem cuida do instrumental utilizado pela enfermagem e os profissionais da odontologia cuidam do instrumental utilizado por eles. Nesse ambiente há uma autoclave pequena, seladora e embalagens.

O expurgo tem duas pias, uma para desprezar líquido contaminado, em forma de Y, e outra para lavagem de material. Também funciona como um minialmoxarifado, com uma prateleira com estoque de materiais de limpeza, álcool, e recipiente para pérfurocortantes. E, por falta de espaço, ali também são guardadas cadeira de rodas e enceradeira.

Três dos consultórios médicos ficam na parte dos fundos, todos com mesa ginecológica, um deles não tem ar-condicionado, todos têm pia, aquecedor, negatoscópio, ventilador, foco de luz.

Passando pela sala de lanche, à esquerda do corredor, há uma sala denominada sala dos computadores ou sala dos fundos, que tem dois computadores, uma impressora, duas multifuncionais, essa sala tem um split do GHC.

A sala de lanche, aos fundos da US A, tem uma grande mesa retangular, fogão, pia, micro-ondas, televisor, mural de informações, bebedouro (galão de água fria e natural), e é ali que fica o cartão-ponto. As salas são bem iluminadas e com entrada de luz solar.

Passando-se pela sala de lanche, antes de chegar ao pátio dos fundos, há uma pequena sala, onde ficam os armários dos profissionais, geladeira e, a seguir, o banheiro com chuveiro.

Atrás da US A estão instalados o compressor da odontologia e o botijão de gás. Há um tanque, um armário de alvenaria utilizado como pequeno depósito para a higienização, e churrasqueira, e do outro lado há um armário que contém materiais para uso dos grupos e oficinas — máscaras, papel cartolina, EVA, etc.

No final do terreno, aos fundos, há um grande pátio com grama, bananeiras. É um terreno acidentado, em aclave, e com as recentes construções próximas surgiu a dificuldade do escoamento de água e, eventualmente, em épocas de grandes chuvas, inunda as dependências da US A e dificulta o trabalho da equipe.

Em relação ao serviço, os profissionais estão envolvidos em diversas atividades. A US A trabalha com controle social e o Conselho Local de Saúde se reúne de 15/15 dias, às quartas-feiras à tarde, quando comparecem usuários, profissionais e gestores.

Os profissionais da equipe trabalham com a vulnerabilidade social, avaliando cada caso, e quando necessário realizam vigilância maior na sua área de vigilância no território.

O território tem, em média, 500 famílias, totalizando, aproximadamente, 5000 pessoas. É dividido em três áreas de vigilância, área verde, vermelha e azul, onde são detectadas as famílias de risco. A equipe em geral relata que, atualmente, a questão da violência não se revela um problema. Anteriormente, ocorriam assaltos, agressões aos profissionais, e hoje consideram tranquilas as áreas de vigilância. Há alguns profissionais que ainda tomam algumas precauções nessas áreas: não deambularem sozinhos, principalmente ao anoitecer, outros preferem estar identificados como profissionais da saúde, entre outros.

Para cada área de vigilância há uma equipe com um agente comunitária, uma enfermeira, um assistente social, um médico, um profissional da odontologia, um técnico de enfermagem e um profissional da psicologia.

Em cada área de vigilância as equipes que ali atuam organizam oficinas. Todas realizam oficina de:

- asma – para criança e o cuidador;
- hiperdia – para o usuário – com orientações sobre alimentação, medicamentos, exercícios físicos, entre outros, e contam com o apoio e orientação de educadores físicos, nutricionista, médico e farmacêutica, e;
- Programa da mulher – com discussões sobre a saúde da mulher, coleta de citopatológico.

Atualmente, uma técnica de enfermagem coordena o Grupo de Amigos da Saúde que contempla diversos assuntos sobre saúde e caminhadas.

O Grupo de Tabagismo não é contínuo, e o coordenador / responsável organiza quatro encontros em algumas épocas do ano e conforme a demanda, em que são agendados, durante o atendimento, os usuários que demonstram interesse.

Até 20 de julho de 2012 o acolhimento aos usuários era realizado por ficha e ordem de chegada e, em casos de urgência, passava por avaliação da enfermeira. A partir dessa data, o acolhimento foi reestruturado e encontrava-se em fase de adaptação da equipe que também realiza a avaliação de risco que é realizado na primeira sala após entrar no posto. Por essa razão, o acolhimento, cuja demanda é maior no turno da manhã, muitas vezes acaba acontecendo na sala de enfermagem.

Em casos de urgência no estado de saúde dos usuários que chegam a US A, o primeiro atendimento é realizado na própria unidade, onde se tenta estabilizar o paciente e avaliar o caso. Se o primeiro atendimento não é possível na US, ou o caso é muito grave, é providenciada a remoção para o hospital. O transporte geralmente é realizado com a ambulância do hospital e quando não há uma disponível no momento e o caso do usuário é grave, o transporte é realizado com veículo próprio do profissionais.

O planejamento das ações no serviço é realizado de forma contínua, principalmente nas reuniões de equipe que ocorrem duas vezes por semana, em que são discutidos todos os temas, inclusive tomadas de decisão, e, algumas vezes, o colegiado faz discussões prévias. Todo o planejamento passa pela reunião de equipe. As discussões de caso e casos críticos ocorrem em outros momentos, e acontecem nas reuniões de núcleo com a respectiva equipe de cada área de vigilância, sempre junto com o PAD.

A Educação Permanente acontece nas próprias reuniões de serviço e também na Gerência de Ensino e Pesquisa.

Os profissionais da US A trabalham com metas enquanto indicadores com resgate dos objetivos em que estão sempre avaliando seus programas em reuniões de equipe denominadas Vigilância e Saúde que acontecem mensalmente. É um espaço destinado à discussão de indicadores, metas e programas com dificuldades em que seja necessário acionar ações para garantir que os objetivos sejam atingidos.

A enfermagem trabalha com protocolos de atendimento para consultas de enfermagem nos programas, o que lhe proporciona certa flexibilidade nas referências e contrarreferências. Por exemplo, se houver alteração em algum citopatológico, o enfermeiro encaminha para colposcopia, no que se refere à mama, o profissional encaminha para o hospital.

6.2 Unidade de Saúde B

A Unidade de Saúde B está localizada no Distrito Sanitário Eixo Norte, no bairro Jardim Floresta, em uma das extremidades de um quarteirão, com formato triangular, em uma rua com paralelepípedos.

O trânsito é calmo, passam ônibus e lotação nas imediações. É um bairro residencial, com diversas casas de diferentes níveis socioeconômicos, existem diversos prédios individuais e vários outros em construção. É uma região situada em lugar alto em relação aos bairros dos arredores, e é possível avistar a paisagem em longa distância, em direção ao aeroporto, de diversos pontos do bairro.

Em outra extremidade do quarteirão em que se localiza a US B, localiza-se o Centro Dia Vida do Idoso, destinado à realização de atividades com os idosos. Há, nesse bloco, cancha de futebol ao lado de uma cancha de basquete, pracinha infantil, pista para caminhadas, cancha de bocha para idosos, ginásio com piscina CECOFLOR, entre outros.

O território é da Av. Assis Brasil, e, à direita, para quem olha de frente, vê-se a Rua Bogotá, segue-se à Lazar Segal até a Sertório; pela esquerda, vai-se pela Ernesto Baneira, Fernando Abbott, Sertório, Polar até o término/muro do aeroporto, como mostra a figura a seguir:



Figura 3 – Imagem do Território da US B,

Fonte: Glanzner, C.

Obs: As imagens de todos os mapas constantes neste estudo foram fotografadas no local. Os mapas estavam afixados nas paredes das US.

A estrutura física da US B é de alvenaria, com tijolo à vista. A área externa é recoberta por brita, e há uma entrada que permite o acesso de automóveis e onde ficam estacionados vários carros dos profissionais.

Ainda na parte externa da US, existem alguns bancos, para aqueles usuários que preferirem aguardar do lado de fora. Em uma das paredes há uma placa de local protegido com alarme monitorado durante 24 horas.

No fundo da US B existe um anexo, que é uma sala grande em formato quadrangular, tem dois quadros brancos grandes, bancos, retroprojeter, armário com prateleiras, armário com mesa e cadeira, ventilador, cafezinho e água para os usuários dos grupos e para as reuniões. Nesse anexo se realizam atividades de grupo e as reuniões de serviço.

Na porta de entrada da US B há cartazes informando o horário de funcionamento — das 8h da manhã às 18h. Assim que o relógio bateu 8h, as portas foram abertas e já havia em torno de 12 pessoas sentadas na sala de espera e em torno de seis na fila para o guichê administrativo.

Existem, além de informações sobre o horário de funcionamento, na porta de entrada da US B, ainda do lado externo, informes para os usuários sobre as atividades realizadas durante o período das 13h às 14h, durante o tempo em que a US B fica com as portas fechadas: atividades de limpeza da US B, esterilização dos materiais, organização das salas, reuniões, seminários, conselho local. Existem, também, orientações sobre os procedimentos de enfermagem que são realizados na US B — vacinas, curativos, retirada de pontos, injeção, teste do pezinho, verificação da pressão arterial e controle de hemoglicoteste. Esses atendimentos ocorrem das 8h às 11h30min. e das 14h às 17h30min. Há, ainda, um cartaz com informações sobre o grupo de manutenção em saúde bucal, com agendamento para os dias 10 e 24 de outubro, o primeiro às 09h30min., e o segundo às 14h30min., e a inscrição deve ser realizada na recepção e destina-se à higiene bucal para usuários da US B com a carteirinha da Unidade.

Ao entrar na US B vê-se a sala de espera em formato quadrangular, com bancos ao redor. Logo após a porta, à esquerda, há um guichê de atendimento da enfermagem. No lado oposto à porta da US B, bem na frente, há um guichê para recepção e administrativo. Ao lado direito desse guichê há uma prateleira com revistas, e acima dessa prateleira há uma caixa de papelão com um bilhete para os usuários depositarem suas sugestões e reivindicações. Na parede, está o mural do conselho local que estava sem cartazes e uma lixeira para material reciclável; à esquerda há um cartaz com

informações sobre a programação de atividades da Secretaria Municipal de Saúde no Cecoflor, um cartaz sobre Dança de salão às sextas-feiras, às 16h, e um cartaz maior com o quadro de profissionais da US B que estão atuando em 2012.

À direita, de quem entra na sala de espera, há uma janela, ar-condicionado, abaixo um bebedouro e o extintor de incêndio. E à esquerda, de quem entra, há um televisor e, ao lado esquerdo, um cartaz com orientações e informando aos usuários que a vacina da gripe está esgotada, a US B está fornecendo apenas a segunda dose da vacina para crianças que já fizeram a primeira dose na US B.

E, ao lado direito da janela, há um cartaz com a Instrução Normativa 4/07, com orientações gerais sobre a dispensação de medicamentos, outro com horários e procedimentos de enfermagem, com a observação de que às quintas-feiras a coleta de sangue é somente das 8h às 9h. Há, ainda, um mural intitulado Saúde do Idoso com dicas de saúde – Vivendo bem até mais que 100. Primeira dica – atitude não tem idade, segunda dica – mantenha-se atento à sua saúde, terceira dica – tenha uma alimentação “colorida” e saudável, quarta dica – equilibre seu orçamento, quinta dica – procure ter boas noites de sono, sexta dica – evite acidentes domésticos. Outras dicas para a Saúde do idoso continuam ao lado direito da porta de entrada para a parte interna da US B, sétima dica – mantenha-se ativo, oitava dica – tenha cuidado redobrado na rua e no trânsito, nona dica – procure manter uma vida sexual ativa, décima dica – cultive sua espiritualidade, décima primeira dica – exercite sua cidadania. E, ainda, um cartaz com: “Lembre-se de usar camisinha em todas as relações sexuais”, com orientações de que a infecção pelo vírus HIV triplicou nos idosos, na década de 1990, pelo comportamento de não usar o preservativo. Na porta de entrada para a parte interna da US B há um cartaz comemorativo ao idoso no dia primeiro de outubro. Ao lado esquerdo dessa porta há cartazes com data de Saúde no prato, número de consultas ofertadas pela odontologia que são 10 ao dia, com horário de marcação às 8h da manhã, e informações sobre o grupo de manutenção em saúde bucal.

Passando pela porta que dá acesso à parte interna da US B, percorre-se um corredor que dá entrada para a sala de enfermagem e o consultório das enfermeiras e termina em outro corredor perpendicular onde se localiza o banheiro, a sala de vacinas, consultórios, cozinha e outras dependências. À direita da porta de entrada, localiza-se o acolhimento, sala de curativos que também dá acesso ao poço de luz, continuando nessa direção chega-se ao administrativo, à sala da odontologia, ao banheiro, almoxarifado que ainda está vazio, pois foi reformado recentemente.

Na sala do acolhimento há uma mesa/balcão, quadro de enfeite, cadeiras, ar-condicionado, pia.

A sala dos curativos tem um balcão/maca, ar-condicionado, pia, dispensador de sabão líquido, papel, descarte de pérfurocortantes, ventilador, escadinha, uma caixa de madeira que funciona como estufa para soro para que os curativos sejam realizados com soro morno. Essa sala tem duas portas: uma de entrada, a outra porta dá acesso a um espaço interno, ou seja, o poço de luz, cujo acesso é pela sala de curativos e pelo expurgo/esterilização. No momento, o poço de luz funciona como um depósito (descarte) com cadeiras, placas de piso molhado da higienização, hamper, porta-papéis antigos. O poço de luz também funciona como almoxarifado com material de limpeza, sabão, papel higiênico, mangueira, em função da reforma do almoxarifado.

A sala de esterilização é dividida em dois ambientes, área suja e área limpa, onde os fluxos se encontram na entrada/saída da sala. No momento, os materiais estão sendo esterilizados no HNSC pois a autoclave da US B está estragada.

Retornando para a sala de curativos e seguindo-se em frente está a secretaria administrativa. Nessa sala, pequena e apertada, ficam os prontuários, dois computadores, impressora, ar-condicionado e é nesse local que ocorre o primeiro contato com os usuários. Os prontuários são armazenados em uma prateleira e são organizados por ruas e por famílias.

A sala da odontologia possui três equipamentos completos para atender os usuários e tem um banheiro que está em reforma. Ao lado externo da sala da odontologia há outro banheiro e o almoxarifado cuja reforma está sendo concluída.

Seguindo-se em frente pela porta que dá acesso à parte interna da US B chega-se à sala de enfermagem. Essa sala é dividida em três ambientes: aferição, observação e guichê. O primeiro ambiente é onde ocorrem aferição de peso e altura de adultos e crianças, hemoglicoteste, pressão arterial e são feitas nebulizações e inalações. Nesse ambiente tem ar-condicionado, pia com dispensador de sabão líquido, descarte de pérfurocortante, geladeira pequena com controle de temperatura para medicações, principalmente insulina. Em cima da geladeira há uma caixa de medicamentos para urgência e emergência que fica lacrada junto com uma pasta que serve de manual com lista de medicações, efeitos colaterais, etc., que foi elaborado pela farmacêutica. Há torpedo de oxigênio preparado com materiais, extensores, umidificadores para quando for necessário utilizar, estetoscópios disponíveis, relógio, ventilador, um balcão com três portas e sobre ele um colchonete que funciona como maca pediátrica com balança

infantil ao lado. Nessa sala há um cartaz com orientações sobre a classificação de risco para prioridade de atendimento em casos suspeitos de dengue.

A sala de observação – segundo ambiente - possui maca, torpedão, oxímetro, uma torre (armário) com gavetas com medicações e materiais para atendimento de urgência. E o terceiro ambiente é o guichê da enfermagem que tem a janela para a sala de espera, onde os profissionais realizam a dispensação de medicamentos. Quando os usuários solicitam curativos, aferição de peso, altura, hemoglicoteste devem passar pelo guichê administrativo para o prontuário ser separado e registrar os cuidados.

O consultório de enfermagem e sala das enfermeiras fica na frente da sala de enfermagem, tem mesa ginecológica, pia, armário, foco de luz, e está sendo reorganizada, como algumas dependências da US B.

No final do corredor existe um corredor perpendicular onde fica o banheiro dos funcionários, sala de vacinas, cozinha, sala de estudos e mais sete consultórios, totalizando oito consultórios: um da psicologia e serviço social, cinco consultórios médicos, um das enfermeiras e outro dos doutorandos.

A sala de vacinas é bem iluminada, espaçosa para sua função e bem organizada, tem uma geladeira grande com controle de temperatura, duas caixas para pérfurocortantes (uma para seringas e agulhas e outra apenas para frascos de vacinas), pia, dispensador de sabão líquido, álcool. Possui dois armários, um com gavetas com identificação registros, teste do pezinho, carteiras de vacinas, termômetros, formulários para fechamento do IMU, memorandos enviados e recebidos, rotinas. Há um mural com calendário de vacinas e outras informações e um quadro de enfeite.

A cozinha não é muito grande e tem pia, fogão, geladeira, microondas, mesa retangular, filtro com água natural e gelada, ar-condicionado, dois murais, quadro branco.

Antes de chegar a cozinha vê-se outro pequeno corredor, à direita, que leva ao poço de luz que é utilizado como depósito. Nesse corredor há um armário de ferro e vidro contendo otoscópio, lugol, gel para ecografias, e uma enceradeira, e acima dele um quadro com a escala das salas. De frente a esse armário está a porta de entrada do consultório dos doutorandos denominado "cafofo dos doutorandos", com mesa ginecológica, foco de luz, quadros de enfeite, ar-condicionado, pia, porta-papel, sabonete líquido, lixeiras, aquecedor.

O consultório da psicologia e serviço social possui duas poltronas, armário fichário. Os consultórios médicos possuem mesa ginecológica, foco de luz, pia, dispensador de sabão líquido, descarte de pérfurocortante, lixeiras.

No final do corredor maior localiza-se uma sala de estudos que tem dois computadores, impressora, uma prateleira com livros e outra com livros, documentos, documentos para arquivar, mesa com cadeira, ar-condicionado. Antes de entrar nessa sala há outra com armário de ferro (vestiário) prateleiras, mesa pequena com duas cadeiras.

Nesse corredor também fica o cartão-ponto, armários com cadeados para funcionários, um quadro branco que é a agenda de atividades. Em cima de uma das portas há um painel em papel pardo com pinturas de crianças, prédios, casas, igreja, representando a comunidade. Na US B veem-se vários enfeites e quadros produzidos por uma médica que trabalha na Unidade.

A sala das agentes comunitárias fica do lado externo da US B. É uma sala pequena com uma mesa e duas cadeiras, para o profissional e usuário, uma bancada com computador, ar-condicionado, ventilador, relógio, rádio, um espelho, uma prateleira com livros, manuais e materiais para café e chá. Há um mural intitulado US B com várias fotos, um mural com informes e atividades, cronogramas, e um banner atrás da mesa sobre o Serviço de Saúde Comunitária - US B Agentes Comunitários de Saúde cuidando da Floresta.

Em toda a parte interna da US B há cartazes informativos de como utilizar corretamente o nebulizador em domicílio, sobre o pré-natal, entre outros. Há um mural com as áreas de vigilância que são divididas em A, B e C, com os profissionais de cada área e o território, informações sobre o número de famílias cadastradas, participantes de programas, etc.

A Unidade B tem 2.725 famílias cadastradas, 8.594 usuários inscritos, e do Jardim Lindóia 591 usuários. Dados demográficos:

Tabela 7 – Dados Demográficos da US B.

População	Idade	N
Crianças	0 -1 ano	48
	-0 - 4 anos	253
	-0 - 19 anos	1.590
Mulheres	-15 - 49 anos	1.812 - sem registro de citopatológico
	-25-59 anos	2.180 - sem registro de citopatológico
Idosos	-mais de 65 anos	1.429
	-mais de 75 anos	700
	-mais de 80 anos	428

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A US B conta com os seguintes programas e atingiu a seguinte cobertura:

Tabela 8 – Programas da US B.

Programas	Inscritos	Esperados	Cobertura
Gestante	54	54	100%
Mulher CP	1.054	2.180	49%
Imunização			
Has	884	1.712	51%
Imunização	265	527	50%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As reuniões de equipe ocorrem às segundas e quartas-feiras. Às terças-feiras há reunião do colegiado de gestão que conta com um representante de cada categoria profissional. Quando os assuntos implicam tomada de decisão a reunião é realizada com todo o núcleo (profissionais da mesma categoria profissional). Às quintas-feiras ocorrem seminários de campo, espaço para apresentação de trabalhos, pesquisas, retornos dos dados de pesquisas. Às sextas-feiras ocorrem as reuniões do núcleo da enfermagem.

No período de observação participou-se de uma Reunião do Conselho Local, realizada na recepção da US B e teve como pauta: Pesquisa, Informes, Usuária, conforme excerto a seguir:

Assistente social trouxe retorno sobre resultados de pesquisa sobre controle social que apresentou resultados riquíssimos. Pretendem revitalizar mural do Conselho Local dentro da US. Uma usuária que é esposa do conselheiro local que sempre veio na US e sempre foi bem atendida mas participou da reunião para dizer que foi na ouvidoria para fazer uma queixa sobre uma situação que a deixou muito magoada. Ainda na reunião foram realizados alguns informes, tais como: Escola de Saúde Pública está preparando pessoas para saberem sobre leis, direitos e deveres ou seja, preparando conselheiros, um curso de 120 horas. E alguns comentários de que diversas pessoas do conselho acompanharam a abertura da Unidade de Pronto Atendimento e de os usuários precisam de informações a respeito (O – 16/10/12 - Tarde).

Dentre outras atividades, a US B tem programas de:

- Asma;
- Gestante;
- Criança;
- Hiperdia;
- Vacinas;
- Programa da mulher;
- Tuberculose.

Também são realizados grupos. O Grupo Saúde no prato realizado por uma nutricionista mais estagiários que se encontram durante três semanas e, após, ocorre a manutenção com encontro mensal. O Grupo da Cessação do Tabagismo funciona da mesma forma que o grupo Saúde no prato, e Grupo de Saúde bucal com encontros quinzenais.

Em relação aos casos de urgência, o primeiro atendimento é realizado na US B pela enfermeira e médico do acolhimento e supervisão, ocorre na sala de observação onde se tenta estabilizar o paciente e avaliar o caso. Se necessário, é providenciada a remoção para o hospital, geralmente para o HNSC, e o transporte é realizado pela SAMU em todas as situações.

No bairro existe uma casa que acolhe crianças órfãs, abandonadas, retiradas dos pais pelo Conselho Tutelar, muitas delas por casos de pais drogados, entre outros. A grande maioria dessas crianças é adotada após completar seis meses de idade. Em casos de campanha de vacinação, os profissionais da US B dirigem-se aos domicílios para aplicarem as vacinas nos usuários, conservando-as em caixas de isopor.

6.3 Unidade de Saúde C

A Unidade de Saúde C localiza-se no Distrito Sanitário Eixo Norte, no bairro Vila Jardim. Para chegar à US C, situada no alto de uma rua asfaltada, passa-se por vários casebres, à direita, e por construção de um grande condomínio à esquerda da rua.

O território se localiza no final da av. Do Forte e início da av. Saturnino de Brito, em direção a um grande e importante shopping da cidade, conforme a imagem a seguir.

não ocorreu. Segundo um trabalhador, cada US deveria ter uma ambulância disponível, mas por questões políticas isso não ocorreu. Em casos de urgência, o primeiro atendimento é realizado na US C, passando pelo técnico de enfermagem, com intervenção médica e da enfermeira, e, se necessário, é chamado o SAMU.

O horário de funcionamento da US C é das 8h às 18h. Algumas pessoas aguardam na sala de espera e outras no pátio externo da US C. Os usuários chegam ao longo de todo o dia em busca de atendimento.

Quem passa pelo portão de entrada à direita que dá acesso ao pátio externo e coberto, muitas vezes aguarda o atendimento ali, além de coberto e proteger do calor ou chuva, possui bancos e um banheiro na área externa para os usuários. Há cartazes de grupo de caminhada e um painel com orientações sobre horários de atendimento dos médicos e marcação de consultas. Na área externa também há uma pequena sala que funciona como depósito de materiais.

Na porta de entrada da US C, ainda no lado externo, existe um cartaz escrito: Respeite a Vida, nesta unidade é proibido fumar. Também há cartazes nas portas com informes e orientações sobre a tuberculose. Existe um cartaz escrito à mão: Atenção: o posto abre nos seguintes horários, abre às 8h e fecha às 18h.

Ao entrar, depara-se com a sala de espera, em formato quadrangular, com bancos ao seu redor e à frente o guichê administrativo, onde os profissionais administrativos realizam o atendimento no balcão. No guichê administrativo há computador, impressora, telefone e atrás do balcão, encostado na parede, há uma prateleira com o prontuário dos usuários. Na sala de espera, logo na entrada, há uma caixa com preservativos que está fixada à caixa de luz e, a seguir, um painel branco com informes do grupo de saúde bucal do mês de novembro, agendado para o dia 09 às 8h. A sala de recepção está enfeitada com balões, possui ventilador, relógio de parede, revistas e lixeiras para descarte de resíduos comuns. Os usuários assistem programas televisivos enquanto aguardam atendimento.

Ainda na recepção existe um cartaz com orientações sobre a retirada de medicações, em que o usuário deve trazer receita válida, e se estiver vencida deve solicitar nova receita na recepção. Em outro cartaz, há orientações de que a partir de 15/11/12 fica expressamente proibido o fornecimento de medicação sem receita.

Em cada lado do balcão administrativo, à direita e à esquerda, há uma porta que dá acesso à parte interna da US C. Passando-se pela porta, à esquerda, há um corredor que dá acesso a várias dependências da US C, essa porta está sempre aberta. Seguindo-e por esse corredor, à esquerda, há o acolhimento, a sala de vacinas, a sala dos curativos

que são do mesmo tamanho e pequenas, ao fundo está o expurgo/esterilização. À direita, a partir da entrada, vê-se a farmácia, sala de nebulização, banheiro e a cozinha.

A Sala do Acolhimento é uma sala de enfermagem adaptada para o acolhimento e muito pequena para atendimentos de enfermagem. Nessa sala há um balcão com quatro gavetas, e sobre ele há um colchonete, balança infantil e materiais de enfermagem. Possui um mural com orientações, algoritmo do manejo da crise da asma. Possui ventilador, aquecedor, mesa com duas cadeiras, armário de vidro com medicações e ampolas, caixa metálica de urgência (com tubo endotraqueal e outros materiais para atendimento de urgência), painel branco com cartazes das doenças de notificação compulsória, caixa com materiais para teste do pezinho, pia, sabão, lixeiras, para descarte de pérfurocortantes.

A próxima sala é a Sala de Vacinas, onde tem um balcão/maca com quatro armários, que contém manuais de vacinas e rotinas de enfermagem e quatro gavetas, onde são guardadas as seringas e os esfigmomanômetros. Há um balcão com computador e um pequeno balcão de cinco gavetas com material de escritório, um mural com informativos, com exemplos de amostras rejeitadas para teste do pezinho, orientações sobre transporte de amostras, indicações para uso de imunobiológicos especiais nos centros de referência e orientações sobre esquemas vacinais para campanha de Multivacinação de crianças de zero a menores de cinco anos. A sala possui ar-condicionado, uma caixa térmica com termômetro para controle de temperatura, balança infantil, e uma prateleira aérea com várias caixas de isopor. Existe uma pia com dispensador de sabão líquido, porta-papel com papel-toalha, caixa de descarte de pérfurocortantes.

A seguir localiza-se a Sala de Curativos que tem balcão/maca grande e colchonete em cima. Tem pia com dispensador de sabão líquido e, logo acima, está a janela que fica fechada e dá acesso à sala de materiais e esterilização. Mais acima tem um armário fechado, com portas de vidro, e em seu interior há micropore e outros materiais. Há um suporte para soro pendurado na parede, cadeira, caixa para descarte de pérfurocortantes, ar-condicionado, mesa metálica e luvas, álcool, triglicerídeos de cadeia média, abaixador de língua, entre outros.

A Sala de Esterilização tem, em sua entrada, várias caixas de papel com álcool, um armário de ferro tipo arquivo com identificação em cada gaveta de seu conteúdo, por exemplo, espéculos, três gavetas da enfermagem e três com identificação antiga que está apagada. Em cima desse armário há uma autoclave. Do lado esquerdo da porta tem uma pia, logo acima uma janela que dá acesso à sala de curativos por onde é

passado o material sujo e acima da janela há uma prateleira com embalagens para esterilização. Nessa sala há lixeiras, baldes e uma saída para o pátio lateral da US C.

Seguindo-se por esse corredor pelo lado direito, tem-se a Farmácia, caracterizada por uma pequena sala com uma porta sanfonada na entrada. A farmácia mantém medicamentos da lista básica fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e fornecidos nas US do SSC do GHC. Os medicamentos da lista básica restritos à farmácia distrital e os controlados são fornecidos na US Bom Jesus. Não é comum faltar medicamentos na US C, e em eventual falta, principalmente da farmácia popular para pacientes do hiperdia e asma, a farmacêutica remaneja de outras US do SSC do GHC. A responsável pela medicação é uma técnica de enfermagem do turno da tarde, e uma vez por semana uma farmacêutica realiza o apoio matricial.

Logo depois da Farmácia está a Sala de Nebulização que possui dois torpedos de oxigênio pequenos, um com válvula, dois torpedos grandes de oxigênio, um com válvula, dois torpedos de ar comprimido, lixeira para o contaminado e balança. Essa pequena sala possui uma pequena mesa com algumas caixas, uma cadeira, vários enfeites adesivos na porta e parede. Também possui um armário de ferro e vidro com várias medicações, sabão neutro e álcool em seu interior. Acima dele há duas caixas identificadas, uma com fenoterol e a outra com brometo de ipratropio.

A porta seguinte dá acesso ao banheiro para os profissionais e, em seguida, é a cozinha que tem formato quadrangular, contendo uma mesa retangular com cadeiras e banco, geladeira, fogão, balcão com pequeno armário aéreo, pia, purificador de água gelada e natural, microondas e ali fica o relógio ponto. A cozinha tem saída para o poço de luz que é coberto com telhado transparente e o piso é de pedra ferro. Nesse ambiente há três armários de ferro onde são guardados os pertences dos profissionais, cada um deles tem seu armário, também é ali que fica o botijão de gás, escada, caixas, estante para lençóis limpos para repor nas macas, entre outros objetos.

Iniciando a descrição a partir da sala da recepção em direção a outra porta que dá acesso à parte interna da US, as características são um pouco diferentes. Ela fica à direita do balcão da recepção e permanece sempre fechada. Na parte externa da porta há um trem de EVA como enfeite e cartazes, e um deles diz: "Por favor, aguarde a chamada" e, no outro, há orientações sobre tuberculose.

Essa porta dá acesso aos consultórios. São seis consultórios: um consultório da psicologia e assistência social que é o primeiro, quatro consultórios médicos, sendo que um é utilizado pelos residentes, e um consultório de enfermagem. Os consultórios possuem mesa ginecológica, balcão, mural com informes e protocolos, ar-condicionado,

negatoscópio, pia, sabão, papel e lixeiras identificadas, exceto o consultório da psicologia e assistente social que não possuem materiais médicos.

Seguindo-se à esquerda, a partir da porta direita da recepção, de um lado é o poço de luz que leva à cozinha e tem comunicação com as outras dependências da US C, e do lado direito há uma porta que dá acesso a um pequeno pátio que leva à sala de estudos. Antes dessa porta há uma prateleira de ferro com diversos livros. Na frente tem uma pequena sala com dois computadores. Seguindo-se pelo corredor vê-se um banheiro para os profissionais e, ao fundo, é a sala da odontologia que possui três equipamentos completos.

Na sala de estudos realizam-se os grupos e as reuniões diversas. É uma sala grande e espaçosa que possui uma grande mesa retangular, com diversas cadeiras e bancos, pia, aquecedor, prateleira de ferro com vários arquivos, torre com revistas e máquina de costura, quadro para recados dos agentes comunitários e um quadro branco. Existe uma organização para o uso da sala de estudos pelos grupos, além dos horários fixos de reuniões: grupo de crianças às terças-feiras às 10h30min., grupo de hipertensão às quartas-feiras pela manhã, grupo de gestantes às quintas-feiras às 16 horas, sextas-feiras pela manhã grupo de saúde bucal e às 10h30min. Saúde Bucal e à tarde grupo de saúde bucal.

Durante o período de observação foi possível participar da reunião de equipe e da reunião dos agentes comunitários, quando pode-se observar os movimentos dos profissionais na construção das relações necessárias para organização do trabalho.

Em reunião, os profissionais relataram estar se reorganizando na demarcação do território, as escolas, creches, recursos, conselho tutelar para potencializar as áreas de vigilância e o trabalho interdisciplinar. Também relatam a necessidade de formalizar os fluxos integrados entre as US que ainda ocorrem de forma informal. Foi possível acompanhar a reunião dos agentes comunitários, onde ocorreu discussão a respeito das visitas domiciliares sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Houve o relato por parte das ACS de que o instrumento do MS deixa situações ambíguas, fazendo surgir diversos questionamentos, por exemplo, uma visita domiciliar a um usuário com DM mas que também é hipertenso, tem curativo, e é asmático, a dúvida gira em torno de como deve ser o registro da visita domiciliar. Se registrar uma patologia não aparecem as outras e, se registrar todas as patologias, parece que o ACS fez mais visitas domiciliares do que a realidade. As ACS aplicaram um instrumento que verifica a presença de depressão nos usuários do território a fim de realizar um levantamento sobre a saúde mental da população. E, nessa reunião ainda, orientações da enfermeira sobre como lidar com as famílias mais difíceis para 2 ACS novas, que estão trabalhando há 2 semanas (O – 21/09/12 - Tarde).

Durante a observação da US C foi possível participar do Seminário das ACS que ocorre uma vez ao mês, nas três US do bairro Vila Jardim: Sesc, Divina Providência e Barão de Bagé.

Participaram enfermeiros, ACS, pessoas da comunidade. Os seminários seguem um cronograma previamente organizado em que o tema do seminário observado foi a Saúde do Homem, como segue: Inicialmente, a enfermeira da US Sesc apresentou o trabalho de uma acadêmica de enfermagem sobre o número de consultas realizadas em homens e o motivo que os leva a procurar atendimento. Foram geradas mais de 2000 consultas principalmente para odontologia por 390 homens, sendo que existem pouco mais de 1000 homens cadastrados. Nesse seminário, após a apresentação da enfermeira, um residente apresentou sobre a parte teórica da Saúde do Homem. Ele falou sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e, por essa política o adolescente é considerado dos 10 anos de idade aos 24, e para as questões jurídicas a adolescência vai até os 18 anos de idade. A técnica de higiene bucal e o dentista também apresentaram sobre a saúde bucal do homem e relataram que esse atendimento se configura por diversas vezes, a porta de entrada para a saúde do homem como um todo. Muitos homens procuram atendimentos em odontologia para melhorar a estética bucal e assim, facilitar sua entrada no mercado de trabalho. Os grupos de saúde bucal facilitam o acesso dos homens ao dentista pois, ao final do grupo é realizada uma classificação de risco onde os participantes são avaliados e se necessário é agendada consulta e a garantia de tratamento dentário. Os adolescentes dificilmente procuram a US para tratamento, seja com a odontologia ou outras áreas. Esse seminário contou com um participante ilustre, um usuário antigo da US, emagrecido que deambula com auxílio de bengalas e em tratamento para tuberculose. Contou sua história de vida, e o motivo do forte vínculo com os profissionais da US. Era um empresário bem sucedido que vivia na boemia e, entre suas canções, mulheres, tabagismo e alcoolismo, acabou perdendo tudo, entrou em depressão a ponto de ficar acamado. Os profissionais da US foram avisados pela vizinhança que o encontraram morando em uma pequena peça fechada, escura, com mofo e, com muito esforço, auxílio e, incentivo dos profissionais, esse usuário deu a volta por cima e hoje luta contra um câncer de laringe. Ele cantou diversas músicas entre as apresentações dos profissionais e fez com que todos os presentes o acompanhassem sorridentes e com orgulho, mesmo com sua fragilidade em seu belo terno preto (O – 21/09/12 - Manhã).

As reuniões de equipe ocorrem às segundas e quartas-feiras. As reuniões do Conselho Local ocorrem na primeira quarta-feira do mês, às 18 horas.

Neste capítulo, descreveu-se o espaço físico das três US estudadas. É nesse local que a organização do trabalho produz ações de atenção à saúde, é o ambiente em que prazer e sofrimento permeiam o cotidiano desses profissionais das equipes de SF do GHC.

7 DISCUSSÃO DOS DADOS À LUZ DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Neste capítulo apresentam-se a análise e interpretação do material obtido a partir das entrevistas coletivas com os profissionais das três equipes de SF do GHC e das escalas do Itra, buscando auxiliar e aprofundar o olhar e o conhecimento dos movimentos e das relações desenvolvidas na organização do trabalho das US. Esse entendimento das situações do trabalho e os resultados do estudo quantitativo propiciaram a discussão coletiva e a reflexão sobre a dinâmica das situações, potencializando as subjetividades dos profissionais, na qual o trabalho para além da produção do serviço ocorre na relação com o outro.

Na Tabela 6, apresentam-se as categorias analíticas e as categorias temáticas que originaram as discussões sobre prazer, sofrimento e estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC.

Tabela 9 – Temas emergidos a partir das entrevistas coletivas com três equipes de SF do GHC.

Categorias analíticas	Categorias temáticas
Prazer	Autonomia Criatividade
Sufrimento	Trabalho em equipe Exigências do trabalho Ambiente física Complexidade do trabalho na SF
Estratégias defensivas do sofrimento	Compartilhamento do trabalho Individuais

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

7.1 Prazer

O prazer implica satisfação de necessidades representadas intensamente pelo sujeito, sendo uma manifestação episódica ao se considerar as contrariedades impostas pela sociedade, e, nessa perspectiva, o prazer no trabalho parece ser um dos elementos centrais para a saúde do trabalhador¹⁰⁰.

Entende-se como prazer quando certas coisas e vivências causam sensações prazerosas e agradáveis. Existem outras maneiras consideradas pelas pessoas que proporcionam prazer — degustar um bom vinho, uma boa conversa com um amigo, satisfação de dever cumprido, entre outras — embora não sejam uma sensação de prazer *strictu sensu*¹⁰¹.

Ao se buscar a compreensão acerca do conceito de prazer em um dicionário de filosofia, percebe-se que o conceito é amplamente discutido entre filósofos. Concomitante ao conceito de prazer insere-se o conceito de dor, entendido, nesta pesquisa, como o sofrimento relacionado ao trabalho em oposição ao prazer também relacionado ao trabalho. A dor refere-se à sensação que se experimenta quando se sofre fisicamente, quando se perde alguma coisa, por exemplo¹⁰¹.

Entende-se que o objetivo do ser humano é aumentar ao máximo o prazer e reduzir ao mínimo a dor, em que o prazer consiste na satisfação de necessidades, uma espécie de euforia do corpo ou da mente, ou de ambos. Enfim, prazer pode ser considerado experiências, entre as quais sobressaem as de agrado, e o conceito oposto ao de prazer, que tradicionalmente se considerou dor, seja, sim, o de desagrado¹⁰¹.

A análise das entrevistas coletivas evidenciou que os profissionais das equipes de SF A, B e C avaliam como eventos de prazer no seu trabalho a autonomia, a criatividade e o trabalho em equipe, pois produzem sensações agradáveis e de bem-estar aos profissionais.

A autonomia é manifestada pelos profissionais das equipes da SF do GHC como positiva, gerando prazer no seu trabalho. Mas a noção de autonomia é complexa, pois depende de condições culturais e sociais. Portanto, é necessário apreender diversos saberes e culturas para que seja possível decidir e refletir de forma autônoma sobre quais ideias seguir¹⁰².

Para os profissionais entrevistados as regras rígidas do trabalho oferecem tranquilidade, e, ao mesmo tempo, ter autonomia para realizarem suas atividades, se associa à responsabilidade, produzindo satisfação no trabalho por imprimir sua marca pessoal.

Eu acho que uma das coisas boas que eu vejo nessa equipe, no trabalho, é a questão da autonomia, a gente tem autonomia, eu, pelo menos como profissional tenho autonomia (EC1- C - 3/10/12).

A autonomia é mais difícil de exercitar do que cumprir regras, então, essa coisa é contraditória. A gente gosta de autonomia mas, ela é trabalhosa. E, às vezes por tabelinha, cria problemas de relacionamento. Mas, ela é boa porque deixa nas mãos da gente o processo e, não só obedecer regras que tem. (EC2 – E - 3/12/12).

A autonomia, sob a ótica dos profissionais das equipes de SF do GHC, é prazerosa, pois foge da robotização no trabalho, imprimindo características pessoais em determinado trabalho por meio da expressão da subjetividade, na qual o profissional tem liberdade de demonstrar seus conhecimentos e capacidade para organizar e produzir seu

trabalho. Assim, a autonomia para propor novas formas de organizar o trabalho mostra-se importante ao favorecer o exercício da inteligência prática, possibilitando que o sujeito crie novas formas, mais eficazes, de desempenhar suas tarefas¹⁰³, ou seja, há um investimento subjetivo que se reveste de prazer, independente do esforço necessário para organizar o trabalho.

Nesse sentido, a autonomia implica em responsabilidade, porque oferece liberdade com compromisso, ou seja, no cotidiano do trabalho a organização ocorre nas relações produzidas, exigindo dos profissionais capacidades para enfrentar as condições de trabalho, suportando o trabalho real, ou seja, aquele em que há conflitos, interesses diversos, em que o trabalho também é sofrimento enfrentado e transformado em prazer.

A autonomia no trabalho pode ser compreendida como a possibilidade de alteração da prescrição da sua tarefa de forma a adequá-la ao real do trabalho, possibilitando ao trabalhador a regulação de seu modo de desenvolver atividades¹⁰⁴. Assim, uma organização de trabalho flexível valoriza o exercício da inteligência prática, da criação e da invenção do novo, favorecendo o prazer, por meio do exercício da autonomia, com base na transformação do sofrimento em prazer de saber fazer¹⁰³.

O estudo¹⁰³ relata que o trabalho do enfermeiro na SF encontra importante espaço de atuação nesse cenário e o enfermeiro pode fortalecê-lo para a consolidação do SUS, se melhor compreender o contexto sócio-histórico e a ambiguidade das relações de poder na prática social da profissão, aperfeiçoando-a crítica, coletiva e criativamente. Nesse sentido, a autonomia política, capaz de enfrentar as contradições da prática, articula-se intrinsecamente com a dimensão técnica do fazer, dando-lhe força argumentativa e coesão de sujeitos em torno de ideais comuns¹⁰³, o que evidencia a importância do exercício da autonomia na organização do trabalho, pois, ao se exercitar o poder de criar e dar características próprias ao fazer, isso se traduz em liberdade e, consequentemente, em bem-estar.

No Itra, a autonomia é avaliada pelo fator relações socioprofissionais da EACT, em que são considerados os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação pessoal. No que se refere à escala EACT, apesar do fator relações socioprofissionais apresentar o resultado moderado (2,85), foi o fator com resultado mais positivo se comparado aos demais fatores da escala, fator organização do trabalho (3,32) e condições de trabalho (3,03). Quanto à discussão sobre o fator relações socioprofissionais segue no trabalho em equipe, mas quanto ao item – a autonomia é inexistente - como consta nesse fator da EACT do Itra, foi avaliado pelos profissionais

das equipes de SF como crítica/moderada, média 2,38, ou seja, apresenta risco moderado quanto ao adoecimento relacionado ao trabalho.

Portanto, percebe-se a necessidade de se desenvolver uma cultura crítica de reflexão sobre as fragilidades políticas das profissões da saúde¹⁰⁵ para que a busca pela autonomia seja um exercício para qualificar o fazer desses profissionais e o compromisso com as mudanças do modelo assistencial, permitindo imprimir a subjetividade do sujeito no trabalho e para que perceba sua atividade como algo prazeroso.

Desse modo, evidencia-se que os profissionais das equipes de SF do GHC devem desenvolver/utilizar estratégias para implementar o desenvolvimento da autonomia com poder para criar e inventar o seu trabalho, sentindo-se sujeitos do seu trabalho, e que o exercício da autonomia produza sentido ao seu trabalho e resulte em entusiasmo pelo que fazem.

O exercício da autonomia também se associa à criatividade no trabalho das equipes de SF do GHC. Assim, a criatividade gera a possibilidade de propor novas práticas, enfrentando o trabalho prescrito e rotineiro com a liberdade de criação e transformação daquilo que pode fazer o trabalhador sofrer.

[...] mas quando tu vê o grau de liberdade que tu tens aqui, no que já foi dito em relação a criar o teu trabalho, a tu propores novas práticas, isso dá uma possibilidade de um pouco mais de saúde no teu trabalho, coisa que eu não conseguiria num hospital [...] A questão da criação está na maioria dos processos todos, inclusive, quanto mais liberdade tiver “desplanejamento” se é que existe esta palavra? melhor ainda [...] É disso que se trata, a equipe inteira ter uma noção do porque estamos fazendo isso. Bom, isso vai gerar muito sofrimento por uma questão até marxista alienada do teu trabalho, por uma visão de que esta criação precisa de planeamento. Aliás, tem que ser mais livre possível, mas você precisa saber porque está fazendo (EC1- C - 3/10/12).

Se alguém aqui faz trabalhos rotineiros, se sente, nessa coisa repetitiva que causa um certo tédio, uma possível fonte de desânimo, desinteresse é porque não está se permitindo inventar no trabalho porque existe essa possibilidade de tu, ser criativo no trabalho da atenção primária (EC1- E - 3/10/12).

Os profissionais sugerem o “desplanejamento”, ou seja, saber o que se faz para ser livre e criar em seu trabalho; atrelam a saúde no trabalho à liberdade de criação, liberdade para propor novas práticas, contrapondo-se aos espaços de trabalho estruturados e engessados que impedem a possibilidade de criar. Criatividade e liberdade são percebidos como fontes de prazer na organização do seu trabalho. Ser

criativo é interferir e agir na concepção do trabalho, ter conhecimento da sua finalidade, os meios e instrumentos necessários para sua construção e realização.

A liberdade também implica capacidade de reconhecer limites em si, nos outros, para si e para os outros. Agir livremente está associado à possibilidade de escolha e essa possibilidade está presente nas atividades humanas, e além do pensamento e criação ela se expressa quando se exerce a autogovernabilidade¹⁰⁶.

A questão da criatividade e liberdade no trabalho vem sendo discutida em amplo espectro, inclusive que deve iniciar na formação pedagógica como ferramenta para formação do profissional crítico-criativo. Nesse sentido, a valorização do espaço intercessor é de fundamental importância enquanto um privilegiado espaço de liberdade e autonomia, resgatando o potencial criativo, o potencial dos indivíduos e a autogovernabilidade¹⁰⁶.

O espaço intercessor é o encontro em que, cada uma das partes, usuário e trabalhador, se coloca com toda sua plenitude — suas necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em dado contexto¹⁰⁵. Portanto, é nesse espaço do encontro entre trabalhador/usuário que se tem grande potência criativa, atravessado por determinantes externos (organizações, crenças, formação) que influenciam equipe e usuário, mas marcado por importante grau de liberdade e responsabilidade na ação desses profissionais no trabalho em saúde.

Assim, o espaço intercessor surge e passa a funcionar como um mediador para a saúde, pois pode transformar o sofrimento em criatividade, trazendo uma contribuição que beneficia a identidade e aumenta a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática¹⁰⁷. E a criatividade pode ser mediadora de saúde e proporcionar prazer, mas também pode desencadear a fragilização da saúde e gerar sofrimento ao profissional.

Nas discussões coletivas, a criatividade é avaliada como fonte de prazer na organização do trabalho em oposição aos resultados do Itra.

A criatividade é um dos itens avaliados no fator custo cognitivo da ECTH, o qual considera o dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução dos problemas e tomada de decisão no trabalho. O custo cognitivo foi avaliado pelos profissionais como o fator com o maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho, sendo considerado grave (3,86) pelos profissionais das equipes de SF do GHC. Quanto ao item criatividade especificamente, foi avaliado pelos profissionais pesquisados como a quarta média mais baixa dos 10 itens do fator custo cognitivo, com média 3,8 ou seja, apresenta risco grave

quanto ao adoecimento relacionado ao trabalho, o que se traduz em uma exigência exaustiva da criatividade para a realização do trabalho.

O trabalho é lugar de prazer quando é possível aprender sobre um fazer específico, criar, inovar e desenvolver novas formas para a execução da tarefa, quando são oferecidas condições de interagir com os outros, de socialização e reforço de uma identidade pessoal, e quando a organização do trabalho permite o estabelecimento de acordos que levem à transformação do sofrimento¹⁰⁰.

Nesse sentido, a criatividade é prazer quando os profissionais das equipes das SF do GHC exercitam a liberdade de fazer, de inventar e sair da rotina prescrita do trabalho, exercendo sua autogovernabilidade, produzindo um “*desplanejamento*” e novas práticas, em que criar é saúde no trabalho. Por outro lado, a criatividade — enquanto inteligência prática que surge do enfrentamento do fracasso no trabalho, seja pelas relações positivas ou negativas e pelo modo de organização — é percebida como uma exigência constante no trabalho, o caracterizando-o como fatigante, o que confere risco grave de adoecimento para o trabalho. Ou seja, a potência criativa do trabalho implica, também, cooperação coletiva, o trabalho não é individual, mas se organiza em relação com outros.

O trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo em que, por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, ocorre a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação — é a relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais¹⁰⁷.

Em relação ao trabalho em equipe, os profissionais das equipes de SF do GHC consideram-no prazeroso por identificarem sentimentos de satisfação nas relações de trabalho. Esse sentimento de bem-estar é percebido com o convívio, vínculo e bom relacionamento entre os profissionais das equipes.

É um relacionamento na maioria das vezes prazeroso, a gente tem algumas situações pontuais, mas no geral, é um convívio bom, acho que tem a questão da parceria [...]eu tenho prazer no que faço (EC1- B - 3/10/12).

Acho que tenho um bom vínculo com a equipe, já estou há bastante tempo aqui (EC1-DB- 3/10/12).

A gente tem uma grande equipe. Eu acho que a gente consegue se sustentar muito bem aqui junto com os demais membros da equipe. A gente tem alguma dificuldade, sabe que pode correr e vai ter esse auxílio do colega. Eu sei que eu posso contar. Então, é muito diferente, aqui realmente é uma equipe (EC1- C 3/10/12).

Eu tenho extrema satisfação de trabalhar aqui. Estou super feliz, que é o que eu quero, estar nessa unidade (EC2 - E - 3/12/12).

Em nenhum momento eu me senti infeliz nesta unidade, já vivemos várias mudanças, vários processos, que eu acho que fazem parte, as brigas, as discussões mas, isso em nenhum momento me deixou triste (EC2 - F- 3/12/12).

Eu fui muito bem acolhida aqui, até para minha realização profissional foi muito bacana (EC2 - G -3/12/12).

E com os colegas cada um tem o seu lado, tem o seu jeito e a gente tem que respeitar: se um quer ficar mais sozinho, se o outro gosta de conversar mais, o outro fala mais alto. Cada um no seu quadrado, todo mundo, tudo junto (EC2 - H - 3/12/12).

A questão do afeto e do trabalho em equipe, eu acho que isso é uma das coisas que traz prazer e, em alguns momentos traz sofrimento (EC3 - C - 21/11/12).

Porque esse espaço aqui, é espaço de muitas pessoas, de equipe, foi o que eu planejei. Eu tinha bem claro quando eu me formei, de uma coisa eu tinha certeza, de que eu não ia ficar sozinho dentro de um consultório atendendo as pessoas (EC3 - E - 21/11/12).

Me sinto muito bem como profissional, como pessoa, como colega, me sinto respeitada (EC3 - F - 21/11/12).

A gente, consegue ter uma relação boa e a gente tem um respeito muito grande pela comunidade [...] (EC3 - G - 21/11/12).

Eu acho assim, transito bem pelos outros núcleos, me sinto bem com as outras pessoas e, em nenhum momento inferiorizada, muito pelo contrario. É que a incompatibilidade ou alguma coisa assim negativa vai acontecer. Me surpreendeu muito a questão do sofrimento, sabe, às vezes, tu ficas bravo, discute, quer que as coisas aconteçam de uma maneira e acontecem de outra. Mas eu sinceramente, assim, sofrer, poucas vezes [...] me acordo bem pra vim trabalhar, isso é outra coisa importante (risos). Você dorme bem, acorda bem. Eu acordo, eu levanto e venho trabalhar (EC3 – H - 21/11/12).

A gente fala do sentimento da gente, e às vezes as pessoas não valorizam isso, acham que não é técnico. Aqui não, aqui eu me sinto sempre muito respeitada, assim do modo como eu me coloco e conto com os colegas sempre pra discutir os casos pra fazer coisas juntas (EC3 - D - 21/11/12).

A organização do trabalho tem ação específica sobre o homem, impactando seu aparelho psíquico, na qual o prazer implica satisfação das necessidades do sujeito trabalhador que resulta em descarga de energia psíquica autorizada pela tarefa¹⁰. Assim, trabalhar com os pares, pertencer e sentir-se reconhecido e respeitado no grupo torna-se prazer quando há reconhecimento da pessoa que pensa e age na organização do seu trabalho.

Respeitar a singularidade de cada indivíduo, considerar adequadamente os produtos por ele gerados, reverenciar apropriadamente seu saber-fazer e assinalar

judiciosamente seu empenho para realizar com sucesso uma tarefa, torna o reconhecimento uma realidade¹⁰⁹.

A percepção do reconhecimento se manifesta por meio de representações que os trabalhadores constroem sobre o contexto de trabalho, as quais se caracterizam, principalmente, por sentimentos de justiça, valorização, admiração, pertencimento, envolvimento (coletivo e institucional)¹⁰⁹, conforme se constata nos relatos dos profissionais:

[...]mas eu estou só fazendo o meu serviço, só isso, não preciso de elogio. Às vezes, os pacientes dizem muito obrigado, não sei o porquê, eu estou recebendo no final do mês pra isso, não precisa me agradecer. Acho que é o nosso papel fazer o melhor, se é o que a gente gosta de fazer, né? A gente tem que fazer o melhor! (EC2 - I - 3/12/12).

Esse vínculo com a comunidade é muito interessante, a comunidade confia na equipe e se sente em casa (EC3- E - 21/11/12).

O reconhecimento, em conjunto com o prazer e a transformação, implica ressignificar o espaço coletivo da fala e da cooperação e se constitui em uma saída para o sofrimento, além das defesas¹⁰⁰. Esse processo de reconhecimento implica capacidade de construir e modificar a realidade de trabalho e uma mobilização política, resultado da negociação frente a multiplicidade de divergências e interesses inerentes ao trabalho, ou seja, a capacidade de negociar e de influenciar o coletivo de trabalho¹⁰⁰.

Desse modo, o prazer advindo desse reconhecer e ter reconhecimento do trabalho em equipe dá identidade aos profissionais da SF, unindo-os e funcionando como sustentabilidade frente às dificuldades, fortificando-os enquanto equipe, produzindo trocas e confiabilidade entre os pares.

O estabelecimento da confiança é um dos pilares da clínica do trabalho, a qual visa compreender o sofrimento que antecede a formação de sintomas, fazendo com que esse sofrimento não seja desperdiçado e não leve o sujeito ao desatino, à loucura, mas que o sujeito seja capaz de transformá-lo de patogênico em criador¹¹⁰.

Essa identidade de equipe, além da confiança, mobiliza os profissionais à parceria para o enfrentamento dos obstáculos oriundos do cotidiano do trabalho, transformando o sofrimento em prazer, a fadiga em equilíbrio, pois a ação é coletiva.

E, a gente faz as coisas com gosto assim [...]por enquanto eu me sinto bem feliz assim (EC1- F 3/10/12).

Eu sei que eu posso bater na porta e contar com qualquer uma dessas pessoas que estão aqui pra me ajudar em qualquer situação e, isso é impagável. [...]

isso é muito legal, quando um está mal, o outro segura e a gente percebe [...] (EC3 – H - 21/11/12).

[...] É bom pra trabalhar, porque a gente se sente em casa, também xinga, grita, briga, fica de mal. De alguma forma a gente se sente à vontade até de fazer isso, de mostrar que está brava, ter liberdade um com o outro dizer que está brava e que não gostei (EC3 – J - 21/11/12).

Assim, o trabalho é lugar de prazer quando é possível criar, inovar, desenvolver novas formas para a execução da tarefa e aprender sobre um fazer específico; quando são oferecidas condições de interagir com os outros, de socialização e reforço de uma identidade pessoal; e quando a organização do trabalho permite o estabelecimento de acordos que levem à transformação do sofrimento¹⁰⁰.

Os depoimentos dos profissionais referendam prazer no trabalho associado a uma organização que considera a autonomia, a liberdade, a criatividade e uma ação com a equipe, em que, junto aos pares, se tenha espaço de fala, de escuta, de propor com e para os outros.

Na escala EIPST do Itra, o fator liberdade de expressão refere-se à liberdade para pensar, organizar e falar sobre o trabalho⁶⁰. Esse fator foi avaliado como satisfatório (4,216) por 58,9% dos profissionais das equipes de SF do GHC.

Os itens considerados nesse fator foram: liberdade com a chefia para negociar o que for preciso; liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas, solidariedade entre os colegas, confiança entre os colegas; liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho; liberdade para usar a criatividade; liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias e cooperação entre os colegas.

Os itens que proporcionam prazer aos profissionais, ou seja, são satisfatórios foram: liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas (4,46) e liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias (4,41); liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho (4,37); liberdade para usar minha criatividade (4,33), solidariedade entre os colegas (4,21); liberdade com a chefia para negociar o que se precisa (4,16).

O trabalho em equipe é evidenciado no Itra, junto ao fator das relações socioprofissionais da EACT, sendo conceituado como os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional⁶⁰. As relações socioprofissionais foram avaliadas como críticas/moderadas (2,58) por 68% dos profissionais das equipes de SF do GHC.

Os itens avaliados nesse fator foram: as tarefas não estão claramente definidas; a autonomia é inexistente; a distribuição das tarefas é injusta; os funcionários são

excluídos das decisões; existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; existem disputas profissionais no local de trabalho; falta integração no ambiente de trabalho; a comunicação entre funcionários é insatisfatória; falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional; as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.

Os itens avaliados como satisfatórios foram: existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados (2,18) e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional (2,21).

Os demais itens do fator foram avaliados como críticos: as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso (2,30); a autonomia é inexistente (2,38); os funcionários são excluídos das decisões (2,45); a distribuição das tarefas é injusta (2,71); as tarefas não estão claramente definidas (2,73); falta integração no ambiente de trabalho (2,90); a comunicação entre funcionários é insatisfatória (2,97); existem disputas profissionais no local de trabalho (3,08).

Os itens com resultados satisfatórios podem ser compreendidos na liberdade para criar seu trabalho na US, planejando e organizando seu trabalho, aqueles que agem, investindo intelectualmente e afetivamente no trabalho.

Em relação aos itens avaliados como críticos pode-se inferir uma relação com a complexidade do trabalho na SF, que, entre as suas características, tem a amplitude da ação para além da doença enquanto finalidade única da ação do profissional, o que exige conhecimento técnico associado a outros setores da vida das pessoas que procuram atenção em saúde. Assim, o trabalho nas US para além do trabalho prescrito caracteriza-se um trabalho não engessado que tem na comunicação, na capacidade de criar frente as necessidades, a urgência do trabalho em equipe e o reconhecimento pela ação desenvolvida.

No Itra, a autonomia foi avaliada como crítica e, em oposição nas entrevistas coletivas foi considerada fonte de prazer. Entende-se que o exercício da autonomia requer do profissional grande responsabilidade, sendo necessário abandonar a posição de passividade para enfrentar o sofrimento, o que implica em necessidade de tolerar o desconforto e, em determinadas situações, realizar somente o trabalho prescrito adquire a roupagem de facilidade na organização do trabalho.

Ao se concluir a temática prazer avalia-se a importância da vivência do trabalho como sentimento de satisfação e bem-estar, em que o profissional sente liberdade em ser e construir seu trabalho:

Quando eu cheguei aqui, foi um choque terrível. Eu não fiz curso para trabalhar na rua, visitar paciente. Aí, aprendi a amar. Por dois anos chorei, só que escondidinho e aí, aprendi a amar a comunitária, porque eu nasci e me criei no comercio. Me criei no meio do povo [...] nunca estudei tanto na minha vida, programa da imunização, programa da mulher, vacina, que horror! Tive que estudar muito, tu entende? Para poder fazer jus ao local que eu estava. Como eu me criei no comercio, eu sei lidar com o povo e eu gosto de desafios. Eu gosto assim, de quando tem as encrencas, as gurias me chamam e aí eu digo, vou lá exercitar o meu latim (risos). Então uma paciente disse assim pra mim: me diz não de uma forma que eu tenho vontade de agradecer (risos), muito engraçado! Então, aprendi a amar, entende? [...] Então, para mim está tranquilo, às vezes, eu me estresso, às vezes eu boto na reunião, faço um escândalo (risos). Era isso obrigada (EC2 – K - 3/12/12).

A realização profissional é avaliada como satisfatória (4,22) por 59,6% dos profissionais de todas as unidades de SF do GHC, consideradas nos itens de satisfação, motivação, orgulho pelo que faço, bem-estar, realização profissional, valorização, reconhecimento, identificação com as minhas tarefas, gratificação pessoal com minhas atividades, conforme expresso na fala acima.

Os resultados sustentam a psicodinâmica do trabalho ao revelarem que a organização do trabalho é saudável, oferecendo margens para negociação e liberdade para o trabalhador ajustar a realidade de trabalho aos seus desejos e necessidades somados às relações socioprofissionais abertas, democráticas e justas, tornando possível o processo de reconhecimento, prazer e transformação do sofrimento¹⁰⁰.

Trabalhar com prazer significa ter satisfação naquilo que se realiza e que se produz. Isso se converte em algo positivo para toda a equipe, para os usuários e desse modo torna-se mais fácil criar, produzir, (re) organizar o trabalho.

7.2 Sofrimento

O sofrimento no trabalho surge quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada em virtude das dificuldades de negociação das diferentes forças que envolvem o desejo da produção e o desejo do trabalhador¹⁰⁰.

O sofrimento situa-se no intervalo (hiato) entre o prescrito (ex. Rotina estabelecida) e o real (o trabalho realizado propriamente dito), cujo, intervalo é ora caracterizado pela restrição, bloqueando a transgressão, e ora caracterizado pela tolerância, em que é possível o uso da criatividade e inteligência astuciosa²³. Ou seja, o sofrimento do trabalho surge quanto o trabalhador não consegue negociar o trabalho prescrito com seu potencial subjetivo e criativo na construção do trabalho.

Assim, o sofrimento pode trazer uma série de consequência aos trabalhadores, dentre elas, o adoecimento relacionado ao trabalho, que vai desde a perda de suas capacidades laborais até o afastamento de atividades profissionais. Por outro lado, o sofrimento pode ser criativo, ou seja, é possível transformá-lo em prazer e saúde por meio da ressignificação que depende da qualidade da dinâmica do reconhecimento e das estratégias defensivas contra o sofrimento¹¹¹.

Nas entrevistas coletivas, os profissionais das equipes de SF do GHC avaliam como indicadores de sofrimento no seu trabalho as exigências do trabalho, a estrutura física e a complexidade do trabalho.

A problemática de fatores de sofrimento relacionada ao trabalho das equipes de SF do GHC não é recente, sendo relatada em pesquisa realizada em 2006 no SSC do GHC. Nessa pesquisa, os profissionais consideraram problemas os seguintes fatores: desorganização da equipe, dificuldade de sistematizar e sintetizar as discussões, falta de priorização dos problemas, dificuldade de “sair da discussão e ir para a ação”, planejamento com a participação da comunidade com dificuldade relacionada ao funcionamento cotidiano da unidade de saúde e sustentar os processos por longo prazo⁷³.

A falta de tempo, a pressão da demanda, as múltiplas atividades, a falta de estrutura física, de recursos humanos e de equipamentos de informática também foram mencionados pelos profissionais daquela época que poderiam efetivamente contribuir para a melhoria dos resultados e das relações de trabalho⁷³.

O contexto do trabalho na SF caracteriza-se por sua complexidade, o que faz com que o processo de trabalho dos profissionais que atuam em equipes de SF se defrontem com diversas exigências como requisitos em seu processo de trabalho. É complexo por exigir dos profissionais a perspectiva da reorientação do modelo assistencial que propõe a integração dos momentos distintos do processo saúde-doença e também a identificar, descrever e explicar os macroproblemas de saúde por meio do reconhecimento do território⁴.

O GHC, desde a implantação do SSC, sempre buscou estratégias para satisfazer amplamente as necessidades de saúde das comunidades, famílias e indivíduos e apoia-se em metodologias e ferramentas de avaliação e planejamento para definir e monitorar as ações e serviços que são ofertados à população⁷³.

No GHC, os profissionais das equipes de SF do GHC percebem que as exigências relacionadas ao seu trabalho aumentaram ao longo dos anos e isso se deve a diversos fatores. Dentre as exigências, destacam-se: aumento da demanda, inserção da

tecnologia no trabalho, exigência por produtividade e, conseqüentemente, o aumentam as exigências no trabalho, que antigamente não eram consideradas, agora acrescidas ao cotidiano de trabalho. Se, antigamente, o usuário do serviço de saúde da atenção primária era bem atendido, já se considerava satisfeito e, nos dias atuais, existe uma mudança no perfil do usuário que, por meio dos avanços tecnológicos, chega à atenção primária muito mais informado e exigente no que se refere à resolutividade de sua necessidade de saúde⁷³.

Nas entrevistas coletivas, os profissionais avaliam, como indicadores de sofrimento no seu trabalho, as exigências institucionais, pessoais e as oriundas dos usuários.

As exigências institucionais estão relacionadas aos bons resultados por meio de indicadores de produtividade e avaliações de serviço e entre as US. As exigências pessoais são aquelas em que os profissionais exigem de si, qualificação e resolutividade na realização de um trabalho de qualidade, e as exigências dos usuários são as demandadas por eles no trabalho oferecido na US.

Então, nesse turbilhão de coisas a gente até se perde, não sabe definir o que que é bom, o que que é ruim. Então, o que eu acho que falta é mais preparação, eu acho que a gente se reúne muito, discute muita coisa [...] todo mundo tem reunião para tudo que é lado, ninguém sabe bem o que cada um está fazendo em suas reuniões (EC2 - G - 3/12/12).

A gente sofre muitas cobranças da instituição (EC3 - F - 21/11/12).

Uma meta que tem que atingir, daí a gente é um pouco pressionado em cima das metas que a gente tem que estar produzindo para atingir aquela meta que a instituição está nos cobrando (EC1 - G - 3/10/12).

Nos últimos tempos, baixou uma série de regras que nos incomodou, podia ser visto na percepção de quem esta gerenciando, poderia ser uma maneira de organizar e fazer o serviço melhor e quanto mais trabalho tem, quanto mais o trabalho fica complexo, o adoecimento das pessoas é maior e as demanda são maiores e as exigências das pessoas são maiores. As pessoas estão exercitando mais o direito de ter as coisas, das políticas publicas, então acaba vindo na gente, nos é que temos de dar a resposta para essa demanda toda (EC2 - L - 3/12/12).

Essas exigências, que se configuram como sofrimento para os profissionais das equipes de SF do GHC, implicam custo humano do trabalho.

Entende-se o custo humano do trabalho como aquele despendido pelos trabalhadores nas esferas física, cognitiva e afetiva diante das contradições existentes no contexto de trabalho. As exigências que integram a noção do custo humano do trabalho

são impostas pelas características do ambiente de trabalho e são definidas por exigências físicas, cognitivas e afetivas⁶⁰.

As exigências físicas expressam o custo corporal, em termos de dispêndio fisiológico e biomecânico sob a forma de posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física. As exigências cognitivas expressam o custo cognitivo em termos de dispêndio intelectual sob a forma de aprendizagem necessária, de resolução de problemas e de tomada de decisão. E as exigências afetivas expressam o custo afetivo em termos de dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas, de sentimentos e de estado de humor⁶⁰.

O custo humano do trabalho é caracterizado por três propriedades:

“(a) ele é imposto externamente aos trabalhadores, em face das características do contexto de produção, sob a forma de constrangimentos (*contraintes*) para suas atividades; (b) ele é gerido por meio das estratégias de mediação individual e coletiva (atividades) que visam, fundamentalmente, responder à discrepância entre as tarefas prescritas pelos modelos de gestão e as situações reais de trabalho; e (c) ele está na origem das vivências de bem-estar e de mal-estar, modalidades de representações mentais, que os trabalhadores constróem (*astreintes*) sobre os efeitos do custo humano do trabalho”
112, p. 57

O resultado do estudo quantitativo confirma o aumento das exigências verificado na escala ECHT. A US C apresentou um resultado negativo no custo cognitivo como grave (3,98) para o risco de adoecimento relacionado ao trabalho. Os profissionais relatam que o recorte no tempo, conforme o caráter transversal da pesquisa, retratou um momento de tensão que a equipe vivenciava, de muitas exigências institucionais.

A tua pesquisa foi feita num momento de exigência institucional grande e acho que tem esse reflexo também. Alguns anos atrás, se a pesquisa tivesse sido feita, talvez teria um outro resultado (EC2 - G - 3/12/12).

Na discussão coletiva, os profissionais relatam que essas exigências já vêm acontecendo ao longo de alguns anos, destacando a dificuldade de acompanhamento do avanço da informatização no trabalho dos profissionais mais antigos no serviço. Outra questão produtora de sofrimento refere-se à angústia profissional — ao informar o usuário — decorrente da morosidade do fluxo da rede de saúde, o que provoca

retardamento do tratamento, e a falta de investimentos e valorização do trabalho realizado nas US do GHC.

Essa onda no Brasil, no sentido de priorizar a atenção primária, mas isso foi no sentido de priorizar politicamente, dar importância para ela e, demandar no sentido de planejamento, de novos indicadores. Nós não temos correspondentes de recursos em ampliação, nós somos hoje, nós temos uma equipe dentro de um território, temos uma demanda de trabalho e um potencial de trabalho de vigilância para ter uma estrutura muito maior do que essa. Nós temos capacitação de pessoal, temos demanda, temos projeto de trabalho para termos uma coisa muito maior que nós temos. Então, a gente está fazendo mais, se espremendo numa coisa pequena, talvez até alguns recursos humanos, podiam se agregar e fazer um super trabalho, porque eu acho que a gente tem história para isso, a gente tem bagagem para isso e a gente não está expandindo como deveria (EC2 - G - 3/12/12).

Uma coisa que vejo por parte da instituição hoje, que o trabalho que era característica da comunitária, o trabalho construído na criatividade, na questão afetiva da equipe e hoje a gente tem no trabalho uma característica, mais tecnologia, comportamento de outro jeito e com um nível de exigência maior, que a população tem uma demanda maior, que o próprio sistema está demandando mais, o sistema coloca hoje novos desafios, novos critérios para serem dada atenção que a gente tem que dar conta (EC2 - H - 3/12/12).

As coisas estão avançando numa velocidade que nós já temos uma idade um pouquinho mais avançada podendo haver alguma dificuldade pra acompanhar. Junto a isso, quando começou a questão da informática. Tu vai fazer o curso com quem, tu vai fazer isso, tu vai fazer aquilo e a gente vai indo. Esse avanço no sistema de saúde e de referência e contra referência, isso, no papel é uma maravilha mas, fazer funcionar é muito difícil. Isso te dá uma angústia, porque às vezes, parece que fica enrolando alguém. Ah, mais eu estou esperando tratamento de canal já faz um ano, tu és quem tem que dizer mas, é assim velho, vai demorar um ano e aí o que que acontece? (EC3 - E - 21/11/12).

Tem um descompasso, a gente quer melhorar resultados com menos que a gente investia, com certeza. E, isso significa apertar, colocar uma luva nas dificuldades que já existiam. Então, se a gente já tinha dificuldades, pioraram as dificuldades, acentuaram-se as dificuldades. É difícil, é difícil, talvez a gente não consiga sair, sem que algumas pessoas tenham calo da dificuldade. Dessa forma como é dado, as pessoas que estão mais frágeis no processo vão sofrer muito mais. Aí, um investimento que é para ser prioritário e não é, a gente vê que atenção primária não é prioridade (EC2 - E - 3/12/12).

A contrapartida da instituição eu acho que tem sido uma das piores, muita cobrança e pouca valorização (EC3 - E - 21/11/12).

Observa-se o descompasso entre o trabalho prescrito, que é a tarefa esperada no âmbito de um processo de trabalho específico e está vinculado a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho, e o trabalho real, que é a atividade propriamente dita que, muitas vezes é diferente do planejado.

Os profissionais relatam que por mais que exista uma valorização da atenção primária e saúde da família pelas políticas públicas, há um descompasso em que ocorrem mais demandas do que investimentos.

Em relação à saúde comunitária o GHC vem se construindo, ao longo dos anos, em sua história e na dinâmica entre os diferentes atores sociais — profissionais da saúde, população, gestores do SSC, GHC e SUS — e defende como finalidades a atenção à saúde da população em áreas adstritas, a formação de recursos humanos para o SUS e a produção de conhecimentos em APS⁷⁴.

Nesse sentido, isso vem ao encontro do que foi relatado nas entrevistas coletivas, pois os profissionais reconhecem seu potencial profissional e valorizam seu trabalho. Relatam poder fazer muito mais enquanto profissionais de equipes de SF do GHC, pois buscam crescimento profissional, e relatam haver necessidade de formação em saúde da família para aqueles que iniciam nesse trabalho ou ainda vivenciam a doença como objeto de trabalho e não o usuário em seu contexto. Assim, há a necessidade de visibilidade da própria formação do profissional em todos os níveis frente à complexidade do trabalho junto ao território, pois a formação reducionista dos profissionais faz com que encontrem dificuldades em horizontalizar suas ações em campo e realizar um trabalho articulado com a comunidade⁵.

Essas exigências são percebidas pelos profissionais como geradoras de sofrimento, constatando-se nos relatos das entrevistas coletivas, que há necessidade de maior compreensão acerca do trabalho em SF, considerando-se que é no cotidiano das unidades que a prática assistencial é real, pois o conhecimento exige a expansão do imprevisto, do trabalho que cria e inventa, a partir das necessidades apresentadas na constituição do trabalho vivo em ato.

No agir em saúde, o âmbito das organizações é central, enquanto processos produtivos de atos de saúde, na no campo do trabalho vivo que imprime novos arranjos e novos rumos, na qual haja reconhecimento das singularidades que operam como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos, comportando um grau de liberdade na escolha do modo de fazer essa produção¹¹³. E é aí que o sofrimento pode ser intensificado, à medida que a organização do trabalho, por causa de suas exigências, não permite a subversão do trabalho prescrito⁸⁴.

Existem, ainda, dificuldades para a compreensão desse trabalho complexo e a desvalorização das intervenções realizadas na atenção básica, dado que a atenção básica é diferente ao se comparar o trabalho ali desenvolvido com o dos grandes hospitais ou

dos ambulatórios especializados. O complexo se define pelo número de variáveis que direcionam as intervenções nas dimensões biológicas ou orgânicas de risco para doenças, mas também encarando os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto, na rede básica atingem sua expressão, sendo necessário considerar não somente aspectos do diagnóstico, mas as ações que incidam na proximidade das redes familiares e sociais, na possibilidade de construção de vínculos com pacientes para aumentar a eficácia das intervenções, ou seja, cada caso é um caso, sem abrir mão dos critérios técnicos¹¹⁴.

Do mesmo modo, os profissionais da SF do GHC relatam sofrimento relacionado a sua condição pessoal, em que cobram de si a realização de um trabalho de qualidade e resolutivo, pois querem atender as demandas de seus usuários, por ser essa é a essência de seu trabalho.

O meu defeito é de tentar realizar todas as tarefas em tempo hábil e quando não acontece isso, eu sofro muito. Agora eu posso dizer que eu estou mais tranquila, está melhorando a situação (EC1 - H - 3/10/12).

Isso nos gera uma autocobrança, e o serviço também te cobra, não dá para a gente dizer que a questão das metas que a gente fala não é uma cobrança, é uma cobrança que o serviço nos coloca. Mas é uma cobrança que a gente se coloca também: o que representa isso em termos de atenção a saúde? (EC1- I - 3/10/12).

A grande dificuldade mesmo é quando a gente não consegue satisfazer o que eles vieram buscar mesmo o que é sofrimento pra eles e, isso é muito difícil para a gente. [...] É muito difícil, muito difícil eu queria sempre satisfazer o que eles vieram buscar (EC2 - G - 3/12/12).

A equipe entra num sofrimento muito grande no risco de não atender a comunidade. [...] a equipe entra num caos, nós entramos num stress, deixar de fazer uma coisa que é o que fazemos de melhor, que é atender a comunidade (EC3 - D - 21/11/12).

Acho que a gente tem sempre que estar se perguntando, será que eu fiz tudo isso tudo que eu podia? Tudo que estava ao meu alcance e isso te preocupa, né? Preocupa envelhece, às vezes, é bom às vezes poder não pensar no dia (EC3 - K - 21/11/12).

Assim, percebe-se o comprometimento desses profissionais em relação ao seu trabalho. Sofrem quando não conseguem satisfazer as necessidades da comunidade, pois buscam a resolutividade em suas ações. Isso ocorre quando não é possível a interferência do profissional na organização do trabalho para atingir aquele fim e, assim, satisfazer a necessidade do usuário.

Reconhece-se que a mobilização subjetiva é central na organização do trabalho, considerando-se as exigências e os desafios postos pelo trabalho, demandando investimento físico e sociopsíquico dos profissionais. É nesse processo que o trabalhador se engaja no trabalho mediante sua subjetividade, sua inteligência prática e o coletivo do trabalho para transformar as situações que levam ao sofrimento⁵⁷. Ou seja, os profissionais da US do GHC potencializam seus esforços para realizar seu trabalho, mobilizando suas condições individuais, sendo necessário o reconhecimento do seu investimento frente as exigências do trabalho para dar sentido ao sofrimento vivenciado. E para esse enfrentamento é fundamental o protagonismo dos sujeitos, que deve considerar o desejo do trabalhador na produção de energia que opera na invenção do trabalho.

Conclui-se que quanto maior o poder de interferência do trabalhador, na forma de organizar o seu trabalho, maior a sua anuência em relação ao trabalho prescrito, ou seja, as normas e às regras que deve cumprir¹¹⁵.

Do mesmo modo, as exigências dos usuários podem levar os profissionais das equipes de SF do GHC ao sofrimento.

Acho que a gente vive um momento que tem um nível de exigência muito grande, tanto por parte da instituição, como da comunidade. O fato de hoje a unidade de saúde estabelecer uma relação que, é mais horizontal com a comunidade. Faz com que, a comunidade também se coloque de um jeito diferente e a gente tem que aprender a mediar, tem que dialogar com essa solicitação que a comunidade faz. E, muitas vezes não tem como a gente dar conta de questões do que é solicitado (EC2 - E - 3/12/12).

Uma coisa ruim que eu noto nesse aspecto são os pacientes, às vezes muito mal educados, não respeito mesmo. Isso fere, eu fico muito triste quando alguém sai daqui falando mal de alguém ou falando mal de mim ou mal das categorias. Eu vejo o esforço de cada um aqui, dedicação de cada um aqui e as pessoas, às vezes, saem falando mal do postinho (EC2 - F - 3/12/12).

Na atualidade, o direcionamento da clínica ampliada para a organização do trabalho na atenção básica parte do pressuposto de que o sujeito é cidadão, pois possui a lei como garantia dos seus direitos e deveres, mas, na prática, entram em jogo sentimentos, poderes, desejos, interesses, subjetividades e paradigmas. Tal situação revela a necessidade de lidar com a permanente inter-relação das diversas variáveis que condicionam o trabalho em saúde¹¹⁶.

Nesse sentido, há empoderamento e exercício do poder nos espaços da micropolítica, em que as reivindicações por melhorias no atendimento e acesso ao serviço de saúde são instrumentos mobilizadores para a procura de espaços que devem

ser aproveitados como um incentivo para implementar a participação da comunidade em instâncias deliberativas que possibilitam articulações na busca de benefícios do cuidado à saúde e autonomia dos sujeitos participantes. E, do mesmo modo, exige, no trabalho da ESF, a oferta constante de si por parte dos profissionais para o acolhimento das demandas de saúde, podendo gerar momentos de tensão e estresse na realização do trabalho, evidenciando o sofrimento que ocorre quando o trabalho não encontra espaços de escuta para alívio de suas dúvidas e anseios, para a discussão e reorganização de seus processos de trabalho, potencializando, assim, o surgimento da dor e ameaça à saúde mental do trabalhador¹¹⁷.

Essas exigências relatadas pelos profissionais têm implicações no custo humano do trabalho e envolvem custo físico, cognitivo e afetivo.

Nos resultados quantitativos, o custo humano dos profissionais da SF do GHC foi avaliado na Escala de Custo Humano relacionado ao Trabalho.

O custo cognitivo apresentou resultado grave (3,77), sendo elencado por 62,2% dos profissionais das equipes de SF das US do GHC.

Os itens avaliados nesse fator foram: desenvolver macetes; ter que resolver problemas; ser obrigado a lidar com imprevistos; fazer previsão de acontecimentos; usar a visão de forma contínua; usar a memória; ter desafios intelectuais; fazer esforço mental; ter concentração mental; usar a criatividade. Nenhum dos itens obteve resultado satisfatório. Dois dos itens foram avaliados como críticos, *desenvolver macetes* (2,34) e *fazer previsão de acontecimentos* (3,37).

Todos os demais itens desse fator apresentaram média graves: *usar memória* (4,15), *ter que resolver problemas* (4,14), *ser obrigado a lidar com imprevistos* (4,09), *ter concentração mental* (4,07), *fazer esforço mental* (3,94), *usar a visão de forma contínua* (3,91), *usar a criatividade* (3,86), *ter desafios intelectuais* (3,84), foram itens avaliados por apresentarem grave risco de adoecimento dos profissionais relacionado ao trabalho.

Quanto ao custo físico, o resultado moderado/crítico (3,03) foi avaliado por 54,1% dos profissionais de todas as unidades de SF.

Esse fator não foi relatado pelos profissionais nas entrevistas coletivas.

Esses resultados estão relacionados ao trabalho complexo da SF do GHC relatado nas entrevistas coletivas, em que a complexidade é analisada na ação, em busca de solução para as dores daquele que se apresenta diante do profissional de saúde e esse profissional precisa agenciar recursos em seu agir construído na interação de saberes técnicos, sociais, psicológicos, políticos, econômicos, espirituais entre outros.

O sujeito que luta pela saúde mental é o sujeito do conflito, que luta contra ele mesmo, é o sujeito do sofrimento em relação às adversidades da organização do trabalho e do trabalhar. O trabalho não é neutro, ele se engaja no corpo e no afeto. Provoca conflito com o mundo real. É o sujeito que entra em relação com o individual e o coletivo, fazendo a relação com o trabalho vivo, que é muitas vezes mortificado pela organização do trabalho¹¹⁸.

Nessa perspectiva, para que o trabalho seja fonte de saúde é necessário o reconhecimento daquele que trabalha, do seu esforço e investimento na tarefa, uma vez que é aí que reside a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores⁵⁷.

Outra questão, avaliada nas discussões coletivas refere-se a ambiência das Unidades da Saúde da Família do GHC, em que o ambiente físico tem-se configurado um indicador de sofrimento, interferindo no cotidiano de trabalho.

A ambiência refere-se ao espaço arquitetonicamente organizado que constitui um meio físico, estético e moral apropriado para qualquer atividade humana¹¹⁹.

Na arquitetura dos espaços em saúde, a ambiência deve ir além da composição técnica, formal e simples dos ambientes, porque considera as situações que são construídas nesses espaços. Estes espaços nos serviços de saúde são construídos em um determinado tempo, e vivenciados por um grupo de pessoas com suas relações sociais e seus valores culturais¹²⁰.

A ideia de ambiência segue três eixos principais:

- a) espaço que possibilita o encontro de sujeitos, ou seja, subjetividades;
- b) o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, usuários e sua rede social;
- c) o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Nesse sentido, a ambiência nos serviços de saúde, caracteriza-se como terapêutica, incorporando aspectos relacionados à estrutura física, aos recursos humanos e às relações sociais do trabalho na busca do conforto e da qualidade, transparecendo como algumas das preocupações centrais no trabalho¹²¹.

Nas entrevistas coletivas, os profissionais avaliam a estrutura física das US do GHC, comparando-a com outros espaços de trabalho em que o ambiente era considerado precário, relativizando as condições da ambiência das unidades, como segue:

[...] não acho que é tão ruim quanto poderia ser. Tem locais que é infinitamente pior, sem infraestrutura nenhuma, sem recursos humanos nenhum, sem rede, sem gestor, sem nada. [...](EC2- G - 3/12/12).

Pela infraestrutura, porque quem já passou por onde nós já passamos, nós estamos no paraíso, sem conhecer a unidade do plano ideal, quem está para lá sabe disso (EC3- E - 21/11/12).

Identificam o ambiente físico apresenta deficiências que prejudicam seu trabalho e afetam o bem estar, avaliando que o ambiente físico tem prejudicado o conforto da equipe e dos usuários do serviço. Há um sentimento de mal estar, na qual a percepção ambiental não tem prometido espaços acolhedores para a atenção em saúde.

É a falta de estrutura física, a falta de consultórios, equipamentos. Fizeram uma ação sábado, que a gente teve que buscar emprestado um foco e tinha dois estragados. Quando se chegou de manhã, só se tinham três e eram quatro salas de coleta (EC1- C - 3/10/12).

[...]se tu parar para dar uma circulada nos espaços da área física ou for olhar no detalhe, assim como a gente trabalha, desse jeito muito desconfortável e agressivo. Não dá, chega a ser intolerável, mas a gente olha para um lado, olha para o outro. E, assim a gente vai indo (EC1 - F -3/10/12).

[...] Acho que as condições de trabalho, estão piorando nesse tempo, eu não acho, surpresa (EC3 – D - 21/11/12).

Muitas vezes até de material, imagina faltar papel para secar a mão, para mim, isso é um absurdo. Falta, quantas vezes faltou água, faltou luz e a gente continuou trabalhando. Atendi, daí, tu tem um foco para fazer exame ginecológico, dois bons nessa unidade, os outros são um horror.(EC3 - H - 21/11/12).

Há um sentimento de insatisfação na organização da produção de seu trabalho, uma vez que, é necessário pensar, planejar, inventar diversas formas para suprir a falta de condições no ambiente físico para a realização de atividades propostas.

A condição de trabalho é apontada como fundamental para realizar um trabalho de qualidade. O uso da criatividade com liberdade é considerado como gerador de prazer mas, quando existe essa necessidade constante de criar para ser possível trabalhar, pode ser considerada como geradora de sofrimento¹.

Os estudos mostram que a realidade traz dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF. Dentre eles, pode-se destacar: problemas de infraestrutura, falta de materiais, falta de equipamentos, demanda aumentada gerando insatisfação dos profissionais, rotatividade de profissionais, falta de insumos, acondicionamento de medicamentos e falta dos mesmos, insuficiência de capacitação e oportunidade de educação permanente, inúmeros problemas sociais da população, insuficiência de transporte para realização de visitas domiciliares, conflitos internos, interferência política, insuficiência de rede de referência, entre outros⁵⁻⁷.

O enfrentamento do sofrimento causado pelas condições do ambiente físico, tem sido enfrentado pela inteligência prática dos trabalhadores, buscando variabilidade no modo de fazer suas atividades inventando e rejeitando a impossibilidade de não fazer seu trabalho.

Nesse sentido, os profissionais da SF devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda de forma a alcançar a resolutividade do serviço, afim de reparar as falhas nas condições e organização, mantendo a produtividade estabelecida¹²².

Estudos⁶⁻⁷ relatam que no contexto brasileiro, a estrutura física das ESF contam com materiais e equipamentos básicos mas, em sua maioria, estão danificados ou em estado inadequado para uso com espaços pequenos, sem iluminação, ventilação, rachadura, mofo entre outras.

Essas condições inadequadas vão interferir na organização do trabalho como na relação dos profissionais entre a equipe e destes com os usuários. A noção de ambiência nos remete a sensação de bem estar ao realizar o seu trabalho, com espaço adequado, higienização, ventilação (nem muito quente, nem frio ou úmido) e iluminação adequados. Isso reflete de forma direta no atendimento ao usuário, que percebe o bem estar do profissional ao realizar seu trabalho facilitado pelo ambiente adequado.

As condições inadequadas, além de interferirem na organização do trabalho, geram disputas entre os profissionais pelo local mais adequado na US, permeia conflitos entre a equipe, causa mau humor e irritabilidade nos profissionais, também pode danificar equipamentos e causar desperdício de medicações.

No ITRA, as condições de trabalho são avaliadas na EACT. O fator condições de trabalho avalia a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizados para a execução do trabalho. Esse fator, apresentou resultado crítico/moderado (3,03), avaliado por 60,8% dos profissionais das equipes de SF do GHC.

Os itens avaliados nesse fator são: as condições de trabalho são precárias; o ambiente físico é desconfortável; existe muito barulho no ambiente de trabalho; o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado; os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas; o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas; os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários; o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado; as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas; o material de consumo é insuficiente.

Nenhum dos itens relacionados às condições de trabalho foi considerado grave para o adoecimento relacionado ao trabalho mas, também nenhum deles foi avaliado como satisfatório.

Os itens avaliados como críticos, do maior ao menor risco conforme suas médias são os seguintes: o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado (3,34); o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado (3,22); os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários (3,17); os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas (3,14); existe muito barulho no ambiente de trabalho (3,12); o ambiente físico é desconfortável (3,03); as condições de trabalho são precárias (2,95); o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas (2,91); o material de consumo é insuficiente (2,77), as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas (2,74).

Os resultados do Itra confirmam a discussão das entrevistas coletivas, em que o mobiliário, espaço físico, equipamentos, instrumentos para o trabalho tem gerado desconforto nos profissionais.

Um dos aspectos que atinge diretamente a equipe e torna-se um nó crítico, são as modificações da equipe ao longo dos anos, que vem aumentando e causa sofrimento aos profissionais:

É um caos. A casa fica cheia demais e isso, às vezes, é um sofrimento que eu acho que é uma coisa do espaço físico e, de uma série de coisas que hoje eu estive que estar dando conta, que antigamente não tinha (EC3- G - 21/11/12).

As grandes dificuldades são as perdas, porque entra um doutorando e sai, entra um residente e sai, quando tu consegues captar o nome daquela pessoa, já está saindo e já está entrando outro. Então, isso também é, a gente sofre com isso porque é tipo um familiar (EC2 - F - 3/12/12).

A rotatividade de pessoas dentro da equipe é percebida como “um caos” e gera sofrimento, pois tem prejudicado o vínculo entre os profissionais e, com a comunidade da área adscrita da US.

Do mesmo modo, o tamanho das equipes relacionado com o espaço físico da UF causam desconforto, uma vez que as salas de atendimento são disputadas tanto para assistência, como para realização de reuniões e supervisão de funcionários e acadêmicos.

Estudo¹²³, aborda que o pouco contato com os colegas durante a execução do trabalho foi apontado como ocasionar a falta de autonomia e impossibilidade de exercer criativamente o trabalho, gerando dificuldade de vinculação e identificação com a tarefa desenvolvida.

Por outro lado, em outro estudo, o tempo médio de permanência no serviço também é apontado como um atravessador no trabalho da equipe, permaneceram menos de um ano trabalhando em ESF. Essa rotatividade dos profissionais de saúde nas ESF cria problemas, comprometendo o desenvolvimento do trabalho e o estabelecimento de vínculos com a comunidade⁷.

A sensação de perda e da casa cheia e sem espaço apontam o desconforto dos profissionais, na qual o trabalho que deve ser organizado em equipe é prejudicado, uma vez que há dificuldade em integrar os profissionais e ações, pois há rotatividade e não há espaço físico. As relações e a construção de uma identidade enquanto grupo de trabalho ocorrem de modo parcial.

O trabalho em equipe preconiza que as ações em saúde sejam realizadas em conjunto, articulando saberes e promovendo novas práticas, pautadas no cuidado a partir da clínica ampliada, com vistas à atenção integral em saúde¹²⁴.

Trabalhar em equipe implica atuar de maneira integrada e complementar às atividades exercidas pelos outros membros da equipe, com vistas à produção coletiva do cuidado em saúde, valorizando os saberes e as práticas de cada categoria profissional, em que nenhuma delas se sobrepõe, mas todas compõem o processo de trabalho da ESF¹²⁵.

Nas entrevistas coletivas, apontam espaço físico tem interferido no relacionamento das equipes.

Então espaço físico seja do território, seja internamente, causa conflito, causa adoecer e causa toda essa coisa de transtornos que mostraste na pesquisa. [...] Isso (espaço físico) é uma coisa que não é poder nenhum, mas é sentido dentro da equipe que quem tem a força, mais reconhecimento e que quem não tem, não tem a força, não tem o reconhecimento, e adoecer e se sente desvalorizado. Então eu achei interessante dentro dos instrumentos ter aparecido espaço físico como determinante, porque eu acho que aqui ele é sim um determinante de conflitos internos e de adoecer e dentro da questão do adoecer o próprio adoecer (EC2 - D -3/12/12).

O que apareceu aí foi isso, a gente gosta do que faz, tem uma satisfação por conta disso, mas a gente tem uma sobrecarga e tem um espaço físico inadequado. E, isso acaba em alguns momentos interferindo até na própria satisfação que a gente tem (EC2 - G - 3/12/12).

O que me chamou a atenção nesse sentido assim, que espaço físico e reconhecimento. Eu acho assim, tem uma relação quando a gente tem um espaço físico adequado, quando a gente tem uma condição de trabalho boa, a gente sente como reconhecimento no trabalho da gente. Porque por merecimento a gente está fazendo alguma coisa que merece um local adequado e tem essa relação forte do espaço físico e reconhecimento (EC2 - H - 3/12/12).

Avaliam que ocorre uma disputa pelo local de trabalho e, os profissionais que tem “um lugar seu” com condições para realizar suas atividades, ou seja espaço com mobiliário, arejado, materiais e que oportuniza privacidade e conforto são aqueles com maior reconhecimento.

Considerando o conceito de ambiência, a falta de um ambiente físico adequado para o trabalho da US do GHC traduz-se em prejuízo no conforto daqueles que ali estão, tornando-a menos acolhedora. Essa falta de espaço tem gerado sofrimento uma vez, que avaliam que há diferenças no reconhecimento do trabalho.

Estudo¹²⁵ refere que ter um espaço adequado para a realização do trabalho, configura-se em uma maneira de fortalecer a identidade do profissional, valorizando-o como trabalhador da saúde que tem a corresponsabilidade de promover a saúde em conjunto com sua equipe, exercendo ativamente suas atividades em seu território de atuação.

Esse não reconhecimento caracterizado aqui como não ter um “*espaço físico seu*” pode repercutir na mobilização subjetiva do profissional, enquanto processo pelo qual o trabalhador enfrenta o sofrimento e se engaja no trabalho, por meio da sua subjetividade, da inteligência prática .

A mobilização subjetiva viabiliza a dinâmica do reconhecimento, que é o modo específico de retribuição simbólica dada ao sujeito, como compensação por sua contribuição na organização do trabalho, pelo engajamento da subjetividade e da inteligência. O reconhecimento é o processo de valorização do esforço investido para realização do trabalho⁵⁸.

O reconhecimento implica uma mobilização política e relaciona-se diretamente com o poder do trabalhador, com capacidade de negociar e influenciar o coletivo¹²⁶.

Assim, ter espaço é também ter poder. Isso vem ao encontro dos pensamento de Michael Foucault em que diz que o poder permeia, produz coisas, induz ao prazer,

forma saber, produz discurso. Deve ser considerado como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir e que o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas pelo que se luta, o poder por aquilo que queremos nos apoderar¹²⁷.

Nesse sentido, o espaço físico se constitui como um espaço de luta, produz prazer ao indivíduo que se apoderou, produz sofrimento àquele que percebeu no outro o apoderamento do espaço físico e, não se sente reconhecido no trabalho.

A complexidade do trabalho realizado nas US também foi identificada como fator que causa sofrimento, pois os entrevistados avaliam que suas atividades devem ser organizadas a partir dos pressupostos da prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

Esse direcionamento para uma abordagem ampliada gera complexidade na organização do trabalho da ESF, sendo necessária uma reorientação do trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, além de peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar⁴³.

O objetivo comum é o de reconhecer o todo social na ESF, na realidade complexa dos indivíduos usuários articulados ao coletivo sob diferentes olhares dos profissionais.

Para se compreender a complexidade humana não se deve, apenas, colocar todos os diferentes aspectos da realidade humana lado a lado, como peças isoladas de um “quebra-cabeça”, mas é preciso saber juntá-los. E para isso é necessário ter um conhecimento complexo. Não se pode ser transdisciplinar justapondo-se elementos. É preciso saber ligar os elementos das diferentes disciplinas, da identidade humana. Os seres humanos são indivíduos, membros de uma sociedade, e fazem parte de uma espécie biológica, a espécie humana, e esses três aspectos (humano, indivíduo e membros de uma sociedade) são absolutamente inseparáveis¹²⁸.

A complexidade coincide com uma parte de incerteza, proveniente dos limites do entendimento ou inscrita nos fenômenos, desde que se tenha a clareza de que a complexidade não se reduz à incerteza, é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados¹⁰².

Nesse sentido, os profissionais das US do GHC percebem que seu trabalho é “*variado*” por estar relacionado à vida das pessoas, e essa compreensão tem influência

em suas relações. São diferentes subjetividades, saberes e fazeres envolvidos nessa organização.

Na realidade a gente é contratado do serviço de saúde comunitária, não é só para ser dentista, não é só para ser enfermeiro, não é só para ser médico, assistente social, psicólogo. A gente tem que haver com o ensino e de repente, tu tens que estar lá na escola GHC dando aula para um residente, tens que estar sendo preceptor na unidade, tu tens que participar do controle social, tens que ir na reunião de noite, tu és responsável por um programa, tens que alimentar computador. Então, assim, além de atender, eu acho que o mais fácil muitas vezes, é atender, só que às vezes, a gente não consegue atender tanto como a gente poderia estar atendendo porque a gente tem uma demanda muito grande variada de trabalho diferente (EC1- A - 3/10/12).

O trabalho complexo mesmo é o trabalho que a gente faz, o trabalho na comunidade, ele é muito mais complexo no ponto de vista que a gente enfrenta os problemas na sua origem. [...] Nós temos uma relação com a vida toda da pessoa, a gente conhece toda família, a gente sabe toda historia, todos os problemas que tiveram, a gente tem envolvimento. Esse trabalho é bem mais complexo que dentro do hospital e nem todo mundo se adapta a ele (EC2- E - 3/12/12).

Trabalhar em atenção primaria, é muito difícil, a gente tem muitos processos de trabalho diferentes, com cabeças diferentes. Acho que uma coisa que a gente peca, é achar que todo mundo pode ir para atenção primaria porque é posto, todo mundo pode ir trabalhar de qualquer jeito entre aspas (EC2 - G - 3/12/12).

Então assim, isso [o trabalho complexo] gera no final das contas uma dificuldade de relacionamento com os colegas. A gente discute, discute, em vários espaços, discute exaustivamente e, no final das contas, às vezes, não de uma forma unânime se chega a um determinado parâmetro. E, muitas pessoas acabam não conseguindo fazer isso no seu dia a dia. Eu me sinto um pouco desmotivada quando isso acontece e, aí eu sofro. (EC2 - H - 3/12/12).

A complexidade do trabalho direciona a atenção em saúde para a articulação com outros setores da vida social, em que a ação de saúde é vivenciada e experienciada sob um olhar que vai além da doença enquanto causa e efeito.

A realidade do trabalho é muito complexa, pois nenhuma regra ou manual pode dar conta de todas as situações cotidianas do trabalho, em que há uma infinidade de possibilidades diferentes das previstas pela prescrição que podem acontecer no momento da execução: ineditismos, imprevistos, contradições, ambivalências, falhas, entre outros. E como variável de ajuste dessa engenharia tem-se o trabalhador. É ele quem se depara com a realidade e julga se as condições de trabalho darão suporte à

execução e julga se deve ou não seguir as regras para alcançar os resultados esperados¹²⁹.

O profissional da SF entende que sua ação se relaciona com questões e com a articulação com outros setores da vida em sociedade. Essa amplitude do trabalho tem gerado sofrimento:

A gente trabalha com o limite físico, com o limite da instituição, o limite do sistema de saúde e o limite que tu pode ajudar as pessoas a modificar a sua vida. Essas coisas que nós estamos falando, de pobreza, de violência, eu fico pensando é duro. Isso não que dizer que a gente não sofra. Todo o tempo que eu estou atendendo alguém, eu fico pensando o que mais que eu posso fazer? Eu fico pensando tem coisas que independem só da questão da saúde, da questão do profissional que é a decisão das pessoas individualmente (EC3 - H - 21/11/12).

A gente sente isso como uma coisa de desestímulo, adoecimento, de cansaço. Acho que seja uma das questões que a gente mais enfrenta e reflete até na nossa inter-relação. Mas na verdade, se a gente for ver o nosso foco de saúde e de doença, está no modo como a gente lida com a comunidade (EC2- D - 3/12/12).

Então, tem vários grupos, isso que eu quero dizer tem gente jovem, gente mais velha gente de todos de mais categoria. Acho que isso, mexe muito com a gente. Às vezes, a gente fica instável, desestabilizada. (EC3 - F- 21/11/12).

Às vezes, é muito sofrida de lidar com os pacientes, com a dor, com o sofrimento, com a miséria, porque não é só com a dor física. Ai tu conheces as condições, se tem chuveiro, se não tem chuveiro, se tem banheiro, se não tem banheiro. E isso, para mim é o mais difícil de lidar (EC3 - D - 21/11/12).

Ontem veio uma que o filho tentou botar fogo na casa. Agora, tu tens que resolver, porque o menino tentou botar fogo na casa agora. E, daqui a pouco, veio outro, eu não quero mais morar na vila porque eu não quero crescer no meio dessa violência desse tráfico, quero estudar. Então assim, tu ouves várias vezes isso. E isso me angustia bastante. Me deixa bem vulnerável porque tu não tens, não tens muito o que fazer (EC3 - G - 21/11/12).

Algumas pessoas acabam se sentindo sobrecarregadas de ter que fazer o acolhimento. Eu acho, que eu participei de um só é um trabalho, um pouco, muito desgastante! Tu tens que estar resolvendo situações mais graves. Às vezes, tens que estar encaminhando, tens que escolher se a pessoa será atendida naquele dia ou não, para o próprio usuário é difícil de entender (EC1- A - 3/10/12).

As falas acima evidenciam o sujeito trabalhador mobilizado com seu trabalho que tem a característica da complexidade, ou seja, sua organização exige associação com o conhecimento da clínica e da vida das pessoas. O trabalho requer o saber e o agir dos profissionais, a necessidade de relações que considerem a amplitude que os

condicionam os profissionais, ou seja, a organização do trabalho os mobiliza para se reconhecerem sujeito e coletivo, enfrentado o sofrimento e indo em busca do prazer e, em consequência, de sua saúde e a do outro. É a organização do trabalho que define suas maneiras de organização, supervisão e execução e, assim, molda os corpos e disciplina as relações interpessoais¹¹¹.

Desse modo, o confronto com o real, que inicialmente ocorre pela experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, também cria o espaço para mobilização subjetiva, para a manifestação da criatividade, que conduz à solução do problema e ao prazer no trabalho¹³⁰. Nesse sentido, se não existe trabalho sem sofrimento, a questão é: o que fazer com o sofrimento?

Parte-se da concepção que o trabalho envolve dimensões de construção-reconstrução das relações entre sujeitos-trabalhadores e realidade concreta do trabalho, na qual o homem é marcado pelo poder de resistência, de engajamento e de mudança diante da realidade simbólica, social, política e econômica inerente aos contextos de trabalho⁵⁷.

No Itra, a organização do trabalho é avaliada em um dos fatores da escala EACT. A organização do trabalho é definida com a divisão de tarefas, normas, controles e ritmo de trabalho⁶⁵. Nesse fator, 71,2% dos profissionais das unidades de SF do GHC avaliaram como risco moderado/crítico (3,32) de adoecimento relacionado ao trabalho.

Nesse fator, os itens avaliados foram: o ritmo de trabalho é excessivo; as tarefas são cumpridas sob pressão de prazos; existe forte cobrança por resultados; as normas para execução das tarefas são rígidas; existe fiscalização do desempenho; o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas; os resultados esperados estão fora da realidade; existe divisão entre quem planeja e quem executa; as tarefas são repetitivas; falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho; as tarefas executadas sofrem descontinuidade.

Nesse fator o ritmo de trabalho é excessivo (3,70), apresentando risco grave. Os demais itens foram avaliados como moderado/crítico risco de adoecimento relacionado ao trabalho: as tarefas são repetitivas (3,64); o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas (3,59); existe forte cobrança por resultados (3,48); as tarefas são cumpridas sob pressão de prazos (3,42); existe fiscalização do desempenho (3,39); existe divisão entre quem planeja e quem executa (3,03); falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho (3,35); as tarefas executadas sofrem descontinuidade

(3,26); as normas para execução das tarefas são rígidas (2,98); os resultados esperados estão fora da realidade (2,98).

Salienta-se a importância da organização do trabalho, pois ela também interfere no custo humano do trabalho, ou seja, na exigência física, exigência cognitiva e exigência afetiva.

A complexidade do trabalho nas equipes de SF do GHC, que caracteriza as ações de organização, gera sobrecarga de trabalho percebida como esgotamento profissional.

A sobrecarga de trabalho e a excessiva jornada de trabalho constituem importante fonte de estresse, e alguns dos sentimentos mais frequentes em pessoas sobrecarregadas são cansaço, ansiedade, irritabilidade. Assim, há um aumento na porcentagem de pessoas que pensam que o trabalho deveria ocupar menor espaço em suas vidas¹³¹.

Os relatos dos profissionais das equipes de SF do GHC evidenciam esse sofrimento.

Tem épocas, que eu não conseguia nem dormir. Conversei com a coordenadora, olha só o medo que eu tenho é de ficar doente, eu sempre consegui segurar bem assim as minhas emoções, mas no momento que eu ficar doente, aí vai ficar difícil de eu levantar de novo (EC1- D - 3/10/12).

O meu momento, eu visualizo é uma sobrecarga bem grande de trabalho. Isso está me gerando um sofrimento pessoal porque tu te sentes em débito sim (EC1- G - 3/10/12).

Eu, particularmente adquiri algumas sobrecargas para mim. A gente tem a função diária, a demanda de tarefas diárias, a gente acaba absorvendo outras coisas, tenta ajudar como pode e adquire outras funções. (EC1- F - 3/10/12).

O esgotamento profissional foi avaliado, na escala EIPST do Itra, como um dos indicadores de sofrimento em que considera a vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho, apresentando resultado moderado/crítico risco de adoecimento relacionado ao trabalho por 45% dos profissionais das equipes de SF do GHC.

Esse fator avalia os itens esgotamento emocional, estresse, insatisfação sobrecarga, frustração, insegurança e medo.

O item estresse (4,13) e sobrecarga (4,05) foram avaliados como graves pelos profissionais das equipes de SF do GHC. Os itens esgotamento emocional (3,9), frustração (3,39), insatisfação (3,18), insegurança (2,58) foram avaliados como

crítico/moderado risco de adoecimento relacionado ao trabalho. E o medo (1,99) foi avaliado como menos negativo/satisfatório, não representando um risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

É importante destacar que o esgotamento profissional interfere diretamente no sentimento de falta de reconhecimento no trabalho dos profissionais, conforme os resultados do estudo quantitativo, com correlação positiva.

E, conseqüentemente, sem o reconhecimento do outro, sem o exercício da alteridade, diante dos constrangimentos do trabalho e da precarização das relações subjetivas de trabalho, todos ficam cada dia mais sozinhos¹¹¹. Assim, todas as novas patologias relacionadas ao trabalho, hoje, são, antes, patologias da solidão²³.

O trabalho complexo e a sobrecarga repercutem nas relações das equipes de SF do GHC, que passam a organizar seu trabalho em agrupamentos de profissionais, abrindo espaço para a solidão:

Lá era uma unidade que eu me sentia muito sozinha e tinha sofrimento lá, a gente tinha uma equipe enorme com muitos profissionais, mas ao mesmo tempo não conseguia configurar aquilo como equipe, entende? Eram vários profissionais trabalhando juntos no mesmo local, mas era difícil de tu conseguir conceber aquilo como uma equipe (EC1- 3/10/12).

Então, para mim hoje é o que mais tem causado esse sofrimento, essa sobrecarga de trabalho, esta gestão de conflitos de interesses, em alguns momentos eu me sinto solitária. Enfim, sabe, entendo que é algo que eu estou aprendendo a fazer, enfim acho que isso vai passar, vai melhorar (EC1- 3/10/12).

Então, nós somos sugados, a nossa afetividade. Às vezes, eu invisto tanto no meu afetivo, na minha relação com o paciente, quando eu vou para a cozinha eu já estou esgotada. Às vezes, o nosso envolvimento aqui é tão grande, que a nossa afetividade está relacionada com o nosso trabalho. Então, eu acho que a gente, às vezes, tem que sair daqui e, sair daqui para curtir a nossa afetividade em outros espaços. A nossa energia vai muito para a nossa relação com o usuário (EC2- 3/12/12).

A vivência do prazer no trabalho não depende do querer, mas das condições nas quais o trabalho é realizado, da natureza da tarefa e do tipo de exigências que o envolvem. Surge sofrimento quando o trabalhador tem um gasto maior de energia do que é capaz de dar. A psicodinâmica entende que é possível vivenciar o prazer em contextos precarizados desde que a organização do trabalho ofereça condições para o trabalhador para desenvolver a mobilização da inteligência prática, espaço de fala e a ação de cooperação⁵⁷.

A cooperação é uma construção conjunta para produzir um serviço, produto comum com base na solidariedade, caracterizando-se pela convergência das contribuições de cada trabalhador e das relações de interdependência, articulando talentos e criatividade de cada trabalhador. Pressupõe a valorização e o reconhecimento da marca pessoal e do esforço de cada um para realizar o trabalho e participar do coletivo, fortalecendo a identidade psicológica e social⁵⁷.

Assim, o sentimento de solidão provocado pelos conflitos do trabalho pode formar um corpo de tamanha complexidade, e chegar ao limite de tornar impossível a execução do trabalho, levando, muitas vezes, as prescrições, concebidas para organizar o trabalho, a potencializarem a desorganização, gerando mais angústia e sofrimento¹¹¹.

Desse modo, é necessário reafirmar processos de cooperação na organização do trabalho para minimizar o sofrimento e validar o reconhecimento dos profissionais enquanto parte importante na realização do trabalho das US. Por sua vez, os espaços de escuta e de aproximação são fundamentais para os processos de organização do trabalho, potencializando as relações socioprofissionais, as subjetividades, a inteligência prática e a cooperação entre os profissionais das US do GHC.

A clínica psicodinâmica do trabalho tem como especificidade o coletivo de trabalho, o produzir e o viver junto e isso se constitui como categoria central para tal¹¹⁸.

Os profissionais das equipes de SF do GHC reconhecem que esse espaço é importante para o crescimento enquanto equipe, para falar do sofrimento de cada um frente à organização do trabalho. Avaliam, também, que a pesquisa lhes propiciou alguém para “nos ouvir e olhar para os problemas”:

Acho que tem que fazer uma rodada, o que faz feliz e o que que faz infeliz a pessoa. E, todo mundo falar, nem que seja uma palavra (EC2- D -3/12/12).

Acho de uma forma permanente também, porque a gente fazer num momento que está crítico é bom, mas eu acho que tem coisas que vão acontecer com o desenvolver das coisas (EC2 - F - 3/12/12).

A gente tem de olhar os problemas, não tem a menor dúvida. Me chama a atenção que tu estás aqui em função de uma pesquisa, mas tem uma pessoa que a gente está conseguindo dizer uma série de coisas [...] Está sendo interessante, está sendo um crescimento ouvir, nos ouvir. Meu sentimento é que pena porque a gente está tendo um momento maduro. Está sendo dito coisas, talvez até saísse mais coisas ou não. Então meu sentimento, independente da pesquisa ou não, é que pena que nós estejamos todos tendo a oportunidade de nos ouvir e quem sabe a gente consegue construir um outro momento desses. Mas eu não tenho dúvida que para construir um novo momento desses tem que ter um externo, tem que ter uma pessoa que nesse momento que representasse, entre nós um equalizador (EC2 - G - 3/12/12).

Os entrevistados dizem que para organizar seu trabalho é necessários estar e falar com os pares, assim se minimiza e se enfrenta o sofrimento, e disso surge o trabalhar com prazer, pois fala e escuta potencializam as subjetividades e singularidades e novos arranjos necessários ao trabalho.

A subjetividade resulta das inter-relações entre subjetivo-objetivo, visível-invisível, psíquico-social. É o sentido compartilhado do trabalho, construído com base nos conflitos, nas contradições e interações entre desejo/necessidade do trabalhador e as condições, organização e relações sociais particulares em determinado contexto de produção⁵⁷.

E isso significa falar e escutar, o que implica em riscos afetivos. A prática da escuta e da interpretação, articulada com a teoria, oferece robustez ao papel do clínico na busca da mobilização subjetiva e do coletivo de trabalho, em que o objeto da clínica é a relação entre o trabalho e trabalhar, eixo central da constituição do sujeito¹¹⁸.

A ausência desse espaço faz com que os profissionais, em meio a tantas pessoas, se sintam solitários e não as conheçam. Nesse sentido, os modos de organização do trabalho, no contexto do capital flexível, tem conduzido à desestruturação dos coletivos de trabalho, à carência de solidariedade e confiança e a um enfraquecimento dos laços sociais, deixando um imenso vazio no processo de constituição do sujeito, que é sempre relacional, ao interditar o espaço coletivo da fala¹¹⁸.

O custo afetivo, no Itra, é avaliado em um dos fatores da escala que avalia o custo humano do trabalho, da ECHT, definido como o dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de estados de humor⁶⁰.

Em 55,7% dos profissionais das equipes de SF do GHC, o custo afetivo ofereceu um risco crítico/moderado para o adoecimento relacionado ao trabalho.

Os itens avaliados nesse fator foram: ter controle das emoções; ter que lidar com ordens contraditórias; ter custo emocional; ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros; disfarçar os sentimentos; ser obrigado a elogiar as pessoas; ser obrigado a ter bom humor; ser obrigado a cuidar da aparência física; ser bonzinho com os outros; transgredir valores éticos; ser submetido a constrangimentos; ser obrigado a sorrir.

Os itens avaliados como moderados/críticos foram: ter controle das emoções (3,64), ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros (3,59), ter custo emocional (3,45), disfarçar os sentimentos (3,12), ter que lidar com ordens contraditórias (3,05),

ser obrigado a ter bom humor (2,65), ser bonzinho com os outros (2,63), ser obrigado a cuidar da aparência física (2,41).

E, os itens ser submetido a constrangimentos (1,92), ser obrigado a elogiar as pessoas (1,92), ser obrigado a sorrir (1,89), transgredir valores éticos (1,79) foram avaliados pelos profissionais das equipes de SF do GHC como satisfatórios, não oferecendo risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Apesar de o custo afetivo representar um indicador de sofrimento nos profissionais, eles perceberam a necessidade de seu enfrentamento. Em nenhuma das US o custo afetivo foi avaliado como um risco grave para o adoecimento relacionado ao trabalho. Dentre os três fatores da escala, custo físico, cognitivo e afetivo, o custo afetivo foi o fator que apresentou melhor resultado.

Portanto, o custo afetivo é uma exigência dispendida pelos profissionais que não é reconhecido⁶⁰. Nesse sentido, a dor vivenciada é sentida como uma banalidade, coisa sem importância¹¹¹. A autora não se refere à dor que repercute na perda da capacidade laboral, mas entende que a dor não é só física, é a dor e o sofrimento de um trabalho percebido como vazio.

Essa dor/sofrimento é manifestada pela equipe investigada neste estudo, por meio do sentimento de falta de reconhecimento do seu trabalho:

Falta reconhecimento, falta olhar para nossas necessidades, de falta de apoio para um conjunto de necessidades que a gente tem, mas a gente se segura um nos outros (EC1- A - 3/10/12).

Eu vim para cá e adoeci, a minha pressão foi a 180/110 mmHg. Então, eu fui num cardiologista e ele disse é stress. No começo, eu tinha até vontade de ir embora, porque lá [hospital] é diferente, tem todo aquele stress do trabalho mas, é diferente, muito diferente. A diferença é enorme [...] Já aqui, achei diferente, não tem tudo certinho para fazer, certinho não, cada um faz do seu jeito (EC2 - H - 3/12/12).

O reconhecimento acho que é o bravo, parece que a gente pode se gastar, trabalha mais, desde que a gente tenha esse reconhecimento. E, esse reconhecimento não se dá pela questão da equipe, e sim instâncias na comunidade, como é que a comunidade reconhece e da própria instituição que não reconhece. Eu acho que esses dois reconhecimentos são fundamentais (EC2 - D - 3/12/12).

O não reconhecimento do sofrimento no trabalho, dos seus esforços e do custo para os trabalhadores, se configura como uma entre as principais fontes do impedimento da transformação do sofrimento em prazer¹¹¹.

Ser reconhecido é saber que contribui para a organização do trabalho, que o resultado da ação teve a sua contribuição e foi valorizado no coletivo, o que fortalece a sua identidade de profissional. Ou seja, o sofrimento mobiliza, no trabalhador, a busca por condições de saúde, e contribuir para a organização do trabalho possibilita a transformação do sofrimento em prazer. Assim, ocorre a mobilização subjetiva, em que o indivíduo se engaja no trabalho e, por meio de sua subjetividade, da inteligência prática e do coletivo, busca a transformação do sofrimento. A dinâmica da mobilização subjetiva pressupõe espaço de fala e de equidade no julgamento do outro, fazendo surgir a dinâmica do reconhecimento, central na organização do trabalho⁵⁸. Salienta-se, portanto, que reconhecimento é poder, tem valor de transformação do sofrimento em prazer

A falta de reconhecimento é avaliada pelo Itra como indicador de sofrimento na escala EIPST. Nesse fator são consideradas as vivências de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho⁶⁰.

No estudo quantitativo do presente estudo, esse fator foi avaliado como satisfatório por 63,6% dos profissionais das equipes de SF do GHC.

Os itens avaliados nesse fator foram: falta de reconhecimento do meu esforço; falta de reconhecimento do meu desempenho; desvalorização; indignação; inutilidade; desqualificação; injustiça; discriminação.

Os itens indignação (2,59), falta de reconhecimento do meu esforço (2,52), falta de reconhecimento do meu desempenho (2,39) foram avaliados como risco moderado/crítico para o adoecimento relacionado ao trabalho.

Já, os itens desvalorização (1,92), inutilidade (1,05), desqualificação (1,0), injustiça (1,71), discriminação (0,99) não se configuraram como risco para o adoecimento relacionado ao trabalho pelos profissionais das equipes de SF do GHC, pois foram considerados menos negativos, ou seja, satisfatórios.

Avalia-se que os profissionais têm buscado estratégias de enfrentamento do sofrimento frente à complexidade de seu trabalho, utilizando seus recursos internos e do coletivo para enfrentar o drama do sofrimento na sua transformação de prazer e saúde.

7.3 Estratégias de enfrentamento do sofrimento

As estratégias de defesa podem ser coletivas ou individuais. As coletivas referem-se ao modo de os trabalhadores se organizarem conjuntamente quando há o objetivo comum de eliminarem o custo negativo que o trabalho lhes impõe. Para serem

utilizadas, essas estratégias necessitam da existência de cooperação entre os trabalhadores — confiança e solidariedade entre os colegas — que lhe permita chegar a um produto comum, e de um espaço público de discussão para que possam expressar coletivamente seu sofrimento¹²⁹.

Já, as estratégias individuais são mecanismos que os trabalhadores utilizam, muitas vezes de modo inconsciente, para negar (negação do próprio sofrimento e sofrimento alheio no trabalho) ou racionalizar (evitação e eufemização da angústia, medo e insegurança vivenciados no trabalho) o sofrimento e o custo humano no trabalho¹¹⁸.

Entre as estratégias coletivas de defesa os profissionais apontaram o compartilhamento do trabalho; e entre as estratégias individuais de defesa citaram o lazer, o valor de suas conquistas e habilidades pessoais e o seu trabalho.

O compartilhamento do trabalho — estratégia coletiva de enfrentamento do sofrimento do trabalho — promove cooperação e solidariedade entre os trabalhadores e lhes propicia espaço de discussão para compartilharem suas angústias, aliviando a carga do trabalho realizado pelos profissionais das equipes de SF do GHC.

Nesse sentido, os profissionais das equipes de SF do GHC utilizam as reuniões como espaços de reflexão, discussão e organização do trabalho, pois desse modo conseguem partilhar, dirimir dúvidas, promovendo uma catarse e o consequente enfrentamento/transformação do sofrimento e reorganização do trabalho.

O colegiado de gestão, eu acho que é fundamental no nosso trabalho, porque ele dá apoio a chefia. Agente consegue distribuir melhor as cargas de trabalho. (EC1- A - 3/10/12).

[...]o que aparece mesmo como melhor da unidade é a questão relação socioprofissional. Acho que a gente tem um mecanismo de sustentabilidade interna que ajuda a deixar o sofrimento um pouco mais sob controle, não tem uma questão de não adoecer mas fazer que ele não tome uma dimensão enlouquecedora (EC1- E - 3/10/12).

As vezes a gente se enfraquece, até corre risco de adoecimento quando essas relações internas se fragilizam, mas acho que isso é um diferencial importante que a gente tem. Tu conseguiste medir no teu trabalho e é real e eu acho que ele é fonte de uma certa proteção, porque não vem do externo, vem do interno, a gente se sustenta com coisa nossas (EC1- F - 3/10/12).

[...] a gente acaba se ajudando e não deixa a peteca cair (EC1 - G - 3/10/12).

[...]mas teve um momento que várias pessoas da equipe apoiaram o setor, distribuindo tarefas, tanto é que as pessoas que vinham fazer extra diziam assim: lá na minha unidade não é assim, eu que tenho que fazer sozinha, falavam para mim (EC1- H - 3/10/12).

Eu acho que o afeto é o que dá um pouco do equilíbrio no stress. Eu acho que aparece em comunidades onde o convívio é melhor, o afeto é um mediador bom.. A gente tem potencial de resgatar, de se recriar, eu gosto muito de trabalhar aqui (EC2 - E - 3/12/12).

Às vezes tu não tens como solucionar aquilo [...] e a gente meio que lida com isso, eu acho que dividindo. A gente tenta e, conversar e dividir com o outro [...](EC3 - D - 21/11/12).

A gente conta um com o outro [...] quando um está mal o outro está bem, e aí a gente troca e etc. [...](EC3 - G - 21/11/12).

As relações do coletivo aparecem como centrais na defesa/enfrentamento do sofrimento, na qual o trabalho expressa produção, afetividade e resistência em sua organização, pois se trabalha não somente para si, mas também pelos outros¹¹². Assim, os profissionais se associam, se identificam, se apoiam, transformando o sofrimento e, com isso, ressignificando seu trabalho; reafirmam a importância das relações socioprofissionais, e isso é percebido como “*um mecanismo de sustentabilidade interna que ajuda a deixar o sofrimento um pouco mais sob controle*” e como “*fonte de uma certa proteção , porque não vem do externo, vem do interno, a gente se sustenta com coisa nossas*” (EC1- 3/10/12). Ou seja, o compartilhar nas reuniões caracteriza-se como um espaço para que o trabalhador possa se expressar, ouvir e se relacionar. Para que ocorra esse espaço de discussão, a identificação com o colega é um referencial essencial da sua localização social¹²⁹.

Desse modo, o coletivo de trabalhadores fortalece o indivíduo, que pode ter suas demandas negociadas com maior poder político, além de instituir uma rede de apoio social. O trabalho só acontece, na acepção de que a produção apenas se concretiza, caso haja um engajamento do trabalhador na realização da atividade. O sentido do trabalho organiza subjetivamente uma estrutura de identidade. O coletivo se faz pelo estabelecimento de relações de cooperação entre eles, de confiança mútua e reconhecimento, que podem ser somente concretizadas no relacionamento com o outro e não apenas pelo simples agrupamento de trabalhadores¹²⁹.

Ao compartilharem o trabalho constroem coletivamente estratégias de proteção, em que se apoiam e enfrentam o estresse do trabalho, ou seja, usam mecanismos defensivos para suportar o sofrimento.

Do mesmo modo, as estratégias individuais são utilizadas pelos trabalhadores das equipes de SF do GHC para enfrentarem o sofrimento. Essas estratégias defensivas, mesmo que, às vezes, se constituam em práticas sociais, culturais e implantadas nas relações com os outros, são táticas individuais que vêm ganhando força com a

fragilização do coletivo de trabalho. Cada vez mais requisitadas, essas estratégias negam ou racionalizam o sofrimento por meio de uma dinâmica alienante com a organização do trabalho¹²⁹.

Os profissionais citam a negação e a racionalização como aliada para o alívio de seu sofrimento, em que “se desligam” do trabalho, compensando com atividades de lazer e outras habilidades que lhe causam prazer.

Para mim às vezes é um pouco pesado, mas eu tenho maneiras de driblar, [...] vou para casa, eu tento não pensar, sei lá, consigo sobreviver apesar das dificuldades que as vezes aparecem [...] vou para casa, vou para minha ginástica vou fazer uma saladinha diferente (EC1- A - 3/10/12).

[...] eu ainda estou aprendendo a lidar com isso na verdade [...] eu faço esporte, eu gosto de ler, eu tenho uma cachorra que eu vou para o parque com ela, vou ler meu livro. É um momento de tentar tirar da cabeça, porque eu acabo levando muito o trabalho para casa (EC1- F - 3/10/12).

[...] já teve tempos anteriores, assim quando eu era mais nova aqui, que eu sofria muito, que eu chegava em casa, chorava por não ter conseguido resolver [...] hoje eu estou mais experiente tanto no trabalho quanto na idade, então, eu acho que eu consigo fazer diferente e não me angustiar tanto (EC1- G - 3/10/12).

Eu canto, eu canto, eu faço ginástica, eu faço tapeçaria que eu acho que é saúde pra minha vida, eu só trabalho nesse emprego, as maneiras que eu fui arranjando para ter saúde (EC3 - D - 21/11/12).

Essas estratégias de defesa são usadas para suportar a dor de seu trabalho, aliviando sua ansiedade e possibilitando uma organização interna para conseguirem enfrentar a carga psíquica do seu trabalho.

Em seu estudo, Uchida refere que as defesas de proteção podem surgir da imprevisibilidade e do estresse do trabalho, e para o seu enfrentamento os trabalhadores realizam atividades fora do trabalho como forma compensatória do prazer renunciado¹³².

A racionalização é outra estratégia de proteção utilizada para controlar o sofrimento.

Então eu acho que o lado positivo disso, é isso, poder valorizar a minha vida, as coisas positivas da minha vida e, talvez minimizar um pouco mais os meus problemas (EC3 - H - 21/11/12).

[...] quando eu vou entrar no sofrimento eu penso nisso sabe, eu faço esse retrospecto, porque, afinal de contas eu me sinto uma pessoa privilegiada

porque dentro do mercado de trabalho, o que eu ganho é considerado excelente salário. Então tu imagina, eu não teria do que me queixar (EC3- E - 21/11/12).

Os profissionais das US do GHC utilizam a racionalização como defesa para compreender seu trabalho, dando um sentido às suas experiências, entendendo-as de modo racional, buscando positivar aquilo que lhes causa ansiedade.

Constata-se, em outro estudo, que os trabalhadores pesquisados pareciam usar o mecanismo de defesa da racionalização como estratégia de enfrentamento do estresse, buscando o controle do sofrimento vivenciado¹³³.

Nesse sentido, as estratégias de proteção são importantes para o alívio do sofrimento, pois este articula saúde, quando se relaciona ao enfrentamento das pressões do trabalho, e patológico, quando o desejo da produção vence o desejo do trabalhador⁸⁴.

Assim, as estratégias defensivas não devem caracterizar-se como alienação do trabalho, mas como defesa momentânea que vai fortalecer o trabalhador para a transformação do sofrimento em prazer. O trabalhador entende a valorização de sua vida como uma estratégia que pode ressignificar o sofrimento. Ou seja, é o momento em que o sujeito apropria-se do sofrimento para ressignificá-lo, superá-lo e transformá-lo, e, desse modo, torna-se uma ação antecipada sobre as condições concretas da organização do trabalho, sendo considerada a emancipação do sujeito¹⁰⁸.

Reconhecer e apropriar-se do sofrimento no trabalho é fundamental para ressignificá-lo, transformá-lo e produzir prazer, em que um dos caminhos provocadores da transformação do sofrimento no trabalho é o reconhecimento¹⁰⁸. E o reconhecimento do trabalho do profissional surge como fonte de prazer, subvertendo-lhe o estresse, positivando-o, e causando-lhe bem-estar.

[...] eu acho que o feedback é uma coisa que pode aliviar. O feedback positivo, se alguém der um retorno positivo para a gente, seja em relação ao paciente, seja em relação as relações, acho que nos ajuda a suportar a sobrecarga das dificuldades de espaço, por ai vai (EC2 - E - 3/12/12).

Surge uma mobilização subjetiva, na qual o trabalhador, reconhecido pelo que faz, se sente entusiasmado e se engaja no trabalho, fortalecendo seu investimento subjetivo. Nesse sentido, o entusiasmo permite que o trabalho produza reconhecimento e prazer, além de aumentar a tolerância com o trabalho precarizado, gerador de sofrimento¹⁰⁸.

Considerando-se que as exigências do trabalho demandam investimento físico e sociopsíquico, os danos físicos, psicológicos e sociais foram avaliados na escala de danos relacionados ao trabalho (EADRT).

O dano físico (2,33), definido como dores no corpo e distúrbios biológicos⁶⁵, foi avaliado como suportável por 42,8% dos profissionais.

Os itens avaliados nesse fator são dores no corpo, dores nos braços, dor de cabeça, distúrbios respiratórios, distúrbios digestivos, dores nas costas, distúrbios auditivos, alterações do apetite, distúrbios na visão, alterações do sono, sendo que dores nas costas (3,57), dores no corpo (3,55), dor de cabeça (3,47) foram avaliados como grave risco de adoecimento.

O dano psicológico refere-se a sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral⁶⁵ e foi avaliado como suportável por 74,3% dos profissionais das equipes de SF do GHC, com resultado de 1,375.

Os itens avaliados nesse fator são amargura, sensação de vazio, sentimento de desamparo, mau-humor, vontade de desistir de tudo, tristeza, irritação com tudo, sensação de abandono, dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas, solidão.

Nos danos psicológicos, todos os itens foram avaliados como suportáveis pelos profissionais das equipes de SF do GHC, cujas médias foram: mau-humor (1,85), irritação com tudo (1,76), tristeza (1,69), vontade de desistir de tudo (1,43), sentimento de desamparo (1,35), dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas (1,32), sensação de abandono (1,17), solidão (1,11), sensação de vazio (1,10), amargura (1,01).

Desse modo, o trabalho das US do GHC revelam que os danos psicológicos são mais significativo para o trabalho.

Os fatores ergonômicos e organizacionais, reconhecidos como elementos de risco nos quadros dos DORTS, sinalizam, na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, a produção de cargas psíquicas¹¹¹, que, ao contrário das demais cargas, não é quantificada pois refere-se à vivência do trabalhador.

Esse fato que foi evidenciado na etapa qualitativa da pesquisa, em que o próprio profissional da equipe de SF do GHC manifestou o peso que a carga psíquica lhe confere, antecedendo o dano físico, conforme narrativa a seguir:

[...]a gente se atrita e tu não vai trabalhar bem, tu não tem vontade de vir. Eu procurei até um psiquiatra [...] Eu vim para cá e adoeci, a minha pressão foi a 180/110 mmHg (EC2 - F - 3/12/12).

Assim, as pressões da organização do trabalho atingem o funcionamento psíquico, mas é no corpo que a doença aparece ¹¹¹.

Outra forma de adoecimento oriundo do trabalho é o que acomete a vida social do trabalhador e foi avaliado na EADRT pelo fator dano social, definido como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais⁶⁰.

O dano social (0,70) foi avaliado como suportável por 60,5% dos profissionais para o risco de adoecimento relacionado ao trabalho, representado nos itens insensibilidade em relação aos colegas, dificuldades nas relações fora do trabalho, vontade de ficar sozinho, conflitos nas relações familiares, agressividade com os outros, dificuldade com os amigos, impaciência com as pessoas em geral.

Os itens vontade de ficar sozinho (2,40), dificuldades nas relações fora do trabalho (2,16), impaciência com as pessoas em geral (2,01) foram avaliados como risco crítico de adoecimento relacionado ao trabalho pelos profissionais das equipes de SF do GHC.

Já, os itens insensibilidade em relação aos colegas (1,65), conflitos nas relações familiares (1,45), agressividade com os outros (1,39), dificuldade com os amigos (0,91) foram avaliados como suportáveis.

O fator dano físico interfere na vida social dos profissionais, com uma correlação positiva regular. E o fator dano psicológico interfere na vida social dos profissionais, com uma correlação positiva forte.

A narrativa a seguir demonstra essa correlação:

[...]eu vejo que o meu trabalho hoje repercute demais na minha vida pessoal, toma muito espaço da minha vida pessoal, dos meus desejos, daquela coisa, assim, tu fazer aquilo que tu estás afim no horário que tu estás livre (EC1- I - 3/10/12).

Assim, por meio das estratégias defensivas individuais ou coletivas o trabalhador das US do GHC enfrenta o sofrimento, buscando modificar aquilo que lhe faz sofrer.

Desse modo, o sofrimento é definido como uma vivência individual ou coletiva, ocupa posição central na abordagem da psicodinâmica do trabalho, pois é inevitável em função das contradições e pressões do sistema de produção vigente. E o trabalho pode exercer efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico, pode contribuir para subvertê-lo, ressignificando-o e transformando as situações que o geraram. O sofrimento no trabalho não é patológico, possui um papel no aumento da resistência e no fortalecimento da identidade pessoal, significando, assim, que ele pode ser uma possibilidade de fazer o

trabalhador encontrar estratégias para enfrentá-lo de forma criativa e mudar as situações que o provocaram. Tal mobilização depende da margem de liberdade oferecida ao trabalhador para ajustar suas necessidades pessoais às situações de trabalho. É necessário um espaço para discussão, participação, cooperação e solidariedade dos trabalhadores, especialmente a crença nas mudanças e nas suas contribuições efetivas para as modificações das situações cotidianas do trabalho, geradoras de sofrimento¹³³.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da Família configura-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que busca melhor compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada centradas nas famílias de uma área adscrita. Caracteriza-se, ainda, como trabalho complexo, exigindo, dos profissionais, uma construção coletiva.

Desse modo, o trabalho nas equipes de SF requer dos profissionais a incorporação de novos conhecimentos, mudança na cultura e o compromisso de garantir uma prática pautada na consideração da subjetividade, no estabelecimento de vínculos e responsabilização pelo cuidado.

E esse modelo requer dos profissionais uma prática de organização das atividades, implicada em relações que proporcionam prazer e/ou sofrimento, evidenciando a importância dos estudos em saúde sobre o trabalho, pois se entende que para ser continente com o sofrimento do outro, o trabalhador da saúde deve, em seu trabalho, ter possibilidades de negociar seus desejos com as necessidades organizacionais, evitando o sofrimento.

Nesta tese teve-se o objetivo de avaliar a organização do trabalho, prazer, sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição, por meio de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa em que foi utilizado o referencial teórico metodológico da Psicodinâmica do Trabalho.

O estudo quantitativo transversal foi realizado por meio da aplicação do Inventário de Risco de Adoecimento Relacionado ao Trabalho (Itra) aos profissionais de equipes da SF, de 12 unidades de saúde do SSC do GHC.

No estudo qualitativo realizou-se entrevistas coletivas em três US do GHC, que na etapa quantitativa apresentaram menor, moderado e maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho, buscando-se qualificar as informações sobre prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, obtidos no estudo quantitativo com a aplicação do Itra.

Os resultados do Itra evidenciaram que o contexto de trabalho das US da GHC apresentam moderado risco de adoecimento relacionado ao trabalho quanto à organização, condições e relações socioprofissionais.

A organização do trabalho foi avaliada por 71,2% dos profissionais das unidades de SF como moderada, sendo: *O ritmo de trabalho excessivo e as tarefas repetitivas*

apresentaram resultados mais negativos e, em contrapartida, as normas para execução das tarefas são rígidas e os resultados esperados estão fora da realidade foram avaliados mais positivamente.

Do mesmo modo, as condições do trabalho apresentaram resultado moderado em 60,8% dos profissionais das equipes de SF do GHC, em que *o mobiliário existente no local de trabalho e o espaço físico inadequado* foram os resultados mais negativos.

As relações socioprofissionais foram avaliadas com resultado moderado por 68% dos profissionais. Foram avaliados negativamente os itens *existem disputas profissionais no local de trabalho e a comunicação entre funcionários é insatisfatória*. E, positivamente, os itens *existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional*.

Os custos humano, físico e afetivo do trabalho foram avaliados como moderado e grave para custo cognitivo, evidenciando o risco de adoecimento relacionado ao trabalho.

Em 54,1% dos profissionais das unidades de SF avaliaram o custo físico como moderado, e *usar as mãos de forma repetida e usar os braços de forma contínua foram os itens mais negativos*. Em contrapartida, os itens mais positivos foram *ter que manusear objetos pesados e subir e descer escadas*, oferecendo menor risco para o adoecimento relacionado ao trabalho.

O custo cognitivo apresentou, em 62,2% dos profissionais das equipes de SF, resultado grave, sendo que *usar memória e ter que resolver problemas* foram os itens com resultado mais negativo. E *desenvolver macetes e fazer previsão de acontecimentos* oferecem menos risco para o adoecimento.

O custo afetivo, segundo 55,7% dos profissionais das US, oferece um risco moderado para o adoecimento relacionado ao trabalho. E *ter controle das emoções e ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros* foi avaliado negativamente, oferecendo mais risco para adoecimento.

As vivências de prazer e sofrimento foram considerados satisfatórios.

A realização profissional, avaliada como satisfatório por 59,6% dos profissionais das unidades de SF, em que *orgulho pelo que faço e identificação com minhas tarefas* foram os itens que mais proporcionam prazer.

A liberdade de expressão foi avaliada como satisfatória por 58,9% dos profissionais das equipes de SF do GHC, na qual o prazer é identificado na *liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas e liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias*.

O fator esgotamento profissional apresentou resultado moderado em 45% dos profissionais. O *estresse* e *sobrecarga* foram os indicadores que mais levam os profissionais ao esgotamento profissional relacionado ao trabalho. E *insegurança* e *medo* foram avaliados com menor valor, não apresentando interferência no trabalho das US do GHC.

A falta de reconhecimento apresentou resultado satisfatório por 63,6% dos profissionais, sendo que a *indignação* e *falta de reconhecimento do meu esforço* são fatores que interferem de modo negativo.

Em relação aos danos relacionados ao trabalho físico, psicológico e social foram considerados como suportáveis.

Os danos físicos foram avaliados por 42,8% dos profissionais como suportável, sendo *dores nas costas* e *dores no corpo* os itens mais negativos. E por sua vez, os danos psicológicos foram avaliados como suportáveis por 74,3% dos profissionais das equipes de SF do GHC, em que o *mau-humor* e *irritação com tudo* apresentou valor mais alto, e *sensação de vazio* e *amargura*, os mais baixos. Também os danos sociais foram avaliados como suportáveis por 60,5% dos profissionais, e apresentou resultados mais altos na *vontade de ficar sozinho* e *dificuldades nas relações de trabalho*, e, mais baixos, para *agressividade com os outros* e *dificuldade com os amigos*.

O estudo evidenciou que na organização do trabalho das US as condições pouco interferem no prazer e sofrimento dos profissionais, e que as relações socioprofissionais são fatores importantes no prazer e no sofrimento.

Os resultados indicam que as exigências físicas, afetivas e de conhecimento influenciam o prazer e sofrimento no trabalho das US do GHC.

Quanto às vivências de prazer e sofrimento no trabalho, o estudo mostrou a importância do processo de reconhecimento para enfrentar o sofrimento e a transformação do prazer no trabalho.

Na Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, os fatores dano psicológico e dano social apresentaram correlação positiva forte, assinalando a importância das relações na organização no trabalho com sua interferência na subjetividade e no coletivo do trabalho.

Foi evidenciado, ainda, que o trabalho estressante interfere diretamente na vida social dos profissionais, e que as exigências cognitivas no trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC podem ocasionar doenças físicas, psicológicas e sociais.

Os resultados do Itra evidenciaram que os profissionais das equipes de SF do GHC estão realizados profissionalmente, satisfeitos em relação à liberdade de expressão e possuem reconhecimento profissional. Não apresentam danos físicos, psicológicos ou sociais oriundos do trabalho. Sentem-se moderadamente esgotados profissionalmente. Avaliam a organização do trabalho, as condições com as quais realizam suas atividades profissionais e suas relações socioprofissionais como moderadas em relação ao risco de adoecimento, e, do mesmo modo, as exigências físicas e afetivas. A exigência cognitiva foi avaliada como grave pelos profissionais.

O estudo qualitativo possibilitou um espaço de fala, escuta e reflexão dos profissionais das US do GHC, tendo como disparador os resultados do Itra, e, assim, dando voz às contradições e mediações desse trabalho com o intuito de mobilizar mudanças na organização do trabalho na busca do prazer. Da análise das entrevistas coletivas emergiram três categorias temáticas: prazer, sofrimento e estratégias defensivas do sofrimento.

Os profissionais das equipes avaliaram como eventos de prazer no seu trabalho a autonomia, a criatividade e o trabalho em equipe, pois produzem sensações agradáveis e de bem-estar aos profissionais.

A autonomia imprime características pessoais ao trabalho, potencializando a expressão da subjetividade, na qual o profissional tem liberdade de demonstrar seus conhecimentos e capacidade para organizar e produzir seu trabalho, enfrentando uma robotização das ações frente ao trabalho prescrito.

A autonomia implica, também, responsabilidade porque oferece liberdade com compromisso, exigindo dos profissionais capacidades para enfrentar as condições de trabalho, suportando o trabalho real, permeado de conflitos e interesses diversos. Tem, ainda, uma expressão política, pois os profissionais mostram seu poder para criar seu trabalho, o que se traduz em liberdade e, conseqüentemente, em prazer.

Nesse sentido, o exercício da autonomia também produz criatividade no trabalho das equipes de SF do GHC, propondo novas práticas e o enfrentamento do trabalho prescrito e rotineiro. Avaliam que ser criativo é interferir e agir na concepção do trabalho, ter conhecimento da sua finalidade, dos meios e instrumentos necessários para sua construção e realização.

Por meio da inteligência prática os profissionais são criativos, “*desplanejam*” e têm liberdade para inventar seu trabalho. Isso mobiliza a cooperação coletiva, pois o trabalho não é exclusivamente individual porque se organiza na relação com outros.

Assim, os profissionais das equipes de SF do GHC referem-se ao trabalho em equipe como prazeroso, identificam sentimentos de satisfação nas relações de trabalho. Esse sentimento de bem-estar é percebido com o convívio, vínculo e bom relacionamento entre os profissionais das equipes. Desse modo, o prazer advém do reconhecimento do trabalho em equipe, o que lhes confere identidade, unindo-os e funcionando como sustentabilidade frente às dificuldades, fortificando-os enquanto equipe, produzindo trocas e confiabilidade entre os pares. Por outro lado, quando o trabalhador não consegue negociar o trabalho prescrito com seu potencial subjetivo e criativo na construção do trabalho surge o sofrimento.

Os profissionais das equipes da SF do GHC, nas entrevistas coletivas, avaliaram como indicadores de sofrimento no seu trabalho as exigências do trabalho, o ambiente físico e a complexidade do trabalho.

No que se refere às exigências, os profissionais avaliaram como indicadores de sofrimento no seu trabalho as exigências institucionais, pessoais e as oriundas dos usuários. As exigências institucionais estão relacionadas a bons resultados por meio de indicadores de produtividade e avaliações de serviço e entre as US. As exigências pessoais são aquelas em que os profissionais exigem, de si, qualificação, resolutividade na realização de um trabalho de qualidade; e as exigências dos usuários são as demandadas por eles no trabalho oferecido na US.

Observa-se o descompasso entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois os profissionais relataram que por mais que exista uma valorização da atenção primária e saúde da família pelas políticas públicas, há um descompasso em que existe muito mais demandas que propriamente investimentos.

Para os profissionais, essas exigências, além de serem percebidas como geradoras de sofrimento no trabalho, demonstram a necessidade de maior compreensão acerca do trabalho em SF, pois é no cotidiano das unidades que a prática assistencial é real, considerando-se que o conhecimento exige a expansão do improvisado, do trabalho que cria e inventa pelas necessidades apresentadas na constituição do trabalho vivo em ato.

E, ainda, existem dificuldades na compreensão desse trabalho complexo e a desvalorização das intervenções realizadas na atenção básica, porque a mesma é diferente quando comparada ao trabalho nos grandes hospitais ou nos ambulatórios especializados centrados em práticas curativas. Assim, relataram sofrimento porque cobram de si a realização de um trabalho de qualidade e resolutivo, pois querem atender as demandas de seus usuários, por ser essa a essência de seu trabalho.

Nesse sentido, o trabalho da ESF exige a oferta constante de si por parte dos profissionais para o acolhimento das demandas de saúde, podendo gerar momentos de tensão e estresse na realização do trabalho. Essas exigências têm implicações no custo humano do trabalho e envolvem custo físico, cognitivo e afetivo.

Os profissionais avaliaram que o ambiente físico das US do GHC apresenta deficiências que prejudicam seu trabalho, afetam o seu bem-estar, o conforto da equipe e dos usuários do serviço, caracterizando os espaços de atenção em saúde como não acolhedores.

Desse modo, são diferentes subjetividades, saberes e fazeres envolvidos na organização do trabalho da US do GHC, e os profissionais o compreendem como “*variado*”, necessitando de um olhar para além da doença enquanto causa e efeito, e essa amplitude do trabalho tem gerado sofrimento aos profissionais.

Esses profissionais também se sentem mobilizados com seu trabalho complexo e com sua organização, se reconhecem sujeito e coletivo, enfrentando o sofrimento na busca do prazer e, em consequência, sua saúde e a do outro.

Para tal, é necessário reafirmar processos de cooperação na organização do trabalho para minimizar o sofrimento e validar o reconhecimento dos profissionais enquanto parte importante na realização do trabalho das US. Os profissionais têm buscado estratégias de enfrentamento do sofrimento, utilizando seus recursos internos e do coletivo para enfrentá-lo, transformando-o em prazer e saúde.

Avaliaram como estratégias coletivas de defesa o compartilhamento do trabalho e estratégias individuais de defesa por meio do lazer, o valor de suas conquistas e habilidades pessoais e do seu trabalho.

O compartilhamento do trabalho caracteriza-se por promover a cooperação e a solidariedade entre os trabalhadores, propiciando-lhe um espaço de discussão para falar de suas angústias, aliviando a carga do trabalho dos profissionais das equipes de SF do GHC. As reuniões possibilitam reflexão, discussão e organização do trabalho, pois nelas conseguem partilhar, dirimir dúvidas, promovendo uma catarse e, conseqüentemente, o enfrentamento/transformação do sofrimento e a reorganização do trabalho, e, assim, ressignificam seu trabalho.

Do mesmo modo, utilizam, estratégias individuais, em que negação e racionalização são mecanismos que aliviam os sofrimento, pois “se desligam” do trabalho, compensando com atividades de lazer e outras habilidades que lhe causam prazer. Essas estratégias de defesa possibilitam uma organização interna para conseguir enfrentar a carga psíquica do seu trabalho.

A pesquisa permitiu conhecer o trabalho das equipes de SF do GHC, exigências físicas, cognitivas e afetivas desse trabalho, vivências de prazer, sofrimento e doenças relacionadas ao trabalho, e contribuiu com espaços de escuta e fala dos profissionais acerca do cotidiano de trabalho e proporcionou momentos de reflexão acerca das atividades profissionais e organização do trabalho. O estudo tem como limites a necessidade, por parte dos gestores e das políticas públicas, a continuidade desses espaços que possibilitam a interação e relação entre os sujeitos para a produção de saúde envolvendo a subjetividade e integralidade da atenção.

Finalizando, destaca-se a importância e a necessidade de espaços de fala e escuta no trabalho das US, potencializando sua organização, subjetividade, autonomia, criatividade e coletivos fortalecidos no enfrentamento do sofrimento e busca do prazer. Com isso, fortalece-se a ressignificação do trabalho em que as pessoas se reconhecem como sujeitos e não somente instrumentos da fábrica de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Glanzner CH. Avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
2. Olschowsky A, coordenadora. Avaliação da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (MENTALESF): relatório final. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
3. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):455-64.
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
5. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussão da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):682-8.
6. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):657-64.
7. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol Soc*. 2008;20(2):237-46.
8. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. *Rev APS*. 2008;11(4):380-8.
9. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1992.
10. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
11. Ganem V, Gernet I, Dejours C. Le travail: que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail? *L'Information psychiatrique*. 2008;84:801-7.
12. Marx K. O Capital. 3. ed. Bauru: EDIPRO; 2008.
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
14. Codo W, Vasquez-Menezes I. O que é burnout? In: Codo W, coordenador. Educação, carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes; Brasília: CNTE, UnB; 1999.
15. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais nas práticas do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):460-8.

16. Merlo ARC, Lapis NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicol Soc.* 2007;19(1):61-8 .
17. Taylor, F. W. Princípios de administração científica. São Paulo: Atlas; 1995.
18. Dejours C, Dessors D, Desrioux F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Rev Adm Empres.* 1993;33(3):98-104
19. Gounet, T. Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo; 1999.
20. Malaguti, ML. A ideologia do modelo japonês de gestão. *Ensaio FEE.* 1996; 17(1):43-73.
21. Sennett, R. A corrosão do caráter: Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record; 2001.
22. Traesel ES, Merlo ARC. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2011;36(123):40-55.
23. Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Prod.* 2004;14(3):27-34.
24. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Artigos nº 196 e nº 198. Brasília: Senado Federal; 1988.
25. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
26. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
27. Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos. Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental. Brasília; 2006.
28. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da Família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(Supl. 1):1439-52.
29. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios [Internet]. Campinas; 1999 [citado 2010 dez 15]. Disponível em: <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>
30. Ministério da Saúde (BR). Princípios básicos para a operacionalização de Saúde da Família [Internet] [citado 2010 maio 25]. Disponível em: www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm

31. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1996 nov 6;134(216 Seção 1):48-56.
32. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família. Abrangência: nacional. Período: julho de 2008 a junho de 2008 [Internet]. [citado 2008 ago 24]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.ph.
33. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família. Abrangência: Estado - RS. Período: julho de 2008 a junho de 2008 [Internet]. [citado 2008 ago 24]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php.
34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2006 mar 29;143(61 Seção 1):71-76.
35. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e ESF. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p.783-836.
36. Paim JS. Modelos de atenção à saúde mental. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.547-73.
37. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
38. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
39. Morosini MVGC, Cobo ADAC organizadoras. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde. Brasília; 2004.
41. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
42. Morin E. Epistemologia da complexidade. In: Schnitman DF, orgasnizador. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.274-86.

43. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da amazônia. *Rev Bras Educ Médica*. 2010;34(3):379-89.
44. Silva MJP, Egry EY, Ângelo M, Barbosa MAM, Sousa RMC, Castilho V, Lopes NA, Batista AO. Produção do conhecimento em Enfermagem: da idéia da pesquisa à publicação em periódico qualificado. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(nesp 2): 1347-51.
45. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(5):684-9.
46. Observatório de Recursos Humanos em Saúde (BR). Distribuição das categorias profissionais do modelo PSF por intervalos de remuneração e tempo no município. Distribuição das categorias profissionais do modelo PSF por intervalo de remuneração e vínculo. Belo Horizonte; 2006.
47. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-18.
48. Flegele DS, Guerra MA, Espindula KD, Lima RCD. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2010;12(2):5-11.
49. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria da Saúde. Porto Alegre: 2010 [citado 01 set. 2010]. Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/smf/>
50. Melo MA. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: Rico EM. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 2006. p.11-28.
51. Arreteche MT. Tendências no estudo sobre avaliação. In Rico, EM. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; 2006. p.29-40.
52. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Rev Saúde Colet*. 2010;20(1):235-59.
53. Pisco LA. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):568-8
54. Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11 (3): 569-71.
55. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2006 fev 23;143(39 Seção 1):43-51.

56. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
57. Mendes AM. Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: Mendes AM, organizadora. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.65-87.
58. Dejours C. Prefácio. In: Mendes AM, organizadora. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.19-22.
59. Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2008.
60. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento – Itra: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, organizador. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.111-26.
61. Ferreira MC, Mendes AM. Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira. Brasília: Ler, Pensar, Agir, 2003.
62. Dejours C, Dessors D, Desrioux F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Rev Adm Empres. 1993;33(3):98-104.
63. Merlo ARC, Mendes AMB. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. Cad Psicol Soc Trab. 2009;12(2):141-56.
64. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2345-54.
65. Lazzarato M, Negri A. Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
66. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1):19-26 .
67. Rosa AJ, Bonfanti ALA, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. Saude Soc. 2012;21(1):141-52 .
68. Ribeiro SFRA, Martins STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. Psicol Estud. 2011;16(2):241-50.
69. Campos JF, David HS. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2):363-8.
70. Martins JT, Robazzi MLCC. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009;17(1):52-8.

71. Dejours, C. A banalização da injustiça social. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001.
72. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
73. Raupp B. A importância na formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologias para o SUS, viabilizando propostas do Ministério da Saúde. Porto Alegre; Serviço de Saúde Comunitária/GHC, 2000. (não publicado)
74. Lopes JM, Leite WLC, Cunha S. Uma história rica... Uma contribuição real. Projeto da Unidade de Medicina da Família. Programa de Residência de Medicina Geral e Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre; Serviço de Saúde Comunitária/GHC; 1982. (não publicado)
75. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Projeto da Unidade de Medicina da Família. Programa de Residência de Medicina Geral e Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre; 1982. (não publicado)
76. Raupp B. História do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Porto Alegre; Serviço de Saúde Comunitária/GHC; s.d. (não publicado)
77. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre; 2014 [citado 2014 set 01]. Disponível em: <http://www.ghc.com.br>
78. Mendes AM, Ferreira MC. Contexto de trabalho. In: Siqueira MMM, organizadora. Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 111-123.
79. Field A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
80. Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
81. Motta VT. Bioestatística. Caxias do Sul: Educs; 2006.
82. Hulley SB, Cummings ST, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
83. Callegari-Jaques S. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
84. Mendes AM. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
85. Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizador. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-41.

86. Ramos FRS, Finkler M, Gonçalves ER, Caetano JC. A eticidade na pesquisa qualitativa em saúde: o dito e o não dito nas produções científicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(supl. 1):1673-84.
87. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
88. Yin, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2010.
89. Martins SR. Subjetividade e adoecimento por dorts em trabalhadores de um banco público em Santa Catarina. In: Mendes AM, organizadora. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.129-54.
90. Freitas LG. O Processo de saúde e adoecimento dos professores que atuam em ambiente virtual. In: Mendes AM, organizadora. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.155-78.
91. Antloga CSX, Costa SHB. Organização do trabalho e prazer-sofrimento dos trabalhadores de uma empresa familiar de vendas. In: Mendes AM, organizadora. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007, p.179-204.
92. Rocha SRA. Depressão relacionada aos distúrbios osteomusculares. In: Mendes AM, organizadora. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p.205-29.
93. Kantorski LP, organizadora. *Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório*. Pelotas; 2008.
94. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
95. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
96. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
97. Dejours C. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004. Cap. 2, p.105-26.
98. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
99. Congresso Nacional (BR). Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 1998 fev 20;136(36 Seção 1):3-9.

100. Mendes AM. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: Mendes AM, organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e escravidão. Curitiba: Juruá; 2008. p.13-25.
101. Mora JF. Dicionário de filosofia. São Paulo: Ed. Loyola; 2001.
102. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
103. Moraes RD, Vasconcelos ACL, Cunha SCP. Prazer no trabalho: o lugar da autonomia. Rev Psicologia. 2012;12(2):217-27.
104. Ferreira MC. Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. Brasília: Edições Ler, Pensar, Agir; 2011.
105. Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (nесп. 2):1710-5.
106. Reibnitz KS, Prado ML. Criatividade e relação pedagógica: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico criativo. Rev Bras Enferm. 2003;56(4):439-42.
107. Merhy EE, et al. O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS o cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
108. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
109. Mendes AM, Morrone CF (2010). Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: Mendes AM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP, organizadores. Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá; 2010. Cap.1, p. 29-52.
110. Karam H. Centralidade do trabalho e saúde mental pública. In: Mendes AM, organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá; 2008. p.139-52.
111. Rodrigues SM. Tempo antes do adoecer: relações entre saúde e os processos psicodinâmicos do reconhecimento do trabalho. In: Mendes AM, organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá; 2008. p. 69-88.
112. Ferreira MC. “Chegar feliz e sair feliz do trabalho”: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: Mendes AM, organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá; 2008. p.40-53.
113. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

114. Campos GWS, Gutierrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica:saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.132-53.
115. Heloani JR. Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. In: Mendes AM, organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá; 2008. p.153-68.
116. Figueredo MD, Furlan PI. O subjetivo e o sócio cultural na produção de saúde e autonomia. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica:saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.154-78
117. Mielke FB Cossetin A, Olschowsky A. O Conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2012 abr.-jun.;21(2):387-94.
118. Mendes AM, Araújo LK. Clínica do trabalho: práticas brasileiras. Brasília: Libris; 2011.
119. Dicionário da Língua Portuguesa [Internet]. 2014 [citado 2014 out. 01]. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dicionarios.aspx>
120. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2. ed. Brasília; 2007.
121. Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):781-7.
122. Katsurayama M, Parente RCP, Moraes RD, Moretti-Pires RO. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. Cad Saúde Coletiva. 2013;21(4):414-9.
123. Zilioto DM, Oliveira BO. A organização do trabalho em call centers: implicações na saúde mental dos operadores. Rev Psicol Organ Trab. 2014;14(2):169-79.
124. Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. Arq Catarin Med. 2010;39(3):79-84.
125. Mielke, FB. Avaliação da gestão da atenção psicossocial na estratégia saúde da família: com a palavra os coordenadores [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2013.
126. Morrone CF, Mendes AM. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. Rev Psicol Organ Trab. 2003;3(2):91-118.
127. Foucault M. Microfísica do poder. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012.

128. Morin E. Desafios da transdisciplinaridade e da complexidade. In: Audy JLN, Morosini MC, organizadores. Inovação e interdisciplinaridade na universidade. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007. p.22-8.
129. Anjosa FB, Mendes AM, Santos AV, Facasd EP. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. Rev Eletr Sist Gestão. 2011;6(4):562-82.
130. Dejours C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes AM, Lima SCC, Facas EP, editores. Diálogos em psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo; 2007.
131. Luque AG, Álvaro JL. La dimension subjetiva del tiempo. In: Mendes AM, organizadora. Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá, 2008. p.130-8.
132. Uchida S. Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. Psicol USP. 1998;9(2):179-204.
133. Mendes AM, Costa VPC, Barros PCR. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. Estud Pesqui Psicol. 2003;3(1):artigo 4.

APÊNDICE A - LISTA DAS ESF DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

UNIDADES - USF	UBS
GERÊNCIA DISTRITAL NORTE / EIXO BALTAZAR	
01	ESF Asa Branca
02	ESF Beco dos Coqueiros
03	ESF Esperança Cordeiro
04	ESF Jenor Jarros
05	ESF Nova Gleba
06	ESF Passo das Pedras II
07	ESF Planalto
08	ESF Santa Fé
09	ESF Santa Maria
10	ESF Santo Agostinho
11	ESF São Borja
12	ESF Jardim Leopoldina – Hospital Conceição
13	ESF Nossa Senhora Aparecida – Hospital Conceição
GERÊNCIA DISTRITAL SUL / CENTRO SUL	
14	ESF Alto Erechim
15	ESF Cidade de Deus
16	ESF Morro dos Sargentos
17	ESF São Vicente Mártir
18	ESF Campos do Cristal
19	ESF Moradas da Hípica
20	ESF Vila Nova Ipanema
GERÊNCIA DISTRITAL RESTINGA/EXTREMO SUL	
21	ESF Quinta Unidade
22	PSF Castelo
23	PSF Chácara do Banco
24	PSF Ponta Grossa
25	PSF Vila Pitinga
GERÊNCIA GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL	
26	ESF Alto Embratel
27	ESF Cruzeiro do Sul
28	ESF Divisa
29	ESF Graciliano Ramos
30	ESF Jardim Cascata
31	ESF Mato Grosso
32	ESF Nossa Senhora das Graças
33	ESF Orfanatório
34	ESF Osmar de Freitas
35	ESF Rincão – Hospital Divina Providência
36	ESF São Gabriel
37	ESF Santa Anita
38	ESF Santa Tereza
39	ESF Nossa Senhora de Belém – Hospital Divina Providência
GERÊNCIA DISTRITAL NOROESTE/HUMAITÁ/ILHAS	
40	ESF Mario Quintana
41	ESF Nazaré
42	ESF Santíssima Trindade – Hospital Conceição
43	ESF Conceição – Hospital Conceição
44	ESF Floresta – Hospital Conceição
45	ESF Jardim Itu – Hospital Conceição
46	ESF Ilha Pintada – Hospital Moinhos de Vento
47	ESF Ilha dos Marinheiros – Hospital Moinhos de Vento

GERÊNCIA DISTRITAL PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO	
48	ESF Ernesto Araújo
49	ESF Esmeralda
50	ESF Lomba do Pinheiro
51	ESF Panorama
52	ESF Pitoresca
53	ESF Vila São Pedro
54	ESF Vila Viçosa
55	ESF Herdeiros
56	ESF Maria da Conceição
GERÊNCIA DISTRITAL LESTE / NORDESTE	
57	ESF Batista Flores
58	ESF Jardim Carvalho
59	ESF Jardim da FAPA
60	ESF Jardim Protásio Alves
61	ESF Mato Sampaio
62	ESF Milta Rodrigues
63	ESF Safira Nova
64	ESF Safira
65	ESF Tijuca
66	ESF Laranjeiras
67	ESF Timbaúva
68	ESF Vila Brasília
69	ESF Vila Pinto
70	ESF Wenceslau Fontoura
GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO	
71	ESF Santa Cecília
72	ESF Santa Marta e Sem Domicílio
TOTAL DE UNIDADES = 72	
TOTAL DE EQUIPES DE ESF = 101	

Fonte: PMPOA, 2010

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: AVALIAÇÃO DO PRAZER E DO SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO GRUPO HOPITALAR CONCEIÇÃO - Estudo Quantitativo

Pesquisadora: Cecília Helena Glanzner

Prof. Dra.: Agnes Olschowsky (orientadora)

Você é convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar os fatores de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (SF) no GHC. Tem como objetivos específicos: descrever a organização, condições e relações sociais de trabalho dos profissionais das equipes de SF; identificar o custo físico, cognitivo e afetivo deste trabalho; analisar as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias utilizadas para enfrentar o sofrimento patogênico; verificar os danos físicos, psicológicos e sociais a qual estão submetidos; estabelecer correlações entre estas dimensões, bem como a relação de impacto de uma sobre as outras; analisar o perfil sociodemográfico dos grupos de profissionais das equipes de Saúde da Família. O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS.

Para alcançar os objetivos, a coleta de dados será realizada por meio da aplicação do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (Itra), em que os profissionais das equipes de Saúde da Família serão convidados a preencher o Itra.

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa. Os resultados do Itra serão transcritos e identificados por números. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo junto à instituição em que o mesmo será realizado.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Cecília H. Glanzner, telefone 9997-0509, email: ceciliaglanzner@hotmail.com e endereço: Av. Francisco Trein 596 – Bloco cirúrgico - HNSC. Porto Alegre.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___ de _____ de 2011

Assinatura do entrevistado
Nome:

Assinatura da pesquisadora
Pesquisadora: Cecília Helena Glanzner

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: AVALIAÇÃO DO PRAZER E DO SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO GRUPO HOPITALAR CONCEIÇÃO – Estudo Qualitativo

Pesquisadora: Cecília Helena Glanzner

Prof. Dra.: Agnes Olschowsky (orientadora)

Você é convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar os fatores de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (SF) no GHC. Tem como objetivos específicos: descrever a organização, condições e relações sociais de trabalho dos profissionais das equipes de SF; identificar o custo físico, cognitivo e afetivo deste trabalho; analisar as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias utilizadas para enfrentar o sofrimento patogênico; verificar os danos físicos, psicológicos e sociais a qual estão submetidos; estabelecer correlações entre estas dimensões, bem como a relação de impacto de uma sobre as outras; analisar o perfil sociodemográfico dos grupos de profissionais das equipes de Saúde da Família. O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS.

Para alcançar os objetivos, a coleta de dados será realizada por meio de entrevista coletiva com 3 equipes de profissionais da Saúde da Família, as quais terão duração média de 30 min. com questões referentes aos fatores de prazer e sofrimento no trabalho.

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa. Os resultados do Itra serão transcritos e identificados por números. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo junto à instituição em que o mesmo será realizado.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Cecília H. Glanzner, telefone 9997-0509, email: ceciliaglanzner@hotmail.com e endereço: Av. Francisco Trein 596 – Bloco cirúrgico - HNSC. Porto Alegre.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___ de _____ de 20__

Assinatura do entrevistado
Nome:

Assinatura da pesquisadora
Pesquisadora: Cecília Helena Glanzner

APÊNDICE D - Roteiro de Observação das Equipes de Saúde da Família

Roteiro para Observação de Campo

SERVIÇO

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação)
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade)
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros)
 - Características dos usuários (faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.)
 - Como funciona o serviço (características, horário, entre outros)
 - Cronograma de atividades;
 - Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características)
 - Observar como ocorre o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade)
 - Observe de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde.
 - Existe algum tipo de avaliação das ações?
 - Com ocorre o acesso, o acolhimento aos usuários e encaminhamentos
 - Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros)
 - Cronograma de atividades
 - Como o serviço faz os movimentos de articulação no território?
 - Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
 - Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço
- Relação usuário e profissional
- Escuta
- Exame físico e psíquico
- Uso de roteiro
- Uso de normas do serviço (rígidas ou não)
- Conduta do profissional frente ao caso
- Como o usuário foi recebido
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- Como o usuário recebeu essa informação
- Aceitação da intervenção pelo usuário

- Quem agenda os atendimentos (de que forma ocorre o acesso do usuário ao serviço)
- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento. Qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida). Se há usuários que voltam pra casa sem serem atendidos?
- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe.
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento na ESF?
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho?
- Como é feito o agendamento para retorno ao serviço?
- Observar práticas de recepção e escuta no serviço

Não use **se dá**, prefira ocorrer, acontecer; - cacófato – seda (tecido) seda (sedar)

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Como ocorre o atendimento das situações de urgência e emergência na ESF e qual o tempo de espera?
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações?
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência na ESF?
- Em que situações se encaminha e para aonde encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre esse encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém da ESF acompanha, especificar).
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir da ESF? E quais as estratégias de superação?
- Observar o quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades da cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções)
- Observar se ocorre contrarreferência e de que forma ela acontece.

REUNIÕES

- Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras)?
- Quais os temas, conteúdos, características dessas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

REGISTROS

- Como são feitos e usados os registros?
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas.
- Verificar, no registro, a existência de planos terapêuticos integrados.

- Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares.
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe.

USUÁRIOS E FAMILIARES

- Quem são os usuários
- Participação dos usuários e família
- Relação com a equipe
- Envolvimento com o serviço
- Como ocorre a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros, e a participação da família?
- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade
- Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias

TRABALHADORES

- Quem são os trabalhadores, características, formação.
- Envolvimento com o serviço
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência se reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde)
- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente à ESF (detalhar quando e quem está nos turnos)
- Observar a presença de *stress*, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe.
- Existem propostas de capacitações dirigidas à equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas.
- Observar se os profissionais têm afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho.
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários.
- Observar capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero.
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a essas atividades?
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe.
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação dessas dificuldades?

➤ Observar as características do vínculo de cada profissional em particular da equipe como um todo com os usuários e familiares.

➤ Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem.

➤ Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?

➤ Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade?

➤ Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados?

➤ Qual o tempo de duração das oficinas, dos grupos e quantos participam?

➤ Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos?

EXPRESSÕES DE SOFRIMENTO NO TRABALHO DA EQUIPE

➤ Observar se os profissionais apresentam atitudes agressivas.

➤ Os trabalhadores manifestam preocupação em relação a situações de trabalho particularmente penosas e/ou perigosas?

➤ Observar se há diminuição e até mesmo desaparecimento das festas e reuniões coletivas, testemunhando a alteração do clima psicológico.

➤ Os profissionais demonstram medo dos boatos e desconfiança em relação aos outros?

➤ Observar presença de morosidade, desânimo, desencorajamento e até mesmo resignação (frequentemente evocados nas reuniões de trabalho).

➤ Existe sentimento de não reconhecimento dos méritos do trabalhador pelos colegas e pelo serviço?

➤ Percebe vivência de injustiça e iniquidade em relação à remuneração?

➤ Existe tensão entre equipes que podem se cristalizar em conflitos abertos?

➤ Observar presença de crises na equipe que dividem os trabalhadores.

➤ Observar se há destruição da confiança recíproca e da solidariedade entre trabalhadores.

➤ Existe desenvolvimento de um “individualismo” e de um fechamento de cada um em sua esfera privada, sendo considerada uma válvula de segurança?

➤ Observa um sinal de desorganização dos vínculos afetivos e profissionais entre os trabalhadores, causando sofrimento nas relações?

ESTRATÉGIAS DE DEFESA

➤ Você observa os trabalhadores desvencilharem-se das responsabilidades, não tomando mais iniciativas, e cercar-se de proteção em caso de dificuldades, remetendo-se sempre aos escalões superiores e atendo-se apenas às necessidades de execução do trabalho?

➤ Observa a presença de atitude de fechamento em uma autonomia máxima, de silêncios frente à hierarquia superior, adotando uma ideologia de “cada um para si” ?

➤ Existe desconfiança sistemática?

➤ Observa se algum trabalhador não se dirige mais ao seu superior imediato, passando diretamente ao profissional posicionado mais acima na hierarquia?

➤ Procurar saber se algum trabalhador enfrenta o sofrimento em silêncio e só o verbaliza no consultório médico (terapias, etc. Isso é considerado a individualização máxima do sofrimento e ocorre porque as defesas coletivas não são mais eficazes).

➤ Observar se algum trabalhador recusa-se a cumprimentar os colegas. Ou seja, para evitar o sofrimento, evita-se não só o conflito, mas tudo aquilo que representa uma ocasião para que o conflito aconteça (conversas, cumprimentos, refeições juntos).

➤ Observar se profissionais denunciam outros grupos/equipes como incompetentes, resultando na união das pessoas que se apoiam essencialmente sobre a denúncia, sobre a agressividade contra um inimigo comum.

➤ Observar profissionais entre a equipe de trabalho fortemente diferenciados pelo estilo de relações ou por opção de técnicas defendidas como comuns.

➤ Existe a presença de defesa que consiste em evitar todas as ocasiões de discussão, de desconfiar e de não se envolver, privilegiando os momentos nos quais a discussão não é mais possível?

APÊNDICE E – Questionário para entrevista com os profissionais das Equipes de Saúde da Família

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Data:

Hora de início:

Hora de término:

Dia da semana:

Local:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Número:

2. Sexo:

3. Idade:

4. Profissão:

5. Há quanto tempo você trabalha na saúde?

6. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família? (mês/ano):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Fale sobre o seu trabalho na Saúde da Família.
2. Fale sobre os fatores que causam prazer em seu trabalho.
3. Fale sobre situações que lhe causam sofrimento no trabalho. Como lida com isso?

ANEXO A – Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA

1- Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz do seu **contexto de trabalho**.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Freqüentemente	5 Sempre
O ritmo de trabalho é excessivo				
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos				
Existe forte cobrança por resultados				
As normas para execução das tarefas são rígidas				
Existe fiscalização do desempenho				
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas				
Os resultados esperados estão fora da realidade				
Existe divisão entre quem planeja e quem executa				
As tarefas são repetitivas				
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho				
As tarefas executadas sofrem descontinuidade				
As tarefas não estão claramente definidas				
A autonomia é inexistente				
A distribuição das tarefas é injusta				
Os funcionários são excluídos das decisões				
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados				
Existem disputas profissionais no local de trabalho				
Falta integração no ambiente de trabalho				
A comunicação entre funcionários é insatisfatória				
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional				
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso				
As condições de trabalho são precárias				
O ambiente físico é desconfortável				
Existe muito barulho no ambiente de trabalho				
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado				
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas				
O posto/estação de trabalho é inadequado para realização de tarefas				
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários				
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado				
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas				
O material de consumo é insuficiente				

2 - Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das **exigências decorrentes do seu contexto de trabalho**.

1	2	3	4	5
Nada exigido	Pouco exigido	Mais ou menos exigido	Bastante exigido	Totalmente exigido

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

3 - Avaliando o seu **trabalho** nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorreram **vivências positivas e negativas**.

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis vezes

Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar a minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

4 - Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho**. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida **nos últimos seis meses**.

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis vezes

Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflito nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:

Idade: _____ anos

Genero: 1- () Feminino 2- () Masculino

Escolaridade:

1- () Até segundo grau 2- () Superior Incompleto 3- () Superior

4- () Pós-Graduação – Área: _____

Estado civil: 1 - () solteiro 2 - () casado 3 - () viúvo 4 - () separado

Profissão: _____

Cargo

atual: _____

Lotação (Qual USF): _____

Tipo de contrato de trabalho: _____

Tempo de serviço na instituição: _____ anos

Tempo de serviço na Saúde da Família _____ anos

Tempo de serviço no cargo: _____ anos

Participou do último exame médico: SIM () NÃO ()

Afastamentos do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho no ano:

Nenhum ()

Entre 1 e 3 ()

Mais de 3 ()

Obrigada pela sua participação!

ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein 556
CEP 91360-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 02.787.118/0001-26

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião 20
CEP 91640-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mesardero, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 24 de agosto de 2011, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 11-140

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

AGNES OLSCHOWSKY

CECÍLIA HELENA GLANZNER

Título: AVALIAÇÃO DO PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais:

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.

Porto Alegre, 06 de setembro de 2011.


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC

ANEXO C – Termo de Ciência da Gerência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição



**TERMO DE CIÊNCIA DO COORDENADOR DE CRS
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, **CLAUNARA SCHILLING MENDONÇA** Chefe do Serviço/Responsável pela Área de **Serviço de Saúde Comunitária**, conheço o protocolo de pesquisa intitulado: **AVALIAÇÃO DO PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**, desenvolvido por **CECÍLIA HELENA GLANZNER**, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Assinatura


 Claunara Schilling Mendonça
 Gerente
 Serviço de Saúde Comunitária-GHC

Nome do Gerente do
 Serviço

13/07/2011

Data