

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

MARCIA SANTOS BRASIL DE SOUZA

A PSICODINÂMICA DO TRABALHO NO COTIDIANO DA EQUIPE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O PRAZER E O SOFRIMENTO

RECIFE
2019

MARCIA SANTOS BRASIL DE SOUZA

**A PSICODINÂMICA DO TRABALHO SOBRE O COTIDIANO DA EQUIPE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O PRAZER E O SOFRIMENTO**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Aline do Monte Gurgel

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S729p Souza, Marcia Santos Brasil de.
A psicodinâmica do trabalho sobre o cotidiano da equipe na estratégia saúde da família: entre o prazer e o sofrimento/ Marcia Santos Brasil de Souza. — Recife: [s. n.], 2019.

137 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Aline do Monte Gurgel.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Psicoterapia Psicodinâmica. 4. Trabalho. I. Gurgel, Aline do Monte. II. Título.

CDU 614.39

MARCIA SANTOS BRASIL DE SOUZA

**O OLHAR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO SOBRE O COTIDIANO DA
EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O PRAZER E O
SOFRIMENTO**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em 28/ 03/ 2019

BANCA EXAMINADORA

Dra. Aline do Monte Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Jael Maria Aquino
Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ Universidade de
Pernambuco

*À minha mãe Claudia, por tanto amor em forma de cuidado,
proteção e provisão;
Ao meu marido, João Victor, por ser casa.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que tem sido sustento, cuidado e proteção em todos os momentos da minha vida, me dando forças e me encorajando a seguir em frente, mesmo quando parece que a batalha foi perdida.

À minha mãe, que foi mãe e pai por mais da metade da minha vida, que vibra com todas as minhas conquistas e me incentiva em todos os meus sonhos. Que tomou para si muitas de minhas responsabilidades para que eu pudesse me dedicar cada vez mais aos meus deveres acadêmicos e profissionais.

À minha família, meus avós, minha irmã e meus sobrinhos, sempre presentes, sempre pacientes, sempre preocupados. Muito obrigada por entenderem minhas ausências e continuarem me apoiando.

Ao meu namorado, noivo e, agora, marido, porque nestes dois anos ele foi tudo isso, e mesmo quando as coisas pareciam não ter solução, ele me abraçava e me dava forças. Obrigada por entender minha falta de tempo e, muitas vezes, dedicação. Obrigada por ser casa, em especial quando as minhas estruturas estavam abaladas.

À minha turma de mestrado profissional, uma turma composta por 20 mulheres incríveis com muitos sonhos e muita garra, mulheres cheias de determinação e ousadia, que foram, para mim, fonte de inspiração e resistência.

À minha orientadora, Aline Gurgel, pelo caminho acadêmico trilhado.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde Pública, na pessoa da Prof. Dra. Idê Gurgel, por tanto conhecimento compartilhado.

À Secretaria Acadêmica, na pessoa de Franklin Semente, por facilitar os processos burocráticos destes últimos dois anos, tornando o caminho menos pesado.

Ao Instituto Aggeu Magalhães, que me acolheu e foi minha casa nos últimos anos de crescimento acadêmico.

SOUZA, Marcia Santos Brasil de. O olhar da Psicodinâmica do Trabalho sobre o cotidiano da equipe na Estratégia Saúde da Família: Entre o Prazer e o Sofrimento. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A organização do trabalho tem papel fundamental no processo saúde/doença do trabalhador, podendo ser causa tanto de prazer quanto de sofrimento. A temática está fundamentada na Teoria da Psicodinâmica do Trabalho que procura desvendar a relação prazer-sofrimento e os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos pelo sujeito. A Estratégia Saúde da Família é tida como uma forma recente de organização em saúde que tem gerado uma forte relação prazer-sofrimento. O objetivo deste estudo foi identificar a influência da organização do trabalho no prazer e sofrimento da equipe na ESF, reconhecendo a importância de identificar seus agentes causadores. Foi realizado um estudo de caso de natureza qualitativa, cujos dados foram coletados a partir da realização de grupo focal com trabalhadores de duas equipes da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes. A Análise de Discurso do Sujeito Coletivo revelou que o prazer no trabalho está relacionado a ajudar o usuário, gerando satisfação e sentimento de gratidão, também tem relação com a criação de vínculo e o trabalho em equipe. O sofrimento no trabalho está ligado à infraestrutura deficitária das unidades, falta de materiais, insumos e medicamentos, insegurança, sobrecarga, falta de reconhecimento profissional, fragilidade no incentivo à educação permanente, dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais, baixas remunerações, burocracia e dificuldade na regulação dos serviços. Os sujeitos da pesquisa desenvolvem estratégias individuais e coletivas para enfrentar tal sofrimento. Percebe-se que os sujeitos vivem num ambiente de trabalho que os causa prazer e sofrimento, porém, através de mecanismos de enfrentamento individuais e coletivos, esse sofrimento vem sendo transformado em prazer. Enquanto o profissional conseguir ressignificar o sofrimento em prazer, este não vem a atingir a saúde mental do sujeito, causando patologias.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Saúde do Trabalhador; Psicoterapia Psicodinâmica; Trabalho.

SOUZA, Marcia Santos Brasil de. The psychodynamic work clinic perspective on the daily life of Family Health Strategy team: between pleasure and suffering. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Work organization plays a fundamental role in the worker's health-disease process, as it may be a cause of pleasure as much as of suffering. This theme is rooted in the Psychodynamics of Work Theory, which aims to unveil the pleasure-suffering relationship and the coping mechanisms developed by the subject. The Family Health Strategy (FHS) is seen as a recent form of health organization that has generated a strong pleasure-suffering relation. This study aimed to identify the influence of work organization in the FHS team's pleasure and suffering, recognizing the importance of identifying its causative agents. A case study of qualitative nature was conducted. Its data were collected from focal groups composed by workers of two FHS teams from the city of Jaboatão dos Guararapes. The Collective Subject Discourse Analysis revealed that the pleasure at work is related to helping the user, generating satisfaction and a feeling of gratitude, and it also bears relation with the creation of bonds and teamwork. The suffering at work is linked with the poor infrastructure of health units, lack of materials, supplies and medications, insecurity, work overload, lack of professional recognition, frail incentive to permanent education, difficulty in developing intersectoral actions, low wages, bureaucracy and difficulty in services' regulation. The research subjects develop individual and collective strategies to deal with such suffering. They live in a work environment that causes them pleasure and suffering, but through individual and collective coping mechanisms, this suffering has been transformed into pleasure. As long as the professional manages to resignify suffering into pleasure, this does not affect the subject's mental health, causing pathologies.

Descriptors: Family Health Strategy; Workers' Health; Psychodynamic Psychotherapy; Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CD- Cirurgião Dentista

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

eSF- Equipe Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RMR- Região Metropolitana do Recife

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa Saúde da Família

ST- Saúde do Trabalhador

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estrutura do projeto de intervenção para sensibilização em saúde mental.....	51
Quadro 2- O trabalhador não se dissocia do trabalho.....	54
Quadro 3- O trabalhador se identifica com os princípios do SUS.....	55
Quadro 4- O trabalhador executa atividades além das funções preestabelecidas....	56
Quadro 5- Subcategorias relacionadas às situações geradoras de Prazer na Estratégia Saúde da Família.....	57
Quadro 6- Prazer no trabalho: satisfação do usuário.....	58
Quadro 7- Prazer no trabalho: demonstrações de gratidão dos pacientes.....	59
Quadro 8- Prazer no trabalho: vínculo com a comunidade.....	60
Quadro 9- Prazer no trabalho: Trabalho em equipe.....	61
Quadro 10- Prazer no trabalho: Ajudar o paciente.....	63
Quadro 11- Subcategorias relacionadas às situações geradoras de Sofrimento na Estratégia Saúde da Família.....	65
Quadro 12- Sofrimento no trabalho: Deficiência na estrutura física da USF.....	65
Quadro 13- Sofrimento no trabalho: Insuficiência de materiais e insumos.....	67
Quadro 14- Sofrimento no trabalho: Agressividade da população.....	67
Quadro 15- Sofrimento no trabalho: Falta de reconhecimento da comunidade.....	69
Quadro 16- Sofrimento no trabalho: Falta de reconhecimento da gestão.....	69
Quadro 17- Sofrimento no trabalho: Alta demanda e sobrecarga.....	70
Quadro 18- Sofrimento no trabalho: Verticalização da educação permanente.....	71
Quadro 19- Sofrimento no trabalho: PCCV.....	72
Quadro 20- Sofrimento no trabalho: PSE.....	73
Quadro 21- Sofrimento no trabalho: falta de segurança.....	74
Quadro 22- Sofrimento no trabalho: baixa remuneração.....	75
Quadro 23- Sofrimento no trabalho: burocracia dos sistemas eletrônicos.....	76
Quadro 24- Sofrimento no trabalho: Burocracia na gestão.....	77
Quadro 25- Sofrimento no trabalho: Regulação dos serviços.....	79
Quadro 26- Sofrimento no trabalho: Dificuldade de contrarreferência.....	80
Quadro 27- Mecanismo de enfrentamento: religião.....	81
Quadro 28- Mecanismo de enfrentamento: resolução de problemas.....	82
Quadro 29- Mecanismo de enfrentamento: conhecimento e criatividade.....	83

Quadro 30- Mecanismo de enfrentamento: compartilhamento com a comunidade...	83
Quadro 31- Mecanismo de enfrentamento: humanização.....	84
Quadro 32- Mecanismo de enfrentamento: Trabalho em equipe.....	85
Quadro 33- O trabalhador encontra a solução.....	86

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO GERAL	18
2.1 Objetivos Específicos.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Reflexão sobre o Trabalho.....	19
3.1.1 Uma conturbada construção de identidade: o trabalho e o trabalhador.....	21
3.1.2 A influência da organização do trabalho na saúde do trabalhador	22
3.1.3 Psicodinâmica do trabalho: um estudo sobre prazer e sofrimento	25
3.2 Trabalho em Saúde na ESF.....	28
3.2.1 Relacionamento interprofissional na ESF.....	32
3.2.2 (In)Satisfação profissional no cotidiano de trabalho	37
3.2.4 Organização do Trabalho em Saúde e Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família.....	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1 Tipo de Estudo.....	43
4.2 Período de Estudo	44
4.3 Local do Estudo	44
4.4 Sujeitos da Pesquisa	45
4.4.1 Critérios de Inclusão	45
4.4.2 Critérios de Exclusão	45
4.5 Coleta de Dados	46
4.6 Análise dos Dados	47
4.7 Intervenção	50
4.8 Considerações Éticas	52
5 RESULTADOS	53
5.1 O Eu-Trabalhador	53
5.1.1 A pessoa que não se separa do trabalho que executa.....	53
5.1.2 O trabalhador e o SUS.....	54
5.1.3 O dia a dia do trabalhador na saúde da família.....	55
5.2 O prazer na Saúde da Família	56
5.2.1 Satisfação do usuário.....	57
5.2.2 Gratidão dos pacientes	58
5.2.3 Vínculo.....	59
5.2.4 Trabalho em equipe	60
5.2.5 Ajudar o paciente, ultrapassando os limites da saúde.....	62
5.3 O Sofrimento na Saúde da Família	64

5.3.1 Déficit de estrutura física, recursos materiais, insumos e medicamentos	65
5.3.2 Falta de reconhecimento profissional e desrealização	68
5.3.3 Sobrecarga de serviço e Demanda elevada.....	70
5.3.4 Deficiência nas estratégias de incentivo à Educação Permanente.....	71
5.3.5 Dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais	73
5.3.6 Insegurança	74
5.3.7 Baixas remunerações	75
5.3.8 Estrutura burocrática e seus reflexos na qualidade da atenção	76
5.3.9 Deficiência na regulação dos serviços	78
5.4 Mecanismos de enfrentamento.....	80
5.4.1 Religião.....	81
5.4.2 “Fazer o que ‘eles’ não fazem”	81
5.4.3 Comunicação com a comunidade	83
5.4.4 Atendimento humanizado.....	83
5.4.5 Trabalho em equipe	84
5.5 Do Sofrimento ao Prazer	85
5.5.1 Planejamento	85
6 DISCUSSÃO	87
7 CONCLUSÕES	107
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A- Roteiro de Grupo Focal	123
APÊNDICE B- PROJETO DE INTERVENÇÃO	125
APÊNDICE C- TCLE	130
ANEXOS	133
ANEXO A	133

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma categoria histórica e, por meio dele, o homem transforma a natureza e a si próprio. Na visão marxista, o trabalho é visto como centro orientador da ideia de sociedade, uma atividade de fundamental importância no entendimento do ser humano em um determinado momento histórico (MARX, 1987).

A importância do trabalho fica evidente ao se considerar ser este o locus em que se passa grande parte da vida, o que pode interferir nas relações do indivíduo e dele com sua família. Essa dimensão relacional tem repercussões para a saúde mental do trabalhador, interferindo no modo como as atividades são realizadas e podendo gerar prazer e/ou sofrimento (DUARTE; MENDES, 2015). Assim, tem-se que o trabalho pode ser lugar tanto da saúde quanto da patologia, tanto do sofrimento quanto do prazer, desempenhando sempre um duplo papel. Dessa forma, o trabalho pode ser estruturante ou pode adoecer, pode promover dignidade ou deteriorar e ser alienante (DEJOURS, 2011).

Considerando-se fenômeno da globalização, associada à reestruturação produtiva, marcada pela precarização e pela polivalência, o trabalho contemporâneo frequentemente tem sido associado à ideia de efemeridade e caos. Tais fenômenos interferem diretamente nas formas de subjetivação e na organização do trabalho (SIQUEIRA; ALENCAR; AQUINO, 2012).

A organização do trabalho ocupa um papel fundamental no entendimento dos processos de saúde/doença do trabalhador, sendo sua rigidez inversamente proporcional à saúde mental. De acordo com a atividade realizada, podem ser percebidos distúrbios tanto físicos quanto psicológicos no trabalhador, levando-o a um estado patológico (RODRIGUES; BELINI, 2010).

Para compreender a relação entre trabalho e saúde, é necessário basear-se na vivência dos sujeitos, uma vez que estes são os responsáveis pela realização do trabalho; é deles que se exige o empenho para o desempenho das atividades; são eles que analisam as condições que têm para realizá-lo; são eles que sofrem o desgaste físico, mental e emocional; e, finalmente, são eles que adoecem, sofrem acidentes e morrem (CARDOSO, 2015; DUARTE; MENDES, 2015).

Trabalhar pode ser uma atividade da vida cotidiana considerada difícil e penosa, porém, traz um significado subjetivo para o trabalhador. O sentido do trabalho está associado à busca por reconhecimento, e é construído a partir dessa

valorização, que inclui a formação de uma identidade social e o suprimento das expectativas de sucesso e gratidão relacionados ao que foi produzido. Quando estas expectativas são frustradas e a identidade social, mediante o reconhecimento e a valorização, se torna frágil ou inexistente, o trabalho pode afetar a saúde mental do sujeito, impedindo a transformação do sofrimento em prazer.

O sofrimento é um bloqueio do sujeito quando em conflito com a organização do trabalho. No momento em que todas as possibilidades de adaptação e ajustamento ao cotidiano laboral já foram utilizadas, gera-se neste trabalhador uma fadiga, resultante da impossibilidade de harmonia entre o sujeito e seu trabalho. Com o aumento da tensão e do desprazer, o sofrimento começa (DEJOURS, 2011; GIONGO, 2015).

A temática do prazer e do sofrimento relacionados à organização do trabalho é abordada em algumas perspectivas da Psicodinâmica do Trabalho, uma corrente de pensamento que se edifica a partir das pesquisas de Christophe Dejours, quando procurou desvendar as dinâmicas que, em situações de trabalho, conduzem ora ao prazer, ora ao sofrimento, assim como seus desdobramentos. Nessa perspectiva, são considerados, principalmente, os processos defensivos individuais e coletivos utilizados pelos trabalhadores para transformar, de forma criativa, sua relação com a organização do trabalho (GIONGO, 2015).

A teoria estabelecida por Dejours não se orienta exclusivamente como uma área de estudos voltada para o conhecimento científico, mas está diretamente ligada à ação. Ao abordar o sujeito nesta perspectiva, Dejours não se restringe à simplicidade das relações de causa e efeito – doenças causadas pelo trabalho, mas estabelece uma prática de intervenção na qual a escuta dos trabalhadores torna possível a apropriação dos mesmos sobre a ação que desenvolvem, fazendo-os repensar as práticas e agir no sentido de enfrentar o sofrimento mediante sua transformação (LOUZADA; OLIVEIRA, 2013).

A metodologia da Psicodinâmica do Trabalho pauta-se na ideia de que o trabalho não produz o melhor e pior somente para o indivíduo, mas afeta o coletivo. Assim, sua elaboração deve partir, preferencialmente, de espaços de subjetividade para expressão do grupo, visando o coletivo de trabalho. Em consequência, após o diagnóstico do sofrimento psíquico em situações de trabalho, não se busca atos terapêuticos individuais, mas intervenções voltadas para a análise da organização

do trabalho, especialmente para as estratégias construídas coletivamente para evitar o sofrimento e em busca do prazer. Entretanto, na prática, esta iniciativa constitui-se um enorme desafio (DEJOURS, 2011; LOUZADA; OLIVEIRA, 2013).

As recentes transformações no mundo do trabalho têm provocado mudanças significativas no trabalho em saúde, especialmente em relação aos processos produtivos, ao perfil do trabalhador e às condições de trabalho. Nesse sentido, a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxe inúmeros desafios e possibilidades de organização, ação e resolução na prática cotidiana dos serviços e dos profissionais de saúde (NASCIMENTO; MORAES; OLIVEIRA, 2019).

A ESF é uma forma recente de organização do trabalho em saúde e pressupõe o trabalho em equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar/ técnico em saúde bucal. Estes profissionais com competências e habilidades distintas devem trabalhar de forma organizada e integrada, de modo a consolidar o vínculo com o usuário, se pautando na corresponsabilização no cuidado e na atenção integral. Tal dinâmica tende a aumentar as tensões, tornando mais difíceis as interações entre os indivíduos e entre estes e seu objeto de trabalho (BRASIL, 2012; GLANZ; OLSCHOWSKY, 2017).

Além dessas características, a ESF é procurada cotidianamente para atendimentos agendados e demandas espontâneas, assim como para atividades em grupo, no território, e procedimentos. Desse modo, a ESF vem se baseando na polivalência e na diferença entre o trabalho real e o prescrito, tornando mais complexo o processo de coordenação do processo de trabalho, aumentando as incertezas de seus profissionais, e, conseqüentemente, gerando situações de ansiedade, medo, tristeza, dúvidas, causando assim o sofrimento (GLANZ; OLSCHOWSKY, 2017).

Destaca-se também a influência do ambiente no qual o trabalhador está inserido, que muitas vezes não responde às suas necessidades. A ESF baseia-se em uma proposta de ser próxima à população, descentralizada, e por oferecer serviços que não necessitam de alta densidade tecnológica, o que leva a geralmente não possuírem uma infraestrutura adequada ao bom desempenho do trabalho, situando-se em localidades mais vulneráveis a situações de violência, o que leva o trabalhador inserido neste ambiente a ter sentimentos de medo, impotência, solidão

e tristeza, agravando seu sofrimento (DUARTE; GLAZNER; PEREIRA, 2018; SHIMIZU; ALVÃO, 2012).

Embora pesquisas que tratem do sofrimento mental do trabalhador ainda sejam insuficientes no Brasil, o processo de trabalho em saúde tem sido apontado como responsável pelo desgaste emocional do trabalhador, influenciando diretamente seu desempenho profissional e social, causando absenteísmo, queda de produtividade, alta rotatividade, aumento da demanda nos serviços de saúde, dificuldades de relacionamento, uso abusivo de tranquilizante, álcool ou outras drogas, entre outros (DUARTE; GLAZNER; PEREIRA, 2018; LACERDA et al., 2015; NASCIMENTO; MORAES; OLIVEIRA, 2019).

Assim, a motivação inicial para este estudo se dá a partir da observação cotidiana desta pesquisadora enquanto profissional de Saúde da Família, de como a organização do trabalho na ESF tem afetado os profissionais e influenciado no desempenho das atividades, na saúde e na qualidade de vida dos sujeitos. Observa-se também a escassez de trabalhos centrados na equipe de saúde da família ou a dissociação da equipe segundo profissões.

A importância desse estudo está na própria discussão sobre o trabalho, auxiliando a compreensão sobre como a organização afeta, positiva ou negativamente, sua saúde mental; e também, como o trabalhador tem buscado alternativas para transformar sofrimento em prazer. Essa problemática é ainda mais relevante ao se considerar o trabalhador em potencial sofrimento como aquele responsável pelo cuidar. Adicionalmente, este estudo subsidia a gestão na tomada de decisão sobre como lidar com este trabalhador, impedindo que seu sofrimento se transforme em adoecimento.

Apesar dos avanços nesta discussão, as lacunas na compreensão das relações entre trabalho e saúde mental são limitadas e criam impasses ainda não resolvidos para a atenção à saúde, particularmente nos serviços que atendem os trabalhadores. Destacam-se as dificuldades para o estabelecimento donexo causal entre trabalho e saúde mental, questão que limita a atividade dos profissionais de saúde. Esses campos e práticas profissionais ainda precisam ser amplamente investigados, fortalecendo, assim, a tendência de usar a psicodinâmica do trabalho enquanto uma clínica do trabalho aplicada à gestão da organização do trabalho e às

ações e políticas públicas de prevenção de transtornos mentais relacionados ao trabalho, conjunto de agravos de notificação compulsória.

No município de Jaboatão dos Guararapes, pela grande quantidade de Unidades de Saúde da Família distribuídas pelo território, e, conseqüentemente o grande número de profissionais inseridos nesta modalidade de atenção à saúde, faz-se importante a realização de um estudo dessa natureza.

Com base nestes elementos, este estudo questiona “*Qual a influência da organização do trabalho no prazer e sofrimento da equipe na estratégia de saúde da família?*”, pressupondo que a polivalência, a diferença entre o trabalho prescrito e o real, a falta de reconhecimento, a necessidade da criação e manutenção do vínculo com o sujeito assistido e com a comunidade, a responsabilização pela situação de saúde do outro, a fragilidade na infraestrutura, a sensação de vulnerabilidade frente a situações de violência, e a dificuldade de interação multiprofissional têm sido fonte de sofrimento para as equipes, que têm buscado, às vezes sem sucesso, estratégias para que este sofrimento não ultrapasse o limite patológico, ao procurar fontes de prazer no cotidiano laboral, utilizando mecanismos de enfrentamento próprios.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência da organização do trabalho no prazer e sofrimento da equipe na Estratégia de Saúde da Família no cotidiano laboral.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Conhecer o cotidiano laboral da equipe na Estratégia de Saúde da Família;
- b) Identificar as situações geradoras de prazer e de sofrimento no cotidiano profissional da equipe de saúde;
- c) Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pela coletividade dos trabalhadores, no intuito de transformar o sofrimento em prazer no cotidiano laboral;
- d) Construir um plano de intervenção para sensibilizar gestores, trabalhadores e usuários na temática da saúde mental do trabalhador da saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão abordados aspectos teóricos que visem discutir sobre o tema trabalho, a relação do homem com este, e a importância desta relação na construção da identidade do ser. Além disto, será abordado como a organização do trabalho pode influenciar na saúde do trabalhador, abordando a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Dejours. Serão então, por fim, especificados aspectos relacionados ao trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, enfatizando a influência da organização do trabalho em saúde no processo saúde-doença deste trabalhador.

3.1 Reflexão sobre o Trabalho

O trabalho tem uma grande importância na sociedade atual, é um status social que aglutina um grupo específico em uma determinada forma de se vestir ou falar. Trabalhar não envolve apenas a razão, é um misto de desejos, afetos e emoções em contato direto com o que não está normatizado, tornando-se uma construção constante, num esforço de negociação entre o desejo e o real (SZNELWAR, 2011). Segundo Dejours et al. (1994), o trabalho é uma fonte de interesse assim como uma causa de fadiga, sendo assim um fator essencial do equilíbrio e do desenvolvimento humano, não importando qual trabalho e as condições nas quais ele está sendo executado.

O tema do trabalho tem sido objeto de debate no meio acadêmico, protagonizando concepções que se confrontam. Enquanto teóricos se debruçam sobre o fim do trabalho, alegando que este tornou-se obsoleto (GRUPO KRISIS, 1999), outros enaltecem o papel de reconhecimento social ligado a ele. Segundo Lima (2011), entende-se o trabalho como fator constituinte da condição humana, sendo, historicamente, uma relação primitiva entre o homem e a natureza, e, socialmente, uma relação do homem consigo mesmo e com os seus semelhantes (LIMA, 2011).

Neste sentido, para Marx, o trabalho é um processo no qual a ação do homem impulsiona, regula e controla, executando assim uma troca material com a natureza, transformando-a, e, mediante esta transformação da natureza, o homem transforma a si mesmo (MARX, 1987, p. 202). Lhuillier (2013, p. 485) enfatiza que é

no contexto do trabalho onde acontece, a “busca pela identidade que impulsiona o sujeito a criar, a se manifestar e a apresentar sua singularidade através de suas práticas”. Segundo Schaff (1967, p. 76) o processo da criação, do ponto de vista do homem, é, pois, um processo de autocriação.

Academicamente, faz-se necessário salientar que a categoria trabalho relaciona-se a significados múltiplos que englobam as “formas de organização do trabalho, de gestão, o processo de trabalho, suas situações e condições, as relações sociais, o ambiente”, entre outros (CARDOSO, 2013).

Trabalhar é mais que vender sua força de trabalho em busca de remuneração financeira, faz-se importante a remuneração social pelo trabalho, assim como a função psíquica. A primeira leva ao recebimento de direitos sociais, a remuneração social está ligada ao fator de pertencer a grupos sociais, muitas vezes classificados por profissão, na saúde, por exemplo: grupo social de médicos, grupo social de enfermeiros, grupo social de trabalhadores hospitalares, fazendo com que exista identificação e pertencimento; a segunda, entende o trabalho em si enquanto um dos alicerces da constituição do sujeito e sua rede de significados, o homem se constrói enquanto trabalha, enquanto cria e transforma a natureza: (HELOAN; LACMAN, 2004; LIMA, 2011). “O trabalho é uma atividade livre, consciente, capaz de criar a vida; é atividade vital, revolucionária, porque está sempre dando novos rumos à natureza e ao próprio homem” (LIMA, 2011; p. 343).

Etimologicamente, o termo trabalho vem do latim “tripalium”, que significa “instrumento de tortura”, e mesmo tendo seu sentido evoluído ao longo dos tempos, não se concebe o trabalho sem algum gasto de energia que faça acontecer, uma tensão que responda a um determinado objetivo. Também não se pode conceber trabalho de forma solitária e individual, é uma ação do homem realizada com os outros e para os outros, de forma coletiva (LHUILIER, 2013). Segundo Maia e Osório (2004, p. 75), “mais do que o trabalho em si, o que interessa é o trabalhar”, e toda essa atividade pode ser entendida como um encontro de corpos interconectados que demandam escolhas e decisões, e faz do trabalho uma atividade de criação, onde o trabalhador não é mero executor de tarefas, ele constitui e é constituído pela sua própria atividade, “sendo ao mesmo tempo produtor e produto, estando sempre presente a capacidade de afetar e de ser afetado” (MAIA; OSÓRIO, 2004, p. 76). Visto que ao dirigir energia para transforma a natureza, o trabalho está

transformando, ou ainda construindo a identidade do próprio trabalhador, que tem sido moldado pelo trabalho, enquanto executa sua função.

3.1.1 Uma conturbada construção de identidade: o trabalho e o trabalhador

Na relação do homem consigo mesmo, o trabalho é a atividade na qual, através de sua ação, transformando a natureza, o homem transforma sua própria natureza. Não existe trabalho sem o sujeito em si, sua capacidade, seu modo de fazer, mas também seus desejos, suas vontades, seus sonhos e suas frustrações.

O trabalho tem um valor para o sujeito que muitas vezes não é reconhecido, cabendo a ele apenas o conceito “tripalium”, então, a maioria dos homens apenas trabalha por necessidade de sobrevivência, levando ao oculto a face da criação e do desenvolvimento de si. Quando o trabalho se faz contra o desejo do sujeito, trava-se uma luta interna neste ser, que, muitas vezes exige renúncia e causa sofrimento (LIMA, 2011).

A busca da identidade no trabalho é realizada individualmente, mas perpassa também pela busca de identificação com o outro, e supõe a necessidade de investimentos em espaços sociais onde se cria uma relação simbólica entre sujeitos que se identificam, moldando uma comunidade de pertencimento. Do mesmo modo que o coletivo de trabalho percebe o ser como social, este se diferencia como indivíduo, sendo reconhecido através de sua diferença e de sua contribuição específica ao projeto comum, firmando assim a identidade do sujeito (LHUILIER, 2013; SZNELWAR, 2011).

O trabalho procede fundamentalmente de uma relação com o outro, já que é dividido, coordenado, avaliado e reconhecido por um semelhante. O sentido do trabalho só acontece se o indivíduo encontrar neste um reconhecimento social, ou seja, se o objeto do trabalho for validado e apreciado mediante um conjunto de valores próprios a determinada sociedade. O valor de tal objeto não está apenas naquele que o cria, mas no outro, é o valor dado pelo outro que faz o objeto socialmente aceitável (GOULART, 2017).

Trabalhar leva o sujeito a um espaço de troca, um espaço dialético de contribuição-retribuição. O sujeito contribui com o seu “saber fazer”, enquanto recebe de volta uma retribuição material e/ou simbólica que supre ou não suas expectativas. “Trabalhar é se livrar das preocupações pessoais para se engajar em

uma outra história que não a sua própria, para cumprir suas obrigações sociais. É o que permite não se viver como um inútil no mundo.” (LHUILIER, 2013; p. 487).

Se o trabalho é o que traz identidade ao homem, este mesmo trabalho pode, por meio do mercado e das relações sociais as quais o trabalhador está submetido, causar a alienação do sujeito. Esta alienação se inicia a partir do momento em que o homem deixa de produzir para suprir as demandas da sua comunidade, o que lhe traz sensação de utilidade e reconhecimento, e passa a produzir para comercializar. O trabalho começa, então, a ficar estranho, o produtor se distancia do seu produto, já que não vê nele beleza nem utilidade, e o trabalho que geraria realização no homem apresenta-se como forma de desrealização (GOULART, 2017).

3.1.2 A influência da organização do trabalho na saúde do trabalhador

O conceito de organização do trabalho pode ser dividido em duas esferas, sendo a primeira caracterizada pela divisão do trabalho, abrangendo aspectos relacionados à organização das tarefas, aos processos prescritos, ao modo de produção, entre outros; e a segunda pela divisão dos homens, onde estão as responsabilidades relacionadas ao trabalho, as relações de poder, as hierarquias, o comando, o grau de autonomia nas atividades e as possibilidades de cooperação e comunicação (SHIMIZU; ALVÃO, 2012).

Se a organização do trabalho é responsável, beneficentemente, pelo equilíbrio e desenvolvimento humano, pode-se também atrelar a esta a precarização do emprego e dos direitos sociais, o medo do desemprego, o estresse e os agravos à saúde do trabalhador (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

É sabido que as transformações que vêm impactando a economia, a política e a cultura na sociedade, por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, implicam também em mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho (RODRIGUES; BELLINI, 2010). A reestruturação produtiva explica-se como um maior dinamismo para aumentar a produtividade e a acumulação do capital. Através dela, adiciona-se ao processo produtivo propostas de flexibilidade dos contratos laborais como alternativas a diminuir os encargos sociais das empresas e absorver a população desempregada sem oferecer-lhe garantias ou proteção, aumentando sua insegurança (RODRIGUES; BELLINI, 2010). Tais acontecimentos levam ao binômio flexibilização/ precarização, assim como a perda

da razão social do trabalho, reafirmando o lucro e a competitividade como pilares do mundo da produção, que se move basicamente pela acumulação do capital (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

As transformações advindas da reestruturação produtiva tem sido sutis: ao passo que mantém a relação capital/trabalho na essência que aprofunda a propriedade privada e consolida o mercado como eixo da sociedade, mudam as formas de fazê-lo superficialmente, camuflando as relações, confundindo as figuras empregado/ empregador, desnorteando as aplicações das leis trabalhistas, neutralizando a regulação social do trabalho, naturalizando o trabalho precário, banalizando a injustiça social e a violência no trabalho (em especial a psicológica), e disseminando uma era de precarização e de trabalho desagregador (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

O trabalho tem se caracterizado pelas metas inalcançáveis e pelo intenso ritmo. Segundo Franco et al. (2010), “todos precisam mostrar-se “excelentes, energizados para cumprir as metas e, por conseguinte, fingir (até para si mesmos) que estas são sempre alcançáveis”. Tais fatores, associados à pressão do tempo, à competitividade e ao medo da demissão, contribuem para a intensificação do trabalho, gerando compulsividade e auto aceleração, que estão sendo somados a manobras para aumentar a produtividade e manter-se no mercado, tais como a diminuição do tempo para pausas, repouso e recuperação do cansaço, assim como do tempo de viver e conviver fora do ambiente de trabalho. A demanda das empresas tem sido para que o trabalhador esteja cada vez mais a sua disposição, fazendo surgir uma necessidade de novos tempos de trabalho, afetando diretamente o tempo do trabalhador com a família, os amigos, e seus demais interesses (CARDOSO, 2013).

Como outra característica dessa necessidade de excelência, a polivalência implica diretamente na identidade dos assalariados, minando seu orgulho profissional.

Esse quadro encontrado no mercado de trabalho atual implica na alta rotatividade de trabalhadores, que transtorna projetos pessoais, em especial dos trabalhadores mais jovens; e na precarização que age na fragilização do reconhecimento social, da valorização da pessoa enquanto trabalhador e da construção das identidades individual e coletiva. Assim, forma-se a ideia de pessoas

descartáveis e a insegurança e a competitividade são naturalizadas, firmadas na fragilização de vínculos, na ruptura de trajetórias profissionais e na perda da perspectiva de carreira (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

A precarização tem alterado a vida dentro e fora do trabalho, se expressando sob a forma de gestão por medo, práticas participativas forçadas, imposição de auto aceleração e multifuncionalidade (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010). O mercado tem exigido, cada vez mais, profissionais polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem poder de decisão, aumentando a exploração e gerando insegurança, sujeição, competitividade, desconfiança, individualismo, assim como sequestro do tempo e da subjetividade do trabalhador (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010; RODRIGUES; BELLINI, 2010). O empregado necessita decidir entre trabalhar mal para dar conta de todas as tarefas, prejudicando seu senso de responsabilidade moral, ou trabalhar bem levando prejuízo à sua saúde física e mental (SANTOS; SIQUEIRA, 2011). Tal processo tem se traduzido em terreno fértil para o sofrimento e adoecimento dos indivíduos, tornando o trabalho um fator patogênico (FRANCO, DRUCK; SILVA, 2010).

Algumas situações têm sido previstas como desencadeadoras do estresse e do adoecimento no trabalhador: carga de trabalho, excesso de informação, qualidade nas tarefas, monotonia, repetição, fragmentação, ausência de autonomia, imprecisão sobre as tarefas, contradição entre as exigências, dúvidas sobre a avaliação, inadequação entre horário de trabalho e ritmo de vida, polivalência, instabilidade, autoritarismo, ausência de participação, entre outras. O estresse passa então a ser visto não apenas como parâmetro da fragilidade psíquica do indivíduo, mas como uma manifestação do mau funcionamento da organização do trabalho (CARDOSO, 2015; DUARTE; GLAZNER; PEREIRA, 2018; MARANGONI, 2016; NASCIMENTO; MORAES; OLIVEIRA, 2019).

O não-trabalho também tende a ser perigoso para a saúde do trabalhador, como se vê atualmente como a patologia do desemprego. O ideal do homem não é a inatividade, a passividade ou a ociosidade, ao contrário, um sujeito que não faz nada, geralmente demonstra sinais, do ponto de vista psíquico de que está doente (DEJOURS et al, 1993).

Cabe salientar que há casos de adoecimento mental relacionado ao trabalho que levam a consequências extremas, incluindo o suicídio. Estes estão sendo

compreendidos mediante um contexto organizacional que envolve dominação e poder, assédio moral, sofrimento psíquico, controle da subjetividade e manipulação ideológica (SANTOS; SIQUEIRA, 2011).

No intuito de solucionar tais questões, empresas investem em apoio psicológico, material que auxilie os trabalhadores a controlar seu sono, associações de coaching familiar, sessões de massagem, assim como publicam cartilhas éticas e códigos deontológicos. Essas ditas soluções conduzem à individualização e à privatização dos problemas, acentuando a concorrência, e se afastando cada vez mais da ideia de trabalho como questão pública e política, se aproximando então do que prega o neoliberalismo (SALMON, 2017).

3.1.3 Psicodinâmica do trabalho: um estudo sobre prazer e sofrimento

Com o entendimento da dificuldade em medir uma vivência qualitativa como o prazer, a satisfação, a frustração ou o sofrimento (DEJOURS, 1993), a Psicodinâmica do Trabalho se define como a análise da dinâmica dos processos intersubjetivos relacionados ao trabalho. Esta análise tem sua centralidade nos conflitos que surgem entre o sujeito, portador de uma história de vida, sonhos, desejos e necessidades, e uma situação de trabalho cujas características independem da vontade desse sujeito (SZNELWAR et al., 2011).

A organização do trabalho exerce influência direta na saúde mental do trabalhador. O estudo desta relação tem suas origens nos anos 50 quando se iniciaram as observações que permitiram relacionar trabalho e patologia. Estes estudos foram especialmente inovados após as pesquisas de Christophe Dejours, com a publicação, na França, do estudo "*Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*", em 1980, sendo traduzido em 1987 para o Brasil sob o título de "A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho". Este estudo, além de denominar a psicopatologia do trabalho, buscou compreender o sofrimento e o modo como os trabalhadores lidavam com ele. Com publicação do adendo à décima edição de *Travail, Usure Mentale – Essai de Psychopathologie du Travail* e do *Le Facteur*, na década de 90, o enfoque passou a estar nas vivências de prazer e sofrimento no trabalho, trazendo à tona nuances do trabalho prescrito e do trabalho real, e considerando o trabalho como construtor da identidade do trabalhador.

Finalmente, no final da década de 90, ocorreu a consolidação da psicodinâmica do trabalho enquanto abordagem científica, o enfoque se voltou as novas configurações das organizações do trabalho, as estratégias defensivas, as patologias sociais e o sentido das vivências do trabalho (MENDES, 2007).

A mudança do conceito de Psicopatologia do Trabalho pelo de Psicodinâmica do Trabalho ocorreu quando se percebeu a necessidade de compreender como os trabalhadores conseguem manter um certo equilíbrio psíquico, mesmo estando sob condições de trabalho desestruturantes, ou seja, deu-se a partir de um foco na “normalidade” sobre a patologia (DEJOURS, 2003; HELOAN; LACMAN, 2004).

O objetivo da pesquisa baseada nesta teoria é estudar o espaço que separa o comportamento livre do estereotipado, ou seja, o comportamento que transforma a realidade do trabalho, o sofrimento, conforme os desejos do indivíduo, no sentido de produzir prazer. A teoria busca estudar os aspectos menos visíveis, portanto, dificilmente perceptíveis, relacionados ao processo de trabalho, como: mecanismos de cooperação, reconhecimento, sofrimento, mobilização da inteligência, vontade e motivação, e estratégias defensivas que se desenvolvem neste processo (MERLO; MENDES, 2009).

Dejours situa a investigação da psicodinâmica do trabalho no campo infra patológico ou pré-patológico. Para ele, o sofrimento é um espaço intermediário que marca tanto a luta entre o funcionamento psíquico e os mecanismos de defesa, como as pressões organizacionais desestruturantes, com o objetivo de manter um equilíbrio, mesmo que cause sofrimento, ou preservando um conformismo aparente que satisfaça aos critérios normais da sociedade (DEJOURS, 1992, 2011).

Como elemento central da Psicodinâmica do Trabalho, está a relação prazer-sofrimento associada do trabalho. Essa teoria tem sido alvo de críticas por focar no sofrimento, evidenciar aspectos negativos do trabalho, sendo então vista como reducionista. Porém, este campo do conhecimento propõe tratar da vivência dos sujeitos e de sua relação com o mundo do trabalho, e nesta vivência não é produzido apenas o sofrimento, sendo também abordada a relação de prazer que pode existir entre trabalho e trabalhador (DEJOURS, 1992).

O sofrimento, neste caso, apenas se torna evidente quando não existe possibilidade de transformá-lo em prazer por meio das realizações do sujeito, quando o trabalho não é reconhecido como de utilidade ou beleza, ou ainda, quando

a parte criativa do trabalho acaba (SZNELWAR, 2011). Neste momento a relação homem-organização do trabalho é bloqueada, e o trabalhador já se utilizou de todos os seus mecanismos intelectuais, psíquicos, sensoriais, motores, psicoafetivos, de aprendizagem e adaptação, e se esgotaram seus meios de defesa contra a organização (DEJOURS, 2000). É no momento que se percebe que os níveis de insatisfação já não podem mais diminuir que o trabalho passa a afetar a saúde. Por outro lado, enquanto o trabalhador se percebe com possibilidades de enfrentar criativamente seus imprevistos, esse sofrimento não se torna patogênico (SZNELWAR, 2011).

Assim, o sofrimento pode tornar-se instrumento de modificação na organização do trabalho ou gerar um processo de alienação e conservadorismo, explicado pelo fato de que após o desenvolvimento de mecanismos de defesa contra a organização do trabalho, torna-se penoso tentar modificar a situação. Para modificar a organização, a ação começa pela palavra, que pode transformar-se em ato, e chegar ao ponto de fazer uma transformação na organização do trabalho, produzindo uma mobilização que também é sociopolítica (DEJOURS, 2011; LOUSADA; OLIVEIRA, 2013).

Se, por um lado, o trabalho é gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, por outro lado, é também a oportunidade de crescimento e de desenvolvimento psicossocial do adulto, levando a se constituir uma fonte de prazer. E é a compreensão destas duas facetas da relação trabalho-trabalhador – sofrimento e prazer – que são indispensáveis para a observação dos laços entre trabalho e saúde, e para a busca de alternativas satisfatórias (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

A Psicodinâmica do trabalho não é apenas uma teoria, uma vez que favorece processos de reflexão e elaboração que criam mobilização entre os trabalhadores, de forma que estes possam alavancar mudanças no trabalho e em suas relações laborais (MERLO; MENDES, 2009). Esta não busca transformar o trabalho, mas modificar as relações subjetivas no trabalho, tendo como objetivo modificar a forma de trabalhar e o trabalhador. Apenas a partir deste processo reflexivo que o indivíduo se torna capaz de se reapropriar da realidade do seu trabalho, e após isso existe a possibilidade de mobilização que vai impulsionar as mudanças necessárias para tornar esse trabalho saudável (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

Esta teoria elege a coletividade como sujeito do estudo, não observa os indivíduos de forma isolada. Ao diagnosticar o sofrimento psíquico em situações de trabalho, não busca atos terapêuticos individuais para a melhora do trabalhador, mas procura intervir na organização do trabalho. A escuta proposta pela metodologia da psicodinâmica do trabalho também é realizada de forma coletiva e desenvolvida a partir de um processo de reflexão realizado com o conjunto dos trabalhadores (LOUSADA; OLIVEIRA, 2013)

Entende-se que a psicodinâmica do trabalho herda uma parcela de teorização advinda da sociologia do trabalho quando se baseia na análise das organizações do trabalho taylorizadas e no desvendamento das relações de poder existentes, assim como na apropriação do saber do trabalhador. Além disto, essa teoria se fundamenta nos conceitos ergonômicos, que visam identificar o espaço existente entre o trabalho real e o prescrito, e nos conceitos psicanalíticos, que entendem o indivíduo como portador de uma história particular iniciada antes da sua imersão no mundo do trabalho (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

3.1 Trabalho em Saúde na ESF

O trabalho em saúde faz-se essencial para a manutenção da vida humana e estabelece-se no setor de serviços, fazendo parte da esfera da produção não material, ou seja, que se completa no ato de sua realização, sendo seu produto o próprio processo que o produz. O trabalho no setor de serviços caracteriza-se como uma interação de recursos e pessoas, gerando resultados ou mudanças consideradas válidas ou úteis, no caso do trabalho em saúde, as mudanças são observadas nas condições de saúde do indivíduo (PIRES; MATOS, 2006; SÁ; AZEVEDO, 2010). Segundo Santos Filho, 2014:

Na saúde o serviço realizado pelos profissionais não é restritivamente a sua tarefa ou prescrição executada, mas sim o seu desenvolvimento numa dinâmica em que instrumentos, habilidades, saberes, experiências e sentidos se constroem e se mobilizam em torno das necessidades e desafios que emergem na situação de trabalho (p. 1015).

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Este trabalho vivo interage todo o tempo com

instrumentos, normas e máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual coexistem diversos tipos de tecnologias (NOGUEIRA, 2012).

Este campo do setor de serviços envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação. Neste caso, o trabalhador é inseparável do processo de trabalho, aparecendo então como protagonista, e não mero executor das atividades designadas. Ainda, levando em consideração a complexidade do objeto de trabalho, este processo é sempre coletivo, não existe trabalhador de saúde que dê conta sozinho de todo o trabalho. Cada profissional tem um núcleo de saber próprio, porém o objetivo final só é conseguido com o trabalho em conjunto ou em equipe (PIRES; MATOS, 2006; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; SÁ; AZEVEDO, 2010).

O processo de trabalho em saúde diz respeito à prática dos trabalhadores inseridos no cotidiano dos serviços de saúde. No trabalho, este processo pode ser detalhado em três componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho (NOGUEIRA, 2012).

Na saúde, o objeto do trabalho é a “necessidade de saúde”, e não a cura, o prolongamento da vida ou a inexistência da morte – como vem sendo disseminado entre os profissionais (NOGUEIRA, 2012). Há dificuldades em atingir a finalidade do trabalho quando as propostas de especialização, cada vez mais disseminadas na área, fragmentam as práticas de saúde, levando os profissionais a *“transitarem em uma verdadeira Torre de Babel, na qual ninguém mais entende ninguém, cada qual é dono e possuidor de uma parte do pedaço, cada vez mais despedaçado”*, fazendo com que, o indivíduo a ser cuidado fique em segundo plano (MAIA; OSÓRIO, 2004).

Os instrumentos de trabalho podem ser diferenciados em materiais e não materiais, sendo os primeiros os equipamentos (materiais de consumo, medicamentos e outros) a serem utilizados; e os segundos os saberes próprios do sujeito, utilizados na transformação do objeto. Na saúde, os saberes não são universais, cada profissional possui um saber próprio, que diz respeito ao núcleo apreendido em sua formação. No trabalho ideal, esses núcleos de saber se unem no alcance de um objetivo comum, porém, no mundo real, muitas vezes esses saberes competem entre si, ficando cada categoria profissional responsável por uma parte do

trabalho, por vezes duplicando os esforços necessários para alcançar o objetivo final (MAIA; OSÓRIO, 2004).

O serviço realizado pelos profissionais de saúde não é necessariamente sua tarefa, ou seja, o trabalho prescrito é diferente do real. Por ser este trabalho essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre outro em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte, interage-se também com a história de vida, os conhecimentos, saberes, medos e frustrações do outro, necessitando que o profissional utilize saberes, experiências e sensibilidade próprias para se reinventar a cada momento (FRANCO, 2015; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se como uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) voltada à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um modelo de organização de saúde desenvolvido no Brasil desde 1994, voltado para maior aproximação e valorização da comunidade, buscando afastar-se do modelo biomédico hegemônico, hospitalocêntrico, curativista e verticalizado, caminhando no sentido de uma proposta interdisciplinar e horizontal. A ESF tem sido reconhecida como a principal estratégia para reorientação da Atenção Básica em Saúde, especialmente por buscar aproximar-se dos princípios do SUS, com participação popular e focando seus esforços no acesso universal, integral, descentralizado e resolutivo de uma população previamente estabelecida, pertencente a um território determinado (BRASIL, 2012; MATUMOTO et al., 2011; SIQUEIRA-BATISTA et al, 2015). Enquanto porta de entrada preferencial do SUS, a ESF tem ampliado a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, e propiciando uma boa relação custo-efetividade (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) formulada em 2012, a equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, podendo também ser incorporada a equipe de saúde bucal (ESB), formada pelo cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário ou técnico em saúde bucal. Dentre as atribuições da equipe estão: o processo de territorialização, o cuidado e a responsabilização pela saúde da população adstrita, a integralidade, a busca ativa e notificação de agravos, acolhimento com escuta qualificada, humanização do

atendimento, o vínculo, o planejamento e a avaliação das ações, a promoção da participação social, assim como o registro das atividades nos sistemas de informação (BRASIL, 2012). É de competência da equipe de saúde da família a reorganização da Atenção Primária em Saúde, objetivando a mudança, o controle e a organização da demanda da população pelo serviço de saúde (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2015; UCHIMURA; BOSI, 2012).

Mediante esta estratégia, procura-se obter um modelo de atenção integral à saúde, no qual o objeto de intervenção seja mediado pela família e pela comunidade onde o sujeito está inserido, levando em consideração o processo de determinação social da doença e o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2012). Esta intervenção se sustenta na necessidade de repensar as ações de saúde superando a lógica centrada no atendimento individual e curativista ao focar em ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

O trabalho na ESF é então caracterizado pelo seu desenvolvimento equipe, valorização da diversidade de saberes e práticas profissionais que se unem com o objetivo de responder os princípios de integralidade e resolutividade do SUS, e pela avaliação sistemática das ações implantadas, objetivando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2012; TRINDADE et al., 2014).

Três funções se destacam no trabalho na ESF: a resolutividade, visto que esta deveria atender a 80% dos agravos à saúde da população; a função coordenadora do cuidado, ordenando o fluxo e contra fluxo dos usuários, produtos e informações por toda a rede de saúde; e a função responsabilizadora, pela saúde de toda a população adstrita em seu território (LORENZI; PINHEIRO, 2016).

O olhar voltado ao coletivo, com foco na família e na comunidade, exige uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, analisando esta família a partir dos aspectos biológicos, psicológicos e socioambientais que afetam a saúde do indivíduo, e atuando de forma integral, contínua e a partir de diferentes níveis de atenção, na prevenção, promoção a saúde, cura e reabilitação (JACOWSKI et al., 2016; TRINDADE et al., 2014). Busca-se, por meio da ESF, construir uma cultura de promoção à saúde, oferecendo emancipação e cidadania a partir da compreensão do processo de determinação da saúde. Isto só pode ser feito se houver uma reformulação das expectativas e conceitos de saúde, difundindo entre a população o entendimento de que é possível demandar da equipe questões que vão além do

adoecimento biológico, como as demandas sociais como a violência, as drogas, o desemprego e as carências sociais. Estas demandas só emergem mediante a responsabilização e vínculos pré-estabelecidos (MATUMOTO et al., 2011).

Desse modo, a ESF deve se sustentar em projetos que promovam mudanças na forma de atuar sobre o processo saúde-doença, por meio da relação direta entre profissionais, e entre estes e a população (GARCIA et al., 2015). Entende-se que a interação dos diversos saberes profissionais, horizontalmente organizados e articulados, tendem a ampliar a visão sobre a saúde da população, enxergando seu contexto social, psicoafetivo, biológicos, e suas histórias de vida (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Segundo Silveira, Sena e Oliveira (2011), considerando a proposta de promoção à saúde e afastamento do modelo biomédico, preconizados pela ESF, faz-se necessário reorganizar o processo de trabalho nesse ambiente. Os principais problemas encontrados estão na educação em saúde, ainda firmada no modelo de educação tradicional, e na dificuldade em articular atividades de demanda espontânea e agendadas; assim como na desarticulação com outros setores da rede, e na dificuldade de planejamento das ações (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

3.2.1 Relacionamento interprofissional na ESF

Fazendo parte de um novo modelo de atenção à saúde, a ESF é um espaço para construção de novas relações profissionais e com a população, permitindo o compartilhamento na atuação de todos os sujeitos envolvidos na tomada de decisão. O trabalho em equipe é um dos pilares para o alcance dos objetivos da ESF. A expressão trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade, pode ser entendida como *“prática de trabalho interdisciplinar, na qual toda a ação em saúde deve ser realizada em conjunto, articulando saberes.”* (JACOWSKI et al., 2016).

A concepção de trabalho em saúde surge da necessidade de estabelecer objetivos comuns em um plano de trabalho bem definido, para que haja crescimento individual de cada componente da equipe, e do grupo como um todo, centrado no usuário, na família e na comunidade. Esse sentido de cooperação existente na ESF, assim como a responsabilidade compartilhada entre os profissionais revela a necessidade de uma comunicação eficaz, aberta e solidária de forma a potencializar

o trabalho, estimulando a busca de soluções nas diversas situações enfrentadas. Além disto, de acordo com Silveira, Sena e Oliveira (2011) o trabalho em equipe deve estimular a organização comunitária por meio do apoio às pessoas e aos grupos sociais, de forma que estes assumam maior controle sobre sua saúde mediante a participação nas transformações sociais e políticas da realidade.

A composição de equipes não necessariamente configura a realização de um trabalho em equipe (GARCIA et al., 2015). Podem existir dois modelos de equipe nos serviços: a equipe de agrupamento e a equipe de integração. Na primeira, existe um agrupamento de profissionais com baixa efetividade na comunicação entre eles, restrito compartilhamento, e conseqüentemente fragmentação de trabalho. No segundo, emergem características fundamentais da organização do trabalho, e é na equipe onde a articulação das ações e a interação dos agentes por meio de uma comunicação eficaz se dá, onde cada profissional tem direito a expressar suas opiniões e é reconhecido no meio (PEDUZZI, 2001). Garcia et al (2015) atentam para o risco de, na predominância do primeiro modelo, não ser possível a superação da atenção à saúde fragmentada e biologicista.

A equipe de integração é reconhecida pelo planejamento compartilhado de todas as ações, e pela divisão de tarefas que visam um objetivo comum, assim como pela cooperação, colaboração, interação e integração de interesses, necessidades, saberes e habilidades. Leva-se em consideração o compartilhamento de conhecimento a respeito do trabalho de todos os profissionais da equipe, assim como a valorização desses na produção do cuidado, garantindo a qualidade e a eficiência da atenção à saúde, bem como corroborando para uma interação entre profissionais e com a comunidade baseada em respeito, acolhimento, resolução de conflitos, criação de vínculo, autonomia e, por conseguinte, prazer (ARAUJO; OLIVEIRA, 2009; GARCIA et al., 2015).

Não se pode falar de equipe de integração sem falar de interdisciplinaridade. Esta pode ser compreendida como uma troca de saberes entre representantes de diferentes profissões que atuam de forma singular, com um objetivo comum, superando a ideia de fragmentação. Esses diversos olhares em uma única direção estimulam uma permanente comunicação horizontal e possibilitam uma ampliação na visão holística da realidade, proporcionando melhor compreensão dos problemas de saúde e uma atuação mais eficaz no cuidado (SILVA; TRAD, 2005). O resultado

desta experiência de coletividade aponta para novas e diferentes possibilidades de construção dos saberes no cotidiano de trabalho da equipe (GARCIA et al., 2015). Tal estratégia é cabível na saúde da família visando aperfeiçoar este modelo de atenção (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Um dos maiores problemas encontrados na prática do trabalho em equipe está na falta de conhecimento e experiência dos profissionais em realizar um trabalho coletivo. O foco na dificuldade real de unir diferentes saberes e práticas perpetua lógicas desagregadoras, separadas por disciplinas ou profissões, que geram práticas fragmentadas e fragmentadoras. É comum que indivíduos com saberes diferentes tomem decisões dentro do seu âmbito profissional, excluindo os demais (SILVA; TRAD, 2005).

As atividades desenvolvidas durante o processo de trabalho tanto podem ser exclusivas da categoria profissional, como podem ser comuns à equipe. Pavoni e Medeiros (2009) observam que entre os profissionais médicos e cirurgiões-dentistas é mais difundida a execução de atividades exclusivas de suas categorias, enquanto cabe aos enfermeiros a execução de atividades de sua competência profissional, mas abrangendo também as funções relacionadas a burocracia, administração, supervisão e registro das atividades dos sistemas de informação (PAVONI; MEDEIROS, 2009; SILVA; TRAD, 2005).

As relações de poder estão presentes de forma clara guiando o modelo de equipe a ser vivenciado na ESF, sendo evidenciadas em situações geradoras de conflito quando na diversidade de opiniões e posturas. Aqueles que possuem um saber técnico especializado ou formação superior ocupam lugar de destaque nas decisões cotidianas do trabalho (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016). Historicamente, o médico assume a posição de poder na equipe, se portando como uma figura de autoridade em relação a todos os demais profissionais. Esse poder é muitas vezes é dividido com a figura do enfermeiro, que o assume enquanto supervisor, gerenciador de unidade e planejador de atividades na equipe de saúde (PAVONI, 2009; VILLA et al., 2015).

Algumas dificuldades são encontradas no trabalho em equipe, entre elas, pode-se destacar os conflitos relacionais, a hierarquização das profissões, a comunicação verticalizada, a organização das atividades, o estímulo à participação

da comunidade e a criação de vínculos de corresponsabilização (GARCIA et al., 2015; SORATTO et al., 2017).

Para efetivar-se como novo modelo de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família deve comprometer-se com a produção de vínculo entre profissionais e usuários da área adscrita, possibilitando longitudinalidade e eficácia dos cuidados. Segundo Backes et al. (2012) “o vínculo se constitui em movimento de trocas afetivas e efetivas”.

O vínculo está fortemente associado ao significado de acolhimento, e é baseado em receptividade, afetividade, aceitação e confiança, considerando que os usuários reconheçam o serviço de saúde como local necessário para satisfazer suas necessidades de saúde. Para isso, os profissionais devem conhecer o território e os sujeitos, ter ciência de suas necessidades, e responsabilizar-se por eles e pelo cuidado a eles destinado. Para tornar-se efetivo, o vínculo requer uma relação interpessoal entre profissional e usuário que possibilite escuta, diálogo, respeito e confiança, gerando uma relação de cooperação mútua entre os tais, propiciada pelo bom atendimento e desempenho profissional (BECK et al., 2010).

Para que essa relação aconteça, faz-se necessário o envolvimento dos indivíduos, possibilitando ao usuário expor suas necessidades; além de interesse por parte do profissional em conhecer a vida do usuário em seu contexto não apenas físico, mas psíquico e social – tirando o foco apenas de sua patologia, mediante um diálogo aberto e sensível aos diferentes saberes, com contribuições tanto do profissional quanto do usuário (BACKES, 2012; BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

O vínculo é expresso neste ambiente por meio de boas relações de escuta, abstendo-se de hierarquia, mediante o bom trato, o respeito à convivência e a proximidade, e é importante para que o profissional tenha conhecimento integral do usuário, possibilitando o desenvolvimento de ações que supram as necessidades de saúde de forma específica, antecipando os problemas e solucionando-os (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016), em relação ao trabalho do ACS, discutem que proximidade com a comunidade e a criação de vínculo podem ser um elemento negativo do trabalho, em especial quando a população não consegue distinguir o agente enquanto trabalhador ou morador. Confundem-se os papéis de trabalhador

de saúde, amigo e vizinho, fazendo com que estes profissionais recebam fortemente as respostas positivas e negativas da população em relação ao SUS ou ao trabalho da equipe de Saúde da Família, podendo gerar estresse e sofrimento.

A valorização do trabalhador é fonte de motivação por propiciar espaço e incentivo ao sujeito dentro da organização (BECK et al., 2017). Segundo Araújo e Oliveira (2009), um aspecto importante na satisfação do profissional na ESF é o respeito, a valorização e o reconhecimento por parte da comunidade e dos demais membros da equipe.

A valorização e o reconhecimento no trabalho são fundamentais para a construção da satisfação do trabalhador diante do seu trabalho. Valorizar vai além dos aspectos quantitativos; deve-se reconhecer o trabalhador como sujeito com aptidões e contribuições únicas no trabalho que desempenha (SORATTO, 2017).

A valorização entre equipe e comunidade se constrói a partir do reconhecimento do vínculo entre eles. Essa proximidade favorece a realização de ações que considerem o usuário como sujeitos ativos no processo saúde-doença da comunidade, e co-construtores do sistema de saúde a partir de uma relação horizontal. O estreitamento das relações entre equipe e comunidade favorecem o aumento da credibilidade e o reconhecimento profissional (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Em relação à equipe, o reconhecimento e a valorização são realizados quando o trabalho se encontra organizado em uma comunicação horizontalizada, onde todos se sentem participantes do processo de construção do cuidado. (GARCIA et al., 2015) Quando a comunidade percebe o empenho do profissional por uma melhor atenção à saúde, e a equipe reconhece seu papel, o trabalhador sente seu esforço valorizado, vivenciando sentimentos de prazer (BECK et al., 2010). O reconhecimento desponta como uma retribuição simbólica pelas contribuições de cada trabalhador à organização do trabalho, à sua mobilização subjetiva, ao seu investimento no trabalho, às responsabilidades e riscos que assume (AZEVEDO et al., 2018).

Embora o reconhecimento faça parte das expectativas do trabalhador, ele nem sempre é uma realidade. Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016) relatam a sensação de desvalorização do ACS em relação a profissionais de nível superior dentro da equipe, gerando angústia e sofrimento. Assim, um problema a ser

enfrentado no cotidiano de trabalho na ESF é a falta de valorização e reconhecimento que vivenciam os profissionais, seja pela organização, pelos colegas ou pela população. Entende-se estes elementos como fundamentais na construção de um relacionamento interpessoal positivo entre trabalhadores, e a falta deles pode gerar insatisfação com o trabalho, frustração, isolamento, desmotivação e adoecimento.

3.2.2 (In)Satisfação profissional no cotidiano de trabalho

Satisfação e insatisfação no trabalho em saúde têm encontrado resultados diretos na saúde dos profissionais e na qualidade da assistência prestada aos indivíduos. Sujeitos satisfeitos apresentam menores índices de adoecimento físico e mental e maior qualidade de vida, assim como existe correlação com menores casos de acidentes de trabalho, absenteísmo, e erros que podem colocar em risco a segurança dos usuários (SORATTO, 2017).

Pode-se entender satisfação laboral como um estado de prazer resultado de múltiplos aspectos do trabalho, sob influência da concepção de mundo, aspirações e histórias de vida de cada trabalhador (LIMA et al., 2014).

Por mais que o modelo assistencial da Saúde da Família tenha sido pensado como uma quebra de paradigmas rompendo-se com o modelo biomédico, este ainda tem apresentado diversos problemas que são encontrados no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na área, muitas vezes gerando insatisfação nos mesmos.

As condições de trabalho se destacam como principais motivos de insatisfação relacionados ao trabalho, entre elas incluem-se: conflitos não solucionados nas relações de trabalho, déficit de instrumentos de trabalho e de infraestrutura, remuneração inadequada, inexistência de plano de cargos e carreiras, jornada excessiva de trabalho, excesso de demanda, falta de investimento em educação permanente, entre outros (LIMA et al., 2014; SORATTO, 2017).

O trabalho da ESF é realizado, na maior parte do país, de segunda a sexta, durante oito horas diárias, contabilizando uma carga horária de 40 horas semanais. Tal carga horária tem se colocado como uma dificuldade para os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, agindo como determinante para que vários profissionais se sintam insatisfeitos. Lopes (2011) diz:

A APS não é cenário tranquilo. Cumprir 40 horas de trabalho efetivo em APS, com a diversidade da demanda e a responsabilidade que caracterizam a atuação do Médico de Família e Comunidade, e as condições usuais das Unidades é extremamente desgastante (p.1).

Os profissionais alegam dificuldade em se dedicar 40h a um único trabalho que, muitas vezes, não os supre financeiramente, e os adocece, em especial quando se encontram sobrecarregados em suas demandas, e ainda lidando com a dificuldade da população em compreender a proposta da estratégia de rompimento assistencialista (LIMA et al., 2014; NEY; RODRIGUES, 2012; SCHERER et al., 2016). Além disto, há uma inquietação diante da grande quantidade de tempo dedicado ao trabalho, se comparado com a vida social e familiar (LOPES, 2011).

Somando-se à jornada excessiva, e possivelmente tendo esta como uma de suas justificativas, a sobrecarga de trabalho tem sido colocada como aspecto que causa insatisfação no trabalhador da ESF. Esta tem sido vista como consequência da associação da assistência à saúde, o excesso da demanda e o alto número de atividades burocráticas que fazem parte do cotidiano. É preciso considerar ainda o trabalho fora do expediente, o tempo de deslocamento até o local de trabalho, os afazeres domésticos após o trabalho formal e mesmo o tempo em que os trabalhadores pensam no trabalho fora do ambiente de trabalho. Assim, o trabalho não é executado apenas no tempo em que o profissional se encontra na USF; ele mobiliza o comprometimento de toda a subjetividade do trabalhador (SORATTO, 2017).

A sobrecarga de trabalho também está associada ao excesso de sujeitos sob responsabilidade sanitária da equipe de Saúde da Família. No Brasil, a legislação permite que as equipes de saúde da família sejam responsáveis por até 4.000 indivíduos segundo a Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Com as alterações publicadas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o teto máximo cai para 3500 indivíduos (BRASIL, 2017), diferindo de países como Portugal e Espanha, cujo limite é de 2.000 pessoas, ou Cuba, com um limite de 400 pessoas por equipe (LIMA et al., 2014).

Faz-se importante frisar que este teto, muitas vezes, não tem levado em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias presentes no território, visto que, quanto maior o grau de vulnerabilidade social no qual a família e a comunidade

se encontram, maior a demanda desta família no serviço de saúde, sobrecarregando ainda mais a equipe (SIMÕES; FREITAS, 2016).

Se este estado já é grave em um cenário em que as equipes estejam completas, trabalhem com infraestrutura adequada, número populacional dentro dos limites preestabelecidos e com estímulos ao crescimento profissional e pessoal do trabalhador, a situação é ainda mais problemática diante da realidade de trabalho de muitas equipes, bastante distinta do cenário ideal.

A falta de recursos humanos, materiais e equipamentos, além da deficiência na infraestrutura, em especial em relação às condições sanitárias e de conforto, e aos problemas com abastecimento de água, instalação elétrica e telefonia, que são considerados serviços básicos, são considerados aspectos importantes de insatisfação e sofrimento profissional (LIMA et al., 2014; NEY; RODRIGUES, 2012). Tais fatores dificultam o trabalho na ESF, refletindo no processo de trabalho e na satisfação do usuário (BECK et al., 2010).

A inadequação e precariedade de área física nas USF, além de reportadas pelos profissionais de saúde, foram reconhecidas pelo próprio governo federal. O conceito de ambiência adotado pelo Ministério da Saúde prevê a construção de um espaço físico acolhedor e humano tanto para trabalhadores quanto para usuários, sendo primordial para o bom funcionamento dos serviços (SORATTO, 2017). A PNAB possui direcionamentos no sentido de orientar os critérios arquitetônicos e a estrutura física das Unidades de Saúde, critérios estes, muitas vezes não considerados (BRASIL, 2012; SIMÕES; FREITAS, 2016).

Além disto, as competências do trabalho exigem que a USF seja implantada em locais onde a vulnerabilidade social se faz mais presente, trazendo consigo altos índices de criminalidade, fazendo com que os profissionais da estratégia se sintam amedrontados dentro do ambiente de trabalho e no território adstrito. O avanço da criminalidade tem sido motivo de preocupação já que as ações criminosas não escolhem local, classe social ou grupos, gerando medo e sofrimento (LIMA et al., 2014; NASCIMENTO; MORAES; OLIVEIRA, 2019; NEY; RODRIGUES, 2012).

Na saúde, a luta por um local de trabalho seguro, acolhedor, confortável, com infraestrutura adequada e suficiente suprimento de insumos pode proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas. O assunto vem sendo discutido desde a

primeira conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata em 1978, e ainda tem sido um desafio (SORATTO, 2017).

Outro motivo de insatisfação profissional diz respeito à insuficiência das estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde. Considerando a elevada carga horária a ser cumprida e a sobrecarga de trabalho, os profissionais se veem sem perspectiva de crescimento profissional e pessoal em seu ambiente de trabalho, já que não têm estímulo, tempo ou energia para buscar fora dele um ambiente de aprendizado. A educação permanente parte da ideia de aprendizagem em serviço, no intuito de transformar as práticas profissionais por meio da reflexão crítica (BECK et al., 2010). No entanto, as medidas voltadas ao aprimoramento profissional, adotadas pela gestão, são muitas vezes insuficientes. Como as estratégias de educação em saúde são frágeis nos espaços que dizem respeito à Saúde da Família, muitos profissionais, em especial aqueles lotados longe dos grandes centros urbanos, sentem-se solitários em seus ambientes de trabalho, sem perspectiva de crescimento profissional nem apoio matricial para discussão de casos clínicos (NEY; RODRIGUES, 2012).

Por fim, a baixa remuneração tem sido vista como um ponto negativo na ESF, sendo agravada pela inexistência ou fragilidade nos planos de cargos e carreiras, sustentando a sensação de desvalorização profissional, insatisfação e sofrimento (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016; SORATTO, 2017).

Esta baixa remuneração está muitas vezes associada à precarização dos vínculos trabalhistas que surgem com a reforma administrativa do Estado, levando à desregulamentação do trabalho e à flexibilização (FERNANDES et al, 2018). Em razão do crescimento desordenado da ESF, muitos profissionais que compõem a equipe estão submetidos a vínculos trabalhistas precários, associados por vezes à arranjos políticos, levando à uma tensão diária diante do potencial desemprego (NEY; RODRIGUES, 2012).

A luta pela isonomia salarial e por vínculos empregatícios sólidos tem sido bandeira da maior parte das profissões da ESF, justificada pelo fato de que todos os profissionais têm atribuições e compromissos semelhantes, além do trabalho ser desenvolvido em equipe, num mesmo nível de atenção e com a mesma carga horária (SANTOS, 2004). Além disso, é necessário superar a alta rotatividade de

profissionais e gestores por quaisquer destas questões, dificultando a continuidade do cuidado e a prestação de serviços de melhor qualidade (SORATTO, 2017).

3.2.4 Organização do Trabalho em Saúde e Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família

O trabalho está diretamente ligado à saúde de quem o executa. Leva à saúde, por meio de influências favoráveis a satisfação, realização pessoal ou profissional, inserção em um mundo de trocas e desenvolvimento intersubjetivo e valoração social; ou à doença (MARTINES; CHAVES, 2007). De acordo com a atividade realizada podem ser percebidos distúrbios tanto físicos quanto psicológicos no trabalhador, levando-o a um estado patológico (RODRIGUES; BELINI, 2010).

Na área de saúde há um grande número de trabalhadores acometidos pelo adoecimento relacionado ao trabalho, gerando necessidade de investimento para identificação das causas destes danos, e de ações que contribuam para a preservação da saúde do trabalhador. Estes profissionais geralmente têm sua saúde esquecida tanto pelos gestores, quanto por si mesmos, que negam o adoecimento evitando a perda salarial pelo afastamento, ou ainda focados na responsabilidade com a saúde do outro. Ao considerar sua sobrecarga como “ossos do ofício”, acabam sendo vítimas de transtornos mentais relacionados ao trabalho (CARRERO et al., 2013).

O caso dos trabalhadores da saúde é agravado pelo contato com diferentes agravos, pela extensa carga horária a qual estão submetidos, pelo alto nível de cobrança tanto da sociedade como do próprio trabalhador, pelo medo de falhar, e pelas frustrações diante da realização e reconhecimento profissional (ARAGÃO et al., 2014). Somados a isto estão a dupla/tripla jornada de trabalho e o trabalho doméstico, que se configura como um turno extra, sem descanso semanal, férias ou remuneração (CARRERO et al., 2013; GEMMA; FUENTES-ROJAS; SOARES, 2017).

Em relação aos trabalhadores de saúde na ESF, estes distúrbios podem estar relacionados tanto a riscos biológicos, exposição a materiais tóxicos e contaminação, como a fatores relativos à organização e precarização do trabalho, incluindo a perseguição política em certos casos (CARRERO et al., 2013).

Carrero et al. (2013) relatam que a falta de autonomia profissional também pode influenciar negativamente a saúde psíquica do profissional, já que a carga psíquica aumenta quando a liberdade de organização e tomada de decisão no trabalho diminui. Além disto, a pressão pelo cumprimento de metas também foi levantada como fator determinante ao adoecimento mental. Enfatizam ainda, sobre o transtorno mental relacionado ao trabalho, que se estimam índices de 30% de transtornos menores e entre 5% a 10% de transtornos graves na população de trabalhadores.

No Brasil, os estudos relacionados ao transtorno mental dos trabalhadores de saúde na ESF são raros (ARAGÃO et al, 2014; BARBOSA, G. B et al, 2012; CARREIRO, G. S. P, 2012) mas apontam para o desgaste emocional do trabalhador relacionado ao processo de trabalho em saúde na atenção primária, influenciando seu desempenho no trabalho, gerando absenteísmo, queda de produtividade, alta rotatividade de profissionais, dificuldade de relacionamento, assim como o abuso de álcool e outras drogas.

Uma das questões mais enfatizadas, pelas características particulares da Saúde da Família, é o modelo assistencial preconizado que visa o envolvimento do profissional com as necessidades de saúde específicas do usuário e a criação de vínculo, necessários à resolução dos problemas de saúde. Neste contexto, estudos detectam gasto exacerbado de energia dos profissionais, podendo desencadear, dependendo das características pessoais de cada trabalhador, um processo de sofrimento mental (CARRERO et al., 2013; SHIMIZU; CARVALHO, 2011).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora (MINAYO, 2012 p. 622).

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, pautado na Teoria da Psicodinâmica do trabalho de Dejours (DEJOURS, 1992).

A teoria da Psicodinâmica do Trabalho considera o trabalho em suas duas dimensões: uma patogênica e outra protetora da saúde psíquica, e investiga a equação prazer e sofrimento dos indivíduos em seu cotidiano profissional. Tal teoria investiga o sujeito em situação real, concedendo um espaço privilegiado para a expressão do trabalhador sobre o seu sofrimento, interessa-se pela fala do trabalhador, pelas suas vivências, pelo que não é explícito pelo comportamento e o que foi silenciado sob o disfarce de uma conduta produtiva e estereotipada.

Na prática, leva os trabalhadores a construírem soluções coletivamente quando são ouvidos e se ouvem, sendo ela própria uma pesquisa e uma intervenção em si. Buscam-se, através dela, estratégias de mobilização que se caracterizam pelos modos de pensar, sentir e agir individual e coletivo dos trabalhadores e fundamentam-se na inteligência prática, no espaço público de discussão e na cooperação. Tem como função emancipar o sujeito, ressignificar o sofrimento e transformar a organização do trabalho em uma fonte de prazer e de saúde.

A metodologia da Psicodinâmica do Trabalho encontrou vasto espaço entre pesquisadores da área de Saúde do Trabalhador, que a utilizam pela sua capacidade de preencher lacunas importantes no conhecimento entre saúde e trabalho, em especial entre saúde mental e trabalho, que haviam sido relegadas a segundo plano.

A psicodinâmica do trabalho tem assumido um importante papel nos estudos brasileiros voltados à Saúde Mental do Trabalhador. Segundo Merlo e Mendes, até o ano de 2009 foram publicadas 79 produções científicas no Brasil com a temática da

Psicodinâmica do Trabalho, sendo as áreas de produção a psicologia, a saúde coletiva, a engenharia de produção, a enfermagem, e a administração, principalmente. Esta pluralidade de interesse demonstra que as categorias desenvolvidas pela teoria vieram, provavelmente, a preencher lacunas nas discussões dessas diversas áreas. (MERLO; MENDES, 2009). Ainda faz-se necessária a produção de estudos que acompanhem a publicação desta temática nos anos que se seguem.

4.2 Período de Estudo

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro do ano de 2018.

4.3 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, que possui população estimada em 691.125 habitantes, numa área de 258,694 km², com uma densidade demográfica de 2.491,82 hab/km². Limita-se ao Norte com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com Moreno, integrando a Região Metropolitana do Recife (RMR) (IBGE, 2010).

Administrativamente, o município de Jaboatão dos Guararapes é dividido em sete regionais: Jaboatão Centro, Cavaleiro, Curado, Muribeca, Prazeres, Praias e Guararapes.

O município conta com 121 Unidades Básicas de Saúde, incluindo 101 Equipes de Saúde da Família implantadas, 10 policlínicas, 04 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 04 Polos de Academia da Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) O município conta com uma cobertura pela Estratégia Saúde da Família de 50,92%%.

O estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, escolhidas em amostra por conveniência. Foram priorizados territórios com realidades e características regionais distintas, estando a equipe A localizada na Regional VI (Praias), e a equipe B, localizada na Regional II (Cavaleiro). Segundo o Relatório Anual de Gestão do ano de 2016, a Regional II, Cavaleiro possui uma população de 111.364 mil habitantes (17,28%) composta por

quatro 4 bairros e apresenta a 3º maior população do município, é uma regional de grande vulnerabilidade social e baixa renda. A Regional VI abrange a área de Praias, tendo a maior população do município com 164.890 habitantes (25,58%) e possui a menor situação de vulnerabilidade social, sendo considerada a regional de maior desenvolvimento do município. Tais regionais possuem características diversas em condições de moradia, renda, avaliação imobiliária, acesso ao sistema de saúde, etc. (PMJG/ SMS, 2017)

4.4 Sujeitos da Pesquisa

A população da pesquisa foi composta pelo universo dos trabalhadores de diferentes categorias existentes nas equipes de Saúde da Família selecionadas, sendo estes: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACSs), auxiliar de farmácia e auxiliar de serviços gerais. A equipe de Saúde A é composta por 07 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião-dentista, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar de farmácia e 01 auxiliar de serviços gerais, totalizando 14 sujeitos; a equipe de Saúde da Família B é composta por 06 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião-dentista, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnico de enfermagem, totalizando 11 sujeitos.

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa profissionais que estavam exercendo suas atividades nas referidas equipes da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes há pelo menos um ano, e que não tenham gozado de férias ou licenças nos 30 dias anteriores à pesquisa de campo.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam em gozo de férias ou licença nos últimos 30 dias antes da coleta de dados, que tenham sido admitidos

no município há menos de um ano, ou que tenham permutado de equipe ou unidade de saúde nos últimos três meses.

4.5 Coleta de Dados

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal com a equipe de Saúde da Família, seguida de entrevistas individuais semiestruturadas com cada um dos profissionais.

O grupo focal tem como objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, a fim de gerar compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre um tema (TRAD, 2009). A técnica consiste na estimulação pelo moderador de uma discussão informal entre um grupo de indivíduos, e permite ao pesquisador ouvir vários sujeitos, observando a interação entre eles. Os dados extraídos desta discussão são transcritos e acrescidos por anotações e reflexões do moderador e de outros observadores (CONEJERO; AZEVEDO, 2016).

Os grupos foram realizados com as duas equipes de saúde da família separadamente. As sessões aconteceram na própria USF onde a equipe está lotada, considerando a facilidade de reunir os profissionais, e em horário previamente combinado onde todos estavam disponíveis. A técnica de grupo focal foi escolhida para este caso pela necessidade de ouvir a equipe de Saúde da Família nos seus compartilhamentos, interações e conflitos que imitam o cotidiano de trabalho, e não apenas o indivíduo profissional.

Durante a coleta de dados, dois sujeitos entraram de férias no segundo momento de grupo focal, um sujeito necessitou se ausentar, um estava de licença, e um sujeito não conseguiu participar dos momentos pela rotina do trabalho, impossibilitando a participação dos mesmos.

Assim, na primeira unidade, o primeiro momento de grupo focal contou com a presença de 14 indivíduos e o segundo momento, 12 indivíduos. Na segunda unidade, o primeiro momento contou com a presença de 09 indivíduos e, o segundo momento contou com 08 sujeitos.

A participação ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores se colocaram à disposição para os esclarecimentos necessários e foi respeitada a livre participação, com liberdade para

desistência, em qualquer fase da pesquisa, garantindo aos participantes total sigilo e anonimato das respostas.

No intuito da auto identificação do sujeito, no primeiro momento da coleta de dados foi solicitado aos trabalhadores que buscassem em revistas imagens que o identificassem enquanto pessoa e enquanto trabalhador. Com o objetivo de conhecer o cotidiano dos profissionais da ESF, foi separado o nome de cada uma das profissões em uma caixa, e foi solicitado aos profissionais que sorteassem uma profissão de cada vez, de modo que todos pudessem falar o que observam aquele profissional fazer no dia-a-dia laboral, exceto o profissional que executa aquela função. Quando se esgotaram os comentários, o profissional que executa a função sorteada teria a palavra para concordar com o que os colegas disseram, discordar ou complementar.

Continuando a pesquisa, no intuito de identificar as situações geradoras tanto de prazer como de sofrimento no trabalho foi realizada a técnica de tempestade de ideias com os participantes da pesquisa, sendo uma para o prazer e outra para o sofrimento, cada uma delas seguida do relato de histórias reais que vieram à memória, que demonstrassem situações reais nas quais o trabalhador sentiu prazer ou sofrimento durante a realização do seu trabalho.

Após a explanação dos trabalhadores sobre o sofrimento, surgiu da moderação o questionamento de como eles enfrentavam esse sofrimento no dia a dia do trabalho, e o que acreditavam que deveria ser feito pela gestão para minimizar o sofrimento da equipe.

O material resultante da coleta de dados ficou sob a posse dos pesquisadores e será arquivado por um período mínimo de cinco anos, sendo incinerado após este prazo. As gravações foram apagadas imediatamente após a transcrição, garantindo-se que não serão utilizadas com nenhuma outra finalidade que não os objetivos da pesquisa.

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados no estudo por meio de grupo focal foram analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvido no final da década de 90 por Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre.

O Discurso do Sujeito Coletivo tem como objeto o pensamento das coletividades e seu objetivo é descrever o que as coletividades, como conjunto de atores sociais, pensam sobre um determinado tema (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006; MARINHO, 2015). No nosso estudo a proposta foi a construção de um ser empírico coletivo, trabalhador da Estratégia Saúde da Família, que opina em forma de sujeito na primeira pessoa do singular, representando a fala da opinião social, Equipe da Estratégia Saúde da Família. (FIGUEIREDO, CHIARI; GOULART, 2013).

Em algumas pesquisas, a opinião do sujeito é tratada com distanciamento ou pluralização, por meio de expressão matemática, geralmente em percentual, ou da expressão “eles” representando o “eu-coletivo”. A proposta do DSC é ir além dos depoimentos individuais, ampliando-os, de modo a representar o um e o todo, o indivíduo que fala e a coletividade que este representa (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006; MARINHO, 2015). O sujeito coletivo é muito mais que um “nós”, é a coletividade expressa na primeira pessoa do singular, se reportando a um pensamento coletivo.

Assim, o desafio do DSC é representar a fala coletiva mediante a constituição de um sujeito portador deste discurso coletivo, respeitando a representatividade qualitativa e quantitativa desta fala, já que o pensamento é qualitativamente variável por enfatizar discursos que conformam a opinião do sujeito, mas, sendo este coletivo, é também quantitativo, por expressar uma pluralidade de indivíduos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). Assim, o sujeito individual é valorizado, tido como pessoa que elabora conhecimento, sem se perder no coletivo; e a soma qualitativa dos sentidos semelhantes são evidenciados pelo Discurso do Sujeito Coletivo. A aplicação desta técnica em pesquisas, dentro e fora do campo da saúde, tem demonstrado sua eficácia para o processamento e análise das opiniões coletivas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

A técnica se pauta na análise do depoimento do sujeito, através de operações sobre os depoimentos. Há a sugestão de quatro operações para a operacionalização da análise: expressões-chave (E-Ch), ideias centrais (IC), ancoragens (AC), e o discurso do sujeito coletivo (DSC) propriamente dito. As E-Ch são trechos literais do depoimento, recortes de fala, que permitem evidenciar a essência do conteúdo discursivo; as IC são palavras ou expressões linguísticas que surgem a partir da apuração das E-Ch e servem para agrupar o discurso, revelando de maneira sintética e objetiva o sentido do depoimento, estão diretamente ligadas as falas do

entrevistado, já que se utilizam de suas palavras para serem descritas. As IC significam o que o entrevistado quer dizer, e as E-Ch, como isso foi dito. As AC são a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença manifestadas no discurso do sujeito, representa os valores do grupo. Por fim, o DSC é *“a reunião e organização lógica e coerente, de expressões-chave (E-ch) que apresentam ideia central (IC) ou ancoragem (AC) semelhantes, num só discurso simples”* (AZEVEDO; CONEJERO, 2016). É importante destacar que no caso de depoimentos contraditórios, devem ser elaborados DSC para falas concordantes e discordantes (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Assim, este estudo foi realizado através destas quatro operações que facilitaram a operacionalização da análise: expressões-chave (E-Ch), ideias centrais (IC), ancoragens (AC), até o discurso do sujeito coletivo (DSC) propriamente dito, estas operações estão contidas nas seções de resultados e discussão. É importante destacar que no caso de depoimentos contraditórios, devem ser elaborados DSC para falas concordantes e discordantes (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013), porém nosso estudo as falas foram concordantes em todas as categorias.

Com o objetivo de auxiliar na análise do material e construção do DSC foi utilizado o software DSCSoft patrimoniado pela Universidade de São Paulo, e disponível para download na página do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (www.ipdsc.com.br). Este software tem sido visto como um potencial da metodologia do DSC, pois agiliza o processamento dos dados, permitindo análises e recortes de discurso mais precisos, garantindo maior validade e confiabilidade ao estudo, e resguardando o pesquisador em relação aos critérios de interpretação e análise dos dados, se constituído como uma ferramenta de sistematização dos dados subjetivos (AZEVEDO; CONEJERO, 2016).

A partir dos dois encontros de grupo focal realizados com cada equipe de Saúde da Família, foram tratadas questões relacionadas à identificação com o trabalho, o cotidiano profissional, o prazer, o sofrimento e os mecanismos de enfrentamento encontrados pelo trabalhador. O trabalhador foi levado à abstração, trazendo propostas de resolução de problemas no âmbito da equipe e da gestão.

Nesta pesquisa foi percebida a necessidade de identificar o sujeito trabalhador que fala e pensa, através da coletividade, trazendo à tona a identidade

deste sujeito, a forma como ele se vê, e a forma como o trabalho se faz presente na construção de quem ele é.

A partir do DSC, as falas foram organizadas em três categorias: O Eu-trabalhador, O prazer na Saúde da Família e o Sofrimento na Saúde da Família. Em cada categoria foram sistematizadas as subcategorias analíticas, conforme apresentado a seguir.

4.7 Intervenção

A partir dos achados da pesquisa, foi elaborado um plano de intervenção com o objetivo de sensibilizar os profissionais, gestores e usuários do SUS em relação à saúde mental dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde, conforme detalhamento no Quadro 01.

Quadro 01 – Estrutura do projeto de intervenção para sensibilização em saúde mental.

Objetivo	População-Alvo	Operacional	Recursos Necessários	Resultado Esperado
Sensibilizar os profissionais da ESF quanto à influência do trabalho na saúde mental, auxiliando a estruturação de mecanismos para enfrentar o sofrimento	Profissionais de Saúde das USF do Município	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitar ao município pauta em reuniões de gestão compartilhada de todas as regionais para apresentação dos achados da pesquisa 	Projetor de mídia; relatório resumido dos resultados encontrados no estudo	Profissionais conscientes do papel do trabalho influenciando sua saúde mental e dos mecanismos de enfrentamento utilizados por outros profissionais que realizam as mesmas atividades
Sensibilizar os conselheiros municipais de saúde (trabalhadores, usuários e gestores) sobre a importância de cuidar do cuidador, em especial de sua saúde mental.	Profissionais, gestores e usuários por meio do Conselho Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitar pauta junto ao CMS •Apresentar os achados da pesquisa •Enfatizar o papel do Conselho no apoio aos trabalhadores do SUS, e conseqüentemente à saúde do usuário 	Projetor de mídia; relatório resumido dos resultados encontrados no estudo	Conselho Municipal de Saúde empoderado sobre a temática, e envolvido nas discussões referentes à saúde mental do trabalhador de saúde
Subsidiar discussões sindicais a respeito do prazer e sofrimento do trabalhador, relacionado ao trabalho	Representantes do Sindicato dos Servidores Municipais	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitar pauta em reunião junto as representações sindicais. •Apresentar os achados da pesquisa •Enfatizar o papel do Sindicato Municipal no apoio aos trabalhadores do SUS, e conseqüentemente à saúde do usuário 	Projetor de mídia; relatório resumido dos resultados encontrados no estudo	Levantamento de discussões sindicais a respeito da saúde mental do trabalhador de saúde
Sensibilizar os profissionais envolvidos na pesquisa no intuito de estimular a proposição de mudanças no processo de trabalho voltadas à redução do sofrimento no trabalho	Profissionais das ESF participantes da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> •Convidar os profissionais participantes da pesquisa para apresentação os achados e discussão de possíveis soluções 	Projetor de mídia; relatório resumido dos resultados encontrados no estudo	Profissionais conscientes do papel do trabalho influenciando sua saúde mental e atuantes no intuito de discutir melhorias

Fonte: A Autora

4.8 Considerações Éticas

O projeto seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS, que versa sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, e as recomendações da Resolução nº 510/2016 do CNS/MS que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz sob o CAAE nº90108718.7.0000.5190. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi obtido de todos os participantes do projeto.

A pesquisa apresentou riscos mínimos para os sujeitos envolvidos, ou seja, a magnitude ou probabilidade do dano não são maiores do que aqueles vivenciados no cotidiano da pessoa. Os benefícios advindos da pesquisa se sobrepõem aos possíveis riscos e podem ser diretos, e/ou em prol da sociedade, por meio dos resultados encontrados que contribuirão para o desenvolvimento de medidas alternativas visando futuras intervenções ao problema.

Ainda, entende-se que a Psicodinâmica do Trabalho tem seu foco no estudo do sofrimento mental infrapatológico ou pré-patológico, ou seja, em momentos nos quais a coletividade dos trabalhadores encontra meios para enfrentar o sofrimento transformando-o em prazer, sem trazer danos à saúde mental do trabalhador. Caso fossem identificados casos suspeitos de trabalhadores apresentando agravos à saúde mental, estes seriam encaminhados à avaliação pelo profissional de psicologia pertencente ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) que acompanha a referida equipe, no intuito de acompanhamento e/ou encaminhamento, seguindo a prescrição deste profissional, porém, isto não aconteceu no decorrer do estudo.

5 RESULTADOS

A partir dos dois encontros de grupo focal realizados com cada equipe de Saúde da Família, foram tratadas questões relacionadas à identificação com o trabalho, o cotidiano profissional, o prazer, o sofrimento e os mecanismos de enfrentamento encontrados pelo trabalhador. O trabalhador foi levado à abstração, trazendo propostas de resolução de problemas no âmbito da equipe e da gestão.

5.1 O Eu-Trabalhador

A identidade do sujeito é construída a partir das relações sociais das quais ele faz parte, sendo o próprio trabalho uma dessas relações. O sujeito não trabalha só, trabalha com o outro, para o outro ou ainda com a finalidade de ter o objeto do seu trabalho reconhecido pelo outro, assim, através dessas relações se constrói o eu-trabalhador, neste caso formado da Estratégia Saúde da Família e cujas falas dos sujeitos participantes da pesquisa explicitam.

Foi percebido, então, que o discurso do trabalhador está pautado na proximidade, muitas vezes indissociável entre quem ele é e o que ele faz, assim como entre sua forma de ver o mundo e as funções que executa. O que se percebe é que a identidade do eu e do trabalho se misturam. A partir do DSC, a caracterização dos sujeitos da pesquisa foi organizada em três subcategorias, conforme descrito a seguir:

5.1.1 A pessoa que não se separa do trabalho que executa

Foi observado que os trabalhadores da ESF não conseguem separar a vida pessoal da profissional. O trabalhador acaba por se misturar com o seu trabalho de forma que ao se identificar enquanto pessoa o trabalho se faz presente de forma clara ou nas entrelinhas.

Estas observações podem ser confirmadas a partir do discurso a seguir:

Quadro 02- O trabalhador não se dissocia do trabalho

IC: O trabalhador não se dissocia do trabalho	
E-Ch:	<p>“Eu não consigo ne separar do trabalho da pessoa que eu sou” (B7)</p> <p>“De certa forma fica difícil separar o ACS da pessoa porque você é sempre procurado por um parente ou vizinho” (B12)</p> <p>“Sou uma pessoa família [...] não se separa muito do meu trabalho não. As pessoas sempre procuram a gente” (B8)</p> <p>“Mesmo sábado e domingo tem pessoa no meu portão, se eu tô na feira em Prazeres o povo me para” (B4)</p>
DSC:	<p>Eu não consigo separar o trabalho da pessoa que eu sou, eu sou uma coisa só. Eu saio daqui e não deixo, acabo pensando no trabalho e nos pacientes quando eu tô em casa Acabo trabalhando fora do trabalho, entende? À noite, na casa dos pacientes, lá em casa mesmo, eu não consigo me separar não. Porque você é sempre procurado ou por um parente, ou por um vizinho: “olha, me dá uma orientação”, “tu consegue uma consulta pra mim?”. Mesmo sábado e domingo tem pessoa no meu portão. Se eu tô na feira, o povo me para. Então, assim, a gente nunca deixa de tá envolvido com a comunidade. Sempre. Pra sempre agora vai ser assim.</p>

Fonte: A autora

Esse sentimento é ainda mais intenso na saúde da família pela convivência contínua do trabalhador com os usuários e dentro da comunidade na qual exerce seu papel, especialmente aqueles que exercem a função de Agentes Comunitários de Saúde, que residem no território coberto pela unidade de saúde, vivenciando e compartilhando, dentro e fora dos horários formais de trabalho, os dilemas daquela comunidade.

5.1.2 O trabalhador e o SUS

A identificação do trabalhador também perpassa pela identificação com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O trabalhador vê no sistema uma forma de exercitar seus valores morais ao fazer o bem, cuidar, ouvir e acolher o usuário enquanto executa o seu trabalho, fazendo com que quem ele é e o que ele faz novamente se encontrem e mesmo se confundam.

Quadro 03- O trabalhador se identifica com os princípios do SUS

IC: O trabalhador se identifica com os princípios do SUS	
E-Ch:	<p>“eu me identifico com o trabalho, com passar conhecimento pras pessoas, cuidar de pessoas” (A5)</p> <p>“E aqui o SUS como profissional, né? Sim, eu tenho orgulho do SUS. Amo o SUS” (A9)</p>
DSC:	<p>Eu tenho orgulho. Eu tenho orgulho sim, do SUS. Eu me identifico muito com a saúde. Amo o SUS. Amo. Apesar das dificuldades, a gente ajuda muito as pessoas, isso me faz bem. Me identifico com passar conhecimento para as pessoas, trabalhar com pessoas, cuidar de pessoas. A gente sempre tá buscando essa melhoria pra o pessoal menos favorecido, e sempre buscando essa mudança que começa a partir de nós.</p>

Fonte: A Autora

Através do discurso acima, podemos perceber que a construção da identidade dos sujeitos também é realizada socialmente, a partir do trabalho. A identificação do trabalhador com o que faz é uma forma de sentir-se útil para a sociedade.

5.1.3 O dia a dia do trabalhador na saúde da família

Na saúde da família, as atribuições do trabalhador ultrapassam seus núcleos de saber, muitas vezes, inclusive, saindo do campo saúde. O dia a dia desse trabalhador é extremamente imprevisível e cheio de desafios. Além daquilo que está previamente agendado, este trabalhador lida com o cotidiano da educação em saúde da população e com as urgências de saúde da comunidade, mas também com as urgências sociais e emocionais de cada usuário e da equipe. Além disso, o trabalhador se encontra diante de questões que ultrapassam seus afazeres prescritos, como relatado a seguir:

Quadro 04: O trabalhador executa atividades além das funções preestabelecidas

IC: O trabalhador executa atividades além das funções preestabelecidas	
E-Ch:	<p>“Bombril [...] É até mestre de obras. (B7) “Faz serviço de engenharia, é pedreiro” (B2) “Separa briga de paciente. Leva esporro” (B4) “E ainda estuda, visse?” (B14) “Já limpei o posto também. Já limpei o posto” (B3) “Encanador, o homem da informática, o homem da casa. A gente quebra galho, faz de tudo um pouco” (B6) “De vez em quando eu faço alguma coisa ali dentro do consultório também” (B11) “Todo mês eu vejo a Dra. contando as lâmpadas queimadas” (A10) “Todos os ACSs são ouvintes” (A8)</p>
DSC:	<p>Faço visita domiciliar, recepção, organizo prontuário, organizo remédio da farmácia, organizo os materiais quando chega, peço água mineral, caminhão pipa, as vezes sou até mestre de obras. Faço serviço de engenharia, de pedreiro, de limpeza, fiscalização, faço palestra, oriento os pacientes, separo briga também. Aqui a gente faz muito. Faz tudo. Faço acolhimento, recepção. Já limpei o posto também. Já limpei o posto. Na verdade, eu sou quebra-galho: administrador, encanador, a pessoa da informática. Todo mês eu conto as lâmpadas queimadas. É meio que ser o homem da casa: quando dá bronca, a gente resolve. E eu quem assino as coisas também. E também sou segurança. E de vez em quando faço algumas coisas ali dentro do consultório.</p>

Fonte: A Autora

O que se percebe através do discurso é que, além dos afazeres cotidianos, por ser uma célula menor e descentralizada, a Unidade de Saúde da Família se converte em uma verdadeira casa para que o trabalhador administre e mantenha em funcionamento, com problemas elétricos, hidráulicos, de manutenção, informática, segurança, além de limpeza e da necessidade de gerenciar suprimentos, criando uma grande distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, tornando-o muito mais extenuante.

5.2 O prazer na Saúde da Família

Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, todo trabalho gera prazer e sofrimento ao trabalhador. O prazer se dá diante da oportunidade de criar, de inovar, de se superar diante de situações ruins e conseguir bons resultados, assim como de sentimentos de reconhecimento e gratidão ou de pertencimento.

Através da tempestade de ideias realizada no grupo focal, neste estudo, cinco categorias emergiram das falas do sujeito no que diz respeito ao prazer relacionado ao trabalho, conforme descrito no Quadro 02 e detalhamento a seguir.

Quadro 05 – Subcategorias relacionadas às situações geradoras de Prazer na Estratégia Saúde da Família.

Situações geradoras de prazer	Descrição
Satisfação do usuário	Subcategoria relacionada a conseguir realizar o seu trabalho, deixando satisfeito o usuário, e a sentir-se útil à comunidade.
Gratidão dos pacientes	Subcategoria relacionada à demonstração do sentimento de gratidão do usuário para com o profissional e a equipe.
Vínculo	Subcategoria relacionada à criação de vínculo equipe-usuário, facilitando o trabalho na saúde da família
Trabalho em equipe	Subcategoria relacionada a compartilhar o dia a dia com pessoas que o admiram, respeitam e valorizam o seu papel no meio.
Auxílio ao paciente, ultrapassando os limites da saúde	Subcategoria relacionada ao sentimento de ajudar o paciente, amenizar a dor, educar e mudar hábitos, muitas vezes ultrapassando os limites da profissão.

Fonte: A autora.

5.2.1 Satisfação do usuário

Segundo os sujeitos da pesquisa, a satisfação do usuário foi apontada como motivo inicial de prazer do trabalhador. Eles se sentem felizes quando a comunidade está feliz, quando conseguem oferecer os serviços que a comunidade necessita, e quando são procurados para apoiar os usuários e ouvi-los.

Quadro 06- Prazer no trabalho: satisfação do usuário

IC: O trabalhador sente prazer na satisfação do usuário
<p>E-Ch:</p> <p>“Meu prazer é ver a comunidade feliz”. (A6)</p> <p>“Satisfação do paciente” (A7)</p> <p>“Teve uma senhora da minha área, a gente se conhece desde que eu iniciei no programa, há 20 e tantos anos atrás [...] ela entrou em processo do tratamento de vista dela, aí conseguiu se operar, tudinho, fez os exames aqui, aí se operou e tá bem. Aí ela ficou muito grata, ela disse: Se não fosse tu, visse? Eu tô vendo tudo, tô é bem. Aí eu disse: Tá vendo até o que não devia” (A4)</p> <p>“Na última terça feira eu tava aqui na recepção e chegou 3 mulheres que é de outro posto aí veio vacinar, aí eu escutei entre elas, conversando: Você viu como aqui é diferente? Era bom que o posto da gente fosse assim também. Ou seja, na hora tava aquele movimento, mas aquela frase eu guardei, né? Eu digo, graças a Deus, né?” (B3)</p>

Quadro 06- Prazer no trabalho: satisfação do usuário (continua)

IC: O trabalhador sente prazer na satisfação do usuário

DSC:

Meu prazer é ver a comunidade feliz, realizada. Comunidade feliz é o melhor que tem. E é bom saber que a gente faz a diferença na vida deles. Teve uma senhora, a gente se conheceu quando eu entrei no programa, há 20 anos, ela entrou em processo de fazer o tratamento da vista dela. Aí conseguiu se operar, tudinho, aí se operou e tá bem. Ela ficou muito grata, ela disse: “se não fosse tu, visse? Eu tô vendo tudo. Tô é bem”. Eu me sinto como uma ponte pra pessoa melhorar de vida, né? Em termos de saúde. E eu fico feliz com isso. Eu fico feliz quando vejo uma pessoa, por exemplo, tava com um problema, a gente atendeu, fez um procedimento, passou uma medicação e resolveu, e aí vem dizer a gente, né? Eles confiam em você e você fica feliz porque tá ajudando a pessoa a ter mais qualidade de vida. Eu tava aqui na recepção e chegou três mulheres que são de outro posto que vieram pra vacinar, aí eu escutei elas falando, conversando entre elas mesmo: “Você viu como aqui é diferente? Era bom que o posto da gente fosse assim também.” Aquela frase eu guardei. E são essas coisas que vão dando mais esperança, mais força pra continuar, quando as pessoas se sentem bem, quando a gente ajuda e fica todo mundo satisfeito, isso é uma felicidade pra mim.

Fonte: A autora

Percebe-se que o prazer do trabalhador acontece quando o usuário sente confiança nele e em seu trabalho, reconhecendo-o enquanto trabalhador, reconhecendo a equipe, e fazendo com que ele se sinta útil à comunidade.

5.2.2 Gratidão dos pacientes

A gratidão dos pacientes gera prazer no trabalhador. Ele sente o seu trabalho reconhecido, seja por um “muito obrigado”, um sorriso, um abraço, ou até um presente. A comunidade agradece como pode, com coisas simples e cotidianas, mas que fazem a diferença no cotidiano laboral do sujeito e da equipe.

Quadro 07- Prazer no trabalho: demonstrações de gratidão dos pacientes

IC: O trabalhador sente prazer ao receber demonstrações de gratidão dos pacientes	
E-Ch:	<p>“Mas também tem pessoas que chegam e dizem como foi bom ter conseguido marcar porque não tem dinheiro” (A6)</p> <p>“Até vassoura eu já ganhei” (A4)</p> <p>“Picolé toda segunda-feira” (A8)</p> <p>“Bolo é o que mais tem, viu?” (A3)</p> <p>“Quando você faz um atendimento que pelo menos o paciente lhe agradece, eu acho isso tão bom, muito gratificante” (A2)</p> <p>“Eles sempre fazem almoço pra gente. A gente se sente bem acolhido” (B8)</p> <p>“Galinha, teve um dia que o paciente trouxe galinha, não foi? Galinha de capoeira, não foi?” (A6)</p>
DSC:	<p>No meio de 100 tem pelo menos meia dúzia que vem, reconhece, agradece, né?. As vezes eles até falam pra mim que ficaram gratos, tudinho. Agradecem, ficam felizes, até chegam a me presentear. Já ganhei de tudo. Até vassoura eu já ganhei. Sempre ganho comida: picolé, coentro, macaxeira, banana, laranja, limão, sapoti, fatia parida, rapadura. Teve um dia que o paciente trouxe galinha, galinha de capoeira. Bolo é o que mais tem, viu? Eu fico tão feliz. Acaba a gente virando amigo, e amigo da família também.</p>

Fonte: A autora

O trabalhador sente prazer nas demonstrações de gratidão, mesmo as mais simples. A demonstração é uma forma de o trabalhador perceber o reconhecimento da comunidade pelo seu trabalho, a satisfação do usuário e a sua utilidade no meio.

5.2.3 Vínculo

O trabalhador também relata sentimento de prazer ao criar vínculo com o usuário e com a comunidade. Este vínculo é criado à medida que o trabalhador se faz presente na vida da comunidade, acompanhando o desenvolvimento das famílias, cuidando e promovendo a saúde.

Quadro 08- Prazer no trabalho: vínculo com a comunidade

IC: O trabalhador sente prazer ao criar vínculo com a comunidade	
E-Ch:	<p>“Eu, por exemplo, passei 20 anos, quase 20 anos numa comunidade e você observar que começa a tender a criança pequena, e depois de, chega 15, 18 já traz o filho pra você com a boquinha toda organizada que você conseguiu fazer uma modificação” (A2)</p> <p>“Na minha área mesmo tem uma senhorinha [...] Toda vez que eu chego lá ela chora. [...] Ela fica: Meu Deus, como é bom você tá aqui, obrigada por você ter se lembrado de mim. Eu fico bem emocionada quando eu vou lá porque, poxa, você tá lá fazendo companhia, escutando” (B2)</p> <p>“Quando eu fiz a prova pra agente de saúde [...] eu tinha me lembrado que tinha lido no livro antes que o agente de saúde é a ponte que liga a saúde à comunidade, e isso eu nunca mais esqueci” (A7)</p> <p>“É muito gratificante, é quase como um parente. Tem pessoas que eu conheço aqui há mais de vinte anos [...]. O contato faz a gente ter intimidade, e da intimidade vem o prazer. (B5)</p>
DSC:	<p>É muito gratificante esse vínculo que a gente cria com a comunidade. Nada pior do que você atender um hoje, atender outro amanhã, não sabe se o cara vem, se não vem. Eu, por exemplo passei quase 20 anos numa comunidade, e você observar que começa a atender a criança pequena, depois ele chega 15, 18 anos, já traz o filho pra você atender, com a saúde em dia, que você conseguiu fazer uma modificação. Isso é um prazer muito grande, pelo menos pra mim, que consigo visualizar. Tem uma senhorinha mesmo, que eu gosto muito dela, toda vez que eu chego lá, ela fica “Meu Deus, como é bom você tá aqui! Obrigada por você ter se lembrado de mim”, e tal. Eu gosto muito, eu fico bem emocionada quando vou lá, porque, poxa, você tá lá, fazendo companhia, escutando, mas é só o seu trabalho, sabe? E você acaba fazendo mais, é muito gratificante isso. Esse contato com as pessoas é muito bom porque o contato é que faz a gente ter intimidade, e da intimidade vem o prazer. Eu sinto, como se de certa forma, eu passasse a fazer parte da família dos pacientes.</p>

Fonte: A autora

O discurso nos traz a importância do vínculo como diretriz da saúde da família diretamente ligado ao prazer relacionado ao trabalho, pois é através dele que o trabalhador relata sensação de pertencimento, de fazer parte de algo. O trabalhador sente-se satisfeito em contribuir para a mudança de hábitos na comunidade e transformação na vida das pessoas, e entende que fazendo parte da vida delas isso se torna mais fácil.

5.2.4 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe também foi apontado como motivo de satisfação e prazer. O trabalhador passa cerca de oito horas por dia compartilhando dificuldades

e alegrias com seus pares, e quando esse compartilhamento é com pessoas que o respeitam, o admiram e reconhecem sua função no meio, isto torna o trabalho mais fácil e prazeroso, o trabalhador não se sente sozinho em meio aos problemas encontrados no dia-a-dia, a equipe funciona como apoio e orientação, mesmo em assuntos que extrapolam o trabalho, passando para a vida pessoal do trabalhador, criando um relacionamento que ultrapassa os muros da unidade de saúde. Além disso, o trabalhador relata que uma equipe integrada e unida exerce o seu papel diante da comunidade com mais eficácia, alcançando seus objetivos de cuidar e promover saúde.

Quadro 09- Prazer no trabalho: Trabalho em equipe

IC: O trabalhador sente prazer no trabalho em equipe	
E-Ch:	<p>“É um prazer pra gente quando chega a segunda, que a gente sabe que vai ver todo mundo. Eu fico ansiosa quando vejo todo mundo chegando” (B4)</p> <p>“É a união, né?” (B5)</p> <p>“Comunhão, na alegria e na dor” (B8)</p> <p>“A fama do posto é que era um posto que o pessoal era muito família” (B12)</p> <p>“Realmente a gente aqui é uma família” (B4)</p> <p>“Eles somam, são presentes, são família, são assim, amigos, são irmãos” (B5)</p> <p>“Porque a turma aqui é trabalho. Quem não curte... Quem não curte vai embora mesmo” (B1)</p> <p>“Trabalhar com uma equipe saudável porque essa equipe daqui é ouro”(A5)</p> <p>“Quando um não pode o outro vai lá, dá uma ajudinha “vamo, a gente faz”, “a gente te ajuda”, “a gente vai fazer contigo” (A6)</p>
DSC:	<p>É um prazer pra mim quando chega a segunda, que a gente sabe que vai ver todo mundo. É um prazer porque eu sei que estão todos bem. Prazer é trabalhar com uma equipe saudável, porque essa daqui é ouro, é muito unida, sempre trabalha em conjunto. Quando um não pode, o outro vai lá, dá uma ajudinha “vamos, a gente faz”, “a gente te ajuda”, “a gente vai fazer contigo”, a gente sempre dá uma mãozinha ao outro. Somos uma família aqui, um ajuda o outro, e a gente vive aqui, trabalha, a gente divide tudo aqui, se um não fizer almoço, a gente divide, quando um tá triste, a gente já conversa: “Olha, fulano tá triste, fulano tá calado”. Quem tiver seus segredos aqui que não quiser que ninguém saiba, não conte, porque se contar a um, todo mundo sabe, mas é pra ajudar, sabe? O pessoal daqui é escolhido a dedo, é uma segunda família mesmo. E aqui a gente faz festinha também, de aniversariantes, São João, Natal, um momento de descontração. Aqui todo mundo soma, é presente, é família, são meus amigos e irmãos. Se não fosse assim, eu já tinha partido. Porque aqui a turma é trabalho, quem não curte, vai embora mesmo.</p>

Fonte: A autora

Percebe-se no discurso a importância de um bom relacionamento em equipe no prazer relacionado ao trabalho na ESF. O trabalhador se sente acolhido e acolhe, sente-se como pertencente e parte de algo, não se sente só, inclusive em seus assuntos particulares. Este bom relacionamento muitas vezes tem sido percebido no andamento do trabalho na unidade de saúde.

5.2.5 Ajudar o paciente, ultrapassando os limites da saúde

O sentimento de ajudar o paciente foi relatado nesta pesquisa como motivo de prazer para o trabalhador da Estratégia Saúde da Família. Quando o trabalhador consegue amenizar a dor do paciente, encaminhar ao tratamento adequado, fazer o diagnóstico correto, orientar, educar, mudar hábitos e transformar vidas, ele sente satisfação e prazer. Isso, inclusive acontece, muitas vezes, quando o trabalhador ultrapassa os limites da saúde para ajudar o paciente a ter uma melhor qualidade de vida, provendo alimentos quando sabe que o paciente não tem, ou não medindo esforços para lhe encontrar um emprego, por exemplo.

Quadro 10- Prazer no trabalho: Ajudar o paciente

IC: O trabalhador sente prazer ao ajudar o paciente**E-Ch:**

“Melhorar a qualidade de vida pra o pessoal, pra comunidade” (B8)

“A gente se sente feliz quando vê que a pessoa, por exemplo, passou pelo clínico, fez uma prevenção, tava com um problema, passou a medicação e resolveu” (B4)

“Amenizar a dor do próximo” (A4)

“Pra mim, o que causa muito prazer, que eu fico muito feliz, é conseguir amenizar a dor do paciente. Assim, com relação, teve pessoas aqui que tavam com uma úlcera na perna, uma ferida que não sarava, tinha anos, mais de vinte, e sarou. Pra mim é um prazer enorme saber que fazemos parte da vida dessa pessoa porque ela vai lembrar de mim pra sempre” (B14)

“Eu posso lhe ajudar agora, chegou medicamento” (B8)

“Conseguir transformar hábitos, se conseguir transformar um, pelo menos” (A1)

“Eu lembro, agora já no final do ano passado, chegou um paciente meu, aí ele chegou [...], ele ficou por ali, aí eu: “Diga! O Senhor tá precisando de alguma coisa?” Aí ele veio bem quietinho, aí no birô, aí falou: “Eu tô com um negócio estranho na minha boca.”. Aí eu: “É o quê? O Senhor pode me mostrar?” Aí ele ficou todo assim, aí eu fui e levei ele pra outra sala, aí disse: “O senhor me mostra?”. Quando eu olhei, como eu já tinha visto da minha outra paciente, aí também não disse nada a ele. Olhei e disse assim: “Eu vou falar com o dentista”. Ele disse: você fala? Eu: “Falo”. Aí eu disse: Dr. Eu acho que é câncer, mas o senhor olhe. [...]. Aí quando ele entrou, constatou... Aí assim, é feliz, eu fico feliz porque... ai meu Deus, eu vou chorar. Porque a gente ajuda, né? (B4)

“Eu falei com o meu marido que trabalha no aeroporto com jardim, ele é jardineiro, e lá na infraero eles pedem muito pras pessoas, pra ele arrumar alguém ou ele mesmo. E ele tava desempregado, né? Aí eu disse: “ele é jardineiro, vê se tu arruma alguma coisa”. E ele já mandou ele trabalhar duas vezes, em dois jardins lá pro lado do aeroporto. Então assim, eu fico muito feliz.” (B3)

DSC:

Eu fico feliz quando consigo ajudar o paciente, amenizar a dor, sabe? Teve uma paciente aqui que tinha úlcera na perna tinha mais de 20 anos, não sarava nunca, e sarou. Tem paciente que vai lembrar da gente pra sempre. Eu lembro também de um paciente meu, eu tava aqui, e ele veio bem quietinho aqui no birô e falou bem baixinho “eu tô com um negócio estranho na minha boca”, eu perguntei se ele podia me mostrar, ele ficou envergonhado, quando ele mostrou, eu já tinha visto aquilo em outro paciente, aí pedi pra ele esperar e fui falar com o dentista, ele olhou e constatou, era câncer. Aí assim, é feliz, eu fico feliz porque... ai meu Deus, eu vou chorar... porque a gente ajuda, né? Eu fico feliz quando o paciente confia na gente e a gente pode ajudar ele, porque as vezes ele não confia nem na família, sabe? E o paciente volta, agradece. É um prazer pra mim, saber que ajudei àquela pessoa. A gente acaba fazendo parte da história de vida da pessoa. Já tive paciente que tava sem trabalho, e eu falei com meu marido “vê se tu arruma alguma coisa”, ele é jardineiro e já foi trabalhar em dois jardins pro lado de lá. Eu fico muito feliz quando posso ajudar alguém assim.

O trabalho na Estratégia Saúde da Família faz com que o trabalhador sinta-se mais próximo da possibilidade de ajudar outras pessoas, através do relacionamento criado com os usuários. Esse auxílio que pode, inclusive, ir além da saúde tem gerado prazer no profissional, que relata felicidade em fazer parte da vida do outro de forma positiva, e em ser lembrado por tal ajuda.

5.3 O Sofrimento na Saúde da Família

Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento é parte do trabalhar assim como o prazer, podendo ser instrumento de transformação da organização do trabalho ou gerar um processo de alienação, levando à patogenia. O sofrimento é saudável quando pode ser transformado em prazer a partir do enfrentamento criativo do trabalhador aos imprevistos, fazendo com que o sujeito vença os desafios e se fortaleça. Porém, pode ser patogênico quando se esgotam os meios de defesa contra a organização e o trabalhador percebe que seus níveis de insatisfação em relação ao trabalho já não podem diminuir, afetando assim sua saúde mental.

Seguindo a proposta anterior, foi realizada uma tempestade de ideias, onde foi estimulado que o trabalhador relatasse histórias vividas por ele, nas quais pudesse demonstrar situações de sofrimento durante a realização do seu trabalho.

Emergiram das falas dos sujeitos nove categorias a respeito do sofrimento relacionado ao trabalho, conforme pode-se observar no Quadro 03 e na descrição subsequente.

Quadro 11- Subcategorias relacionadas às situações geradoras de Sofrimento na Estratégia Saúde da Família.

Situações geradoras de prazer	Descrição
Déficit de Estrutura Física, Recursos Materiais, Insumos e Medicamentos	Subcategoria relacionada a infraestrutura comprometidas das USF, falta de materiais e insumos, assim como de medicamentos para atendimento aos usuários e suas famílias
Falta de Reconhecimento Profissional e Desrealização	Subcategoria relacionada à dificuldade de realização profissional advinda do sentimento de do trabalhador de não sentir seus esforços reconhecidos
Sobrecarga de Serviço e Demanda Elevada	Subcategoria relacionada à carência de recursos humanos e alta demanda populacional na USF
Deficiência nas Estratégias de Incentivo à Educação Permanente	Subcategoria relacionada à verticalização das ações de educação permanente e à falta de incentivo à qualificação profissional.
Dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais	Subcategoria relacionada à dificuldade de relacionamento intersetorial, em especial com a escola através do PSE
Insegurança	Subcategoria relacionada a questão da violência que envolve a USF e a equipe
Baixas Remunerações	Subcategoria relacionada à desvalorização financeira
Estrutura Burocrática e seus Reflexos na Qualidade da Atenção	Subcategoria relacionada aos sistemas eletrônicos do SUS, e a falta de autonomia político financeira das gerências descentralizadas
Deficiência na Regulação dos Serviços	Subcategoria relacionada à dificuldades em referência e contrarreferência

Fonte: A autora

5.3.1 Déficit de estrutura física, recursos materiais, insumos e medicamentos

Nesta categoria, os profissionais relatam as dificuldades de estrutura física, recursos, insumos e medicamentos que enfrentam no dia-a-dia, o que dificulta a prestação de serviço à comunidade. Os sujeitos relatam problemas importantes na estrutura física do prédio, unidades que foram reformadas há pouco tempo com problemas de estrutura e vazamentos, além de manutenção demorada para os objetos que apresentam qualquer tipo de defeito. Os profissionais ainda relatam falta de materiais básicos para o atendimento do usuário como papel e água mineral, e ainda insumos e medicamentos.

Quadro 12- Sofrimento no trabalho: Deficiência na estrutura física da USF

IC: O trabalhador sofre pela deficiência na estrutura física da USF	
E-Ch:	<p>“A estrutura que só Jesus. Já começou a pingar tudo. Eu cheguei tava tudo cheio água” (B4)</p> <p>“A estrutura do posto causa sofrimento, o vazamento” (B9)</p> <p>“A gente passou dois meses de reforma, o teto caiu, quando chegou hoje, a mesma coisa” (B1)</p> <p>“Tá faltando [água] na torneira” (B11)</p> <p>“Como a gente passa os banheiros quebrados a vida toda, né? [...] É baldinho, baldinho, baldinho. [A2]</p> <p>“A manutenção do que quebra é difícilíssima [...]. Aí criaram um sistema de gerenciasus; “Bota no gerenciasus”, aí diz “veja se foi lido”, você não sabe se foi lido, e não foi lido, fica difícil, A gente pede, reclama, faz CI, não vem nada. É muito complicado.” (A1)</p> <p>“A questão do espaço físico, infelizmente, a gente tem que ajustar, né? Dia de sexta-feira eu tenho que fazer PSE ou visita que é o dia que eu cedo a sala pras meninas fazerem citologia. Então a gente tenta ajustar algumas coisas mas acaba adoecendo, verdadeiramente” (A1)</p> <p>“Vieram aqui e trocaram o registro de torneira de passagem do banheiro que não tava precisando. A sala do dentista que tá com problema, não trocaram. Aí toda vez que dá essa falta água, dá entrada de ar, aí fica o consultório dele e o consultório da Dra. sem água nenhuma. Aí a Dra. tem que sair do consultório pra lavar a mão fora.” (B12)</p> <p>“Pronto, essa lâmpada aí, ó, consertaram tudinho, no outro dia já tinha uma lâmpada queimada, essa do corredor aí, a primeira. E trocaram tudo de uma vez só, mas essa daí, um dia e ela já queimou” (B10)</p>
DSC:	<p>Esse posto faz dois meses que saiu de reforma, já tá tudo pingando. Eu cheguei hoje, tava tudo cheio água. A sala da médica tá escorrendo, a da enfermeira nem tava e agora tá. A gente passou dois meses de reforma, o teto caiu e tudo, e quando chegou hoje, tava tudo a mesma coisa, tudo pingando. E onde não tinha apareceu. Outra coisa é a água. Não falta na comunidade, só aqui no posto. Tem água na torneira, mas não tem no banheiro, tem problema de vazamento. A gente liga pro caminhão pipa, só vem 3 dias depois. Outra coisa, a manutenção do que quebra é difícilíssima, isso é outra coisa estressante. Aí criaram um sistema, esse daí que foi pra complicar tudo mesmo. “Bota do gerenciasus”, aí diz “Veja se foi lido”. Você não sabe se foi lido, se não foi lido, fica difícil. A gente pede, faz CI, não vem nada. É muito complicado.</p>

Fonte: A autora

Quadro 13- Sofrimento no trabalho: Insuficiência de materiais e insumos

IC: O trabalhador sofre pela insuficiência de materiais e insumos	
E-Ch:	<p>“A citologia, por exemplo, já passei um tempo sem fazer porque não tinha papel, né? A toalha pra colocar na maca pra fazer” (B6)</p> <p>“Se essa equipe fosse como os outros postos que eu vejo por aí [...] a gente ia ficar o dia todinho: tem não, tem não, tem não. Mas aqui a gente sempre dá um jeitinho, um papel todo rasurado, mas lá embaixo tem duas linhas, a gente bota pra fazer receita, um negócio, um rascunho (B5)</p> <p>“A gente passou um tempo sem água mineral também” (B6)</p> <p>“A falta de estrutura é tão grande que deixa a gente com prazer isso aí: ter prazer porque tem água hoje, coisa que é básico pro funcionamento de qualquer estabelecimento (B1)</p> <p>“Falta de fardamento e crachá” (B12)</p> <p>“Não tem papel pra escrever no prontuário, não tem papel pra fazer receita” (B11)</p> <p>“Eu acho que vai entrar ali na falta de insumos, né? Que é matéria prima pro trabalho, gaze, faixa pra fazer curativo, falta de vacina (B14)</p>
DSC:	<p>Um exemplo é o papel, tinha época que a gente não tinha nem de rascunho, não tem papel pra escrever no prontuário, não tem papel pra fazer receita, não tem envelope, nem papel pra aviso, a gente tem que improvisar, ou comprar. A gente compra do próprio bolso quando tem dinheiro. Tem a questão do insumo também, matéria prima do trabalho, falta gaze, faixa pra fazer curativo. E principalmente medicamento.</p>

Fonte: A autora

Quadro 14- Sofrimento no trabalho: Agressividade da população

IC: O trabalhador sofre pela agressividade da população	
E-Ch:	<p>“O cara chega todo dia aqui: “Tem isso? Tem Não!”, “Tem isso? Tem Não!”, “Tem isso? Tem Não!”. “Nunca tem nada! Nunca tem nada!” Nunca tem nada mesmo, eles saem tudo falando brabo, a gente entende e por isso fica calado, eles tem razão!” (B1)</p> <p>“O dentista não pode trabalhar se não tem água. Se não tem água não tem trabalho. Aí quando você remarca e isso já aconteceu na semana passada, aconteceu na semana antepassada, na outra semana, agora hoje também, aí você remarca. Aquela pessoa tá sofrendo a dor de dente, como fica essa pessoa? A pessoa: “Aaaaah!”. [furiosa] (B11)</p> <p>“É inseguro trabalhar por causa da falta do atendimento, falta muita coisa, né? As pessoas ficam agressivas. (B14)</p> <p>“A mulher quebrou a sombrinha aí em cima [na recepção], o acs que tava ficou lá no cantinho da parede. Essa mulher que quebrou a sombrinha é muito calma” (B4)</p> <p>“Chega um dia que o paciente fica desimpaciente” (B12)</p>

Quadro 14- Sofrimento no trabalho: Agressividade da população (continua)

IC: O trabalhador sofre pela agressividade da população	
DSC:	<p>Tem a questão da falta de insumo, né: O cara chega aqui: “Tem isso? Tem não! Tem isso? Tem não! Tem isso? Tem não!” Aí ele fica brabo, né? “Nunca tem nada”. Nunca tem nada mesmo. A gente fica calado porque a gente entende. Eles têm razão né? Por exemplo, a falta d’água, o dentista não pode atender. Aí quando você remarca, e já aconteceu isso umas 3 semanas seguidas, aquela pessoa que tá sofrendo com dor de dente fica furiosa. Acaba sendo inseguro trabalhar por causa da falta do atendimento, falta muita coisa e as pessoas ficam agressivas. A mulher quebrou uma sombrinha, aí no balcão da recepção, a gente ficou lá no cantinho da parede. E olhe que essa mulher é bastante calma, mas chega um dia que o paciente explode. Um dia o paciente fica desimpaciente.</p>

Fonte: A autora

Os discursos acima relatam o quanto os problemas com infraestrutura e falta de materiais e insumos tem causado sofrimento para os profissionais nas USFs, que acabam por não conseguir cumprir seu papel com qualidade diante de tais deficiências, fazendo com que estes tenham que conviver com a insatisfação da comunidade, que muitas vezes pode chegar a agressão.

5.3.2 Falta de reconhecimento profissional e desrealização

Os profissionais relatam que muitas vezes não sentem seus esforços reconhecidos, seja pelo usuário, seja pela gestão. O discurso a seguir relata, inclusive, que estes trabalhadores, muitas vezes buscam atitudes que fogem do preconizado para o trabalho em prol de ajudar o paciente e a comunidade, e, ainda assim, se sentem desacolhidos e desamparados. O sentimento de sofrimento está, então, relacionado à falta a realização profissional por não sentirem sua utilidade reconhecida.

Quadro 15- Sofrimento no trabalho: Falta de reconhecimento da comunidade

IC: O trabalhador sofre pela falta de reconhecimento da comunidade	
E-Ch:	<p>“De algumas pessoas, né? Acho que 50%” (B14)</p> <p>“Sempre tem uns ingratos” (B10)</p> <p>“Aconteceu um episódio com uma paciente da minha área. Ela passou por um tratamento de tuberculose, a equipe fez uma feira, levou uma feira pra pessoa, a equipe do NASF também levou mais uma feira, essa pessoa chega aqui aí a gente arruma encaixe pro dentista, aí na mesma semana ela queria encaixe pro dentista, aí na mesma semana ela queria uma segunda consulta, só que no dia que ela veio pela segunda vez, ele tava muito ocupado, muito ocupado mesmo, mas ela queria ser atendida de todo jeito. Isso sem marcar horário sem marcar ficha, sem nada, na tora. Aí por ele dar um não, disse que viesse depois, ela começou a esculhambar. Uma pessoa que a gente levou feira, arrumou consulta assim, na amizade, tá entendendo?” (B12)</p> <p>“Incompreensão da comunidade no processo de trabalho” (A2)</p> <p>“Falta de compreensão da comunidade diante de certos processos que não dependem da equipe” (A1)</p>
DSC:	<p>Muitas vezes a gente trabalha aqui e não é reconhecido, na maioria das vezes. Teve uma paciente da minha área, ela passou por um tratamento de tuberculose, a equipe fez feira, levou pra ela, a equipe do NASF fez feira também. Ela chegou aqui, a gente arranhou um encaixe pra ela, aí, na mesma semana ela queria uma segunda consulta, só que o dentista tava ocupado, muito ocupado mesmo, com um caso que era urgência, sabe? E o dela não era. Então ele não pôde atender, a gente pediu pra ela voltar depois, mas ela queria ser atendida de qualquer jeito, isso sem marcar horário, sem marcar ficha, sem nada. Aí, por receber um não, saiu daqui esculhambando. Uma pessoa que a gente levou feira, que a gente arrumou consulta, na amizade, tá entendendo?</p>

Fonte: A autora

Quadro 16: Sofrimento no trabalho: Falta de reconhecimento da gestão

IC: O trabalhador sofre pela falta de reconhecimento da gestão	
E-Ch:	<p>“A falta de apoio da gestão nas dificuldades que a gente tem, né? [...] As vezes é cobrado quantidade, ações que não condizem com a realidade, mas que você precisa tá fazendo pra poder cumprir” (A1)</p> <p>“Na verdade existe uma desvalorização muito grande nossa, nós que somos paramédicos, em relação aos médicos. (B2)</p> <p>“Muitas vezes a gente trabalha aqui e não é reconhecido, na maioria das vezes. Eles mandam a gente acolher e a gente nunca é acolhido. A gente tem que ter, tem que ser aquele muro forte de concreto pra aguentar as porradas e tá em pé.” (A2)</p>
DSC:	<p>Um dos grandes problemas é que eles mandam a gente acolher e a gente nunca é acolhido. A gente sempre tem que ter, tem que ser aquele muro forte de concreto pra aguentar as porradas e tá em pé.</p>

Fonte: A autora

Da mesma forma que o reconhecimento profissional, muitas vezes materializado através da gratidão do paciente foi relatado como motivo de prazer no

trabalho, a falta de reconhecimento tanto advinda da comunidade como da gestão foi relatada como motivo de sofrimento. Como relatado, o sentimento de não ser acolhido e de não ser suficiente foi apontado como motivo deste sofrimento.

5.3.3 Sobrecarga de serviço e Demanda elevada

Os profissionais têm em seu discurso uma carência de recursos humanos que seria necessária para dar conta da alta demanda advinda da comunidade. Na falta de pessoas para complementar a equipe e na existência de uma alta demanda, os profissionais vem se sentindo sobrecarregados, como relatado a seguir:

Quadro 17- Sofrimento no trabalho: Alta demanda e sobrecarga

IC: O trabalhador sofre com a alta demanda e a sobrecarga no trabalho	
E-Ch:	<p>“A questão da sobrecarga de serviço” (A2)</p> <p>“A falta de recursos humanos [...] acaba atrelando a questão da sobrecarga de trabalho. A questão também de você ter uma quantidade de pessoas acima do que é preconizado, isso dificulta muito.” (A1)</p> <p>“A gente tem uma área, os meninos não terminaram de cadastrar, mas a gente tem mais ou menos, pelo quantitativo, 5900, então é muita, muita gente, e além disso, além dos atendimentos a gente tem que considerar com a questão da gestão, né? (A1)</p> <p>“A demanda é muito grande também. A demanda já entra aí na agressividade da população porque é grande. Deixa a desejar muita coisa” (B14)</p> <p>“De manhã mesmo, ultimamente tava marcando, tava normal, mas hoje ey fui marcar de manhã, tinha umas 28 pessoas ou mais. Aí eu: Não posso marcar, gente. Só posso marcar 20” (B4)</p> <p>“Esse negócio de demanda, enquanto for por vontade política, não resolve não. O outro município que eu trabalhei, a mesma coisa. A demanda, a instalação da unidade de saúde da família, ela não é de acordo com os critérios epidemiológicos, é feita por vontade política, tem um vereador, tem alguém forte, não sei o quê, traz pra comunidade do cara, enquanto aqui tem milhares de pessoas que deveriam ter várias unidades” (B1)</p> <p>“Na verdade, eu vou além, acho que falta uma equipe. [...]. Contanto que 4 mil é o que preconiza mais ou menos, né? Deve dar uuns 8 e pouco. (B1)</p>
DSC:	<p>Esse negócio de demanda, enquanto for por vontade política, não resolve. O outro município que eu trabalhei era a mesma coisa, a instalação da unidade de saúde da família, ela não é de acordo com os critérios epidemiológicos, é feita por vontade política, tem um vereador, tem alguém forte, traz pra comunidade do cara. Enquanto aqui tem milhares de pessoas que deveriam ter várias unidades, tem regiões aí que tem poucos usuários e colocando mais unidade. Hoje mesmo, eu fui marcar de manhã, tinha umas 28 pessoas. Aí eu: não posso marcar, gente, só posso marcar 20. Eles reclamaram, mas não tinha o que fazer. Eu tenho pena, eles chegam cedo, mas eu não posso fazer nada. Aqui, eu digo, falta recepcionista, falta ACS, falta segurança, mas eu vou mais além, falta uma equipe. Se quatro mil é o preconizado pelo ministério, nós já temos oito e um pouquinho, duas vezes mais. E a gente acaba fazendo mais do que o nosso trabalho pra dar conta, pra não parar. Aqui a gente é tudo, faz tudo.</p>

Fonte: A autora

O discurso revela a necessidade de profissionais de recepção, segurança, além de mais agentes comunitários de saúde. Diante dessas ausências, os demais profissionais ficam sobrecarregados com o trabalho, cobrindo essas atividades para que o serviço não pare. Além disso, relatam a necessidade da implantação de outra equipe para atender o preconizado pelo Ministério da Saúde em 2012 que é de 4.000 usuários por equipe.

5.3.4 Deficiência nas estratégias de incentivo à Educação Permanente

Segundo as falas, os profissionais não se sentem participantes da política de educação permanente do município, fazem capacitações que são pensadas de forma vertical, sem questionar aos profissionais quais as suas necessidades. Além disso, essas capacitações são pontuais, sem continuidade, fazendo com que o profissional não tenha interesse nos temas apresentados, alcançando um baixo proveito do tempo e recursos dispensados pelo município.

Outra questão relacionada aos incentivos em educação permanente refere-se ao Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, pouco atrativo para o profissional. Os sujeitos da pesquisa relataram que o plano não os incentiva a buscar formação profissional, em especial as formações de longa duração como especializações, mestrado ou doutorado, que, segundo as narrativas, não têm sido utilizadas para o plano aprovado no município.

Quadro 18- Sofrimento no trabalho: Verticalização da educação permanente

IC: O trabalhador sofre com a verticalização da educação permanente	
E-Ch:	<p>“Aqui não tive curso de farmácia, de nada, Só fiz aprender aqui, assim. Aprender na vida.” (B3)</p> <p>“Talvez não seja a falta, seja a distribuição igual, porque pra vocês mesmo, pra enfermeiro, vocês tem muito curso, mas aí pra outras pessoas talvez não tenta tanto” (B1)</p> <p>“Pra gente mesmo de nível médio, nível técnico, é difícil aparecer curso. [...] E aquela permanência mesmo, de educação permanente, não tem” (B14)</p> <p>“Falta uma política de educação permanente, escutar o servidor, ver o que é que mais precisa, o que menos precisa” (B1)</p> <p>“E até tem a equipe de educação permanente lá na prefeitura, mas eu mesmo nem conheço as pessoas” (B14)</p> <p>“O que a gente percebe é assim, que essa parte de educação permanente, ela é muito voltada, assim, não é questionado a necessidade que os profissionais tem, vem uma coisa assim, muito vertical: “olhe, vai ter um curso, uma capacitação sobre, sei lá, LGBT, mas quem sabe que ali a necessidade não é aquela” (A1)</p>

Quadro 18- Sofrimento no trabalho: verticalização da educação permanente (continua)

IC: O trabalhador sofre com a verticalização da educação permanente

DSC:

O que eu percebo, é assim, essa parte da educação permanente, ela é muito voltada, assim, é uma coisa que vem muito vertical, sabe? “Olhe, vai ter um curso, uma capacitação sobre, sei lá, LGBT”. Mas quem sabe que ali a necessidade não é aquela. Pelo menos a mim ninguém nunca chegou pra perguntar “Qual curso você tem interesse?”, “Qual curso deveria ser feito?”. Não. E aquela permanência mesmo de educação permanente, com continuação, não tem. Não tem um calendário. É só assim, as vezes tem uma capacitação. Vai ter campanha de vacina, aí tem, eles ficam uma tarde conversando, mas não tem permanência.

Fonte: A autora

Quadro 19- Sofrimento no trabalho: PCCV

IC: O trabalhador sofre com o PCCV

E-Ch:

“A questão também do plano de cargos e carreiras do município também, né? Que é extremamente fragilizado, então a gente tem muitos profissionais na rede, não falo nem só por mim, porque existem outros profissionais da rede [...], outros profissionais que tem mestrado, tem doutorado, e tipo, isso não conta de nada, absolutamente nada, né?” (A1)
 “Pra o plano que a gente tem hoje o que conta é aqueles cursos de 60, 120 horas, enfim” (A2)
 “Aquele caso da promoção de nós, os funcionários, que a gente passa uma eternidade até a gente chegar numa promoção. A pessoa chega pensando “daqui há 3 anos”, e não é. Eu fiquei extremamente frustrada, confesso.” (B3)
 “Eu mesmo tava fazendo curso, até parei. Daqui há seis anos [risos], daqui há seis anos nem vale mais” (B12)
 “Em seis anos faça medicina. Faz e vira médico.” (B11)

DSC:

Tem a questão também do plano de cargos, carreiras e vencimentos do município né? Que é extremamente fragilizado. A gente passa uma eternidade pra chegar numa promoção, a pessoa chega pensando “daqui há três anos”, e não é. Eu fiquei extremamente frustrado, confesso. Tem que esperar seis anos. Se eu começar o curso hoje, daqui há seis anos nem vale mais, eu prefiro nem fazer, quando chegar perto eu faço um curso. Em seis anos eu faço até medicina. Tem muitos profissionais com mestrado, doutorado, ou que tá fazendo, e isso não conta de nada, absolutamente nada. Pra o plano que a gente tem hoje, esses cursos de mestrado, doutorado, especialização não contam. O que conta são aqueles cursos de 60, 120 horas. Você faz porque gosta, porque quer fazer, quer se especializar na sua área, mas...

Fonte: A autora

Percebe-se que os profissionais encontram-se desmotivados a buscar conhecimento, seja pelo programa de capacitações do município que foi relatado de forma vertical, sem buscar as reais necessidades dos profissionais, seja pelo plano de cargos, carreiras e vencimentos que não tem sido satisfatório. Esse desestímulo

pode impactar diretamente na assistência prestada ao usuário, vista a necessidade cotidiana de continuar adquirindo conhecimento.

5.3.5 Dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais

A dificuldade no relacionamento com outros setores fora a saúde tem sido mais um responsável pelo sentimento de sofrimento para o trabalhador na Estratégia Saúde da Família, neste estudo esse relacionamento conflituoso foi exemplificado pelo relacionamento com a escola no Programa Saúde na Escola como visto abaixo:

Quadro 20- Sofrimento no trabalho: PSE

IC: O trabalhador sofre no relacionamento com a Escola	
E-Ch:	<p>“Outro sofrimento terrível, outro sofrimento terrível é ir pra aquela escola. Quando fala que vou pra aquela escola já estragou o meu dia” (A2)</p> <p>“Quando a gente entra lá, nunca vi levar tanto fora já na partida, quando a mulher olha pra gente, já tá dando fora.” (A3)</p> <p>“Muitas vezes a gente vai e tem professores que olham de cara feia pra gente, como se a gente tivesse pedindo um favor a eles, né? [...] Ah, são os profissionais da saúde que são responsáveis. Chegou até a ponto de numa atividade do PSE a professora sair, ir embora, pegou a bolsa, “não, é porque vai largar mais cedo”, e deixou os alunos com a gente, pra gente perguntar nome, idade. Aí eu disse: Não, você tem que ficar, como eu vou saber? “Mas ele não tá respondendo? Ele sabe responder”.</p>
DSC:	<p>Outro sofrimento terrível é aquela escola, ir pra aquela escola. Quando fala que eu vou pra aquela escola já estragou meu dia. Quando a gente entra lá, nunca vi levar tanto fora. O problema é que a educação não se vê dentro do processo de saúde, sabe? Então, muitas vezes a gente vai e tem professores que olham de cara feia pra gente, como se a gente tivesse, tipo, pedindo um favor, e isso impede muito da gente tá trabalhando em conjunto. “Ah, não precisa fazer escovação, não quero não”. É muito difícil você ter diálogo porque sempre é a saúde, são os profissionais da saúde que são responsáveis, eles não se sentem parte não, sabe? Chegou ao ponto de numa atividade do PSE a professora pegar a bolsa e ir embora, e deixou os alunos com a gente pra perguntar nome, idade... Aí eu disse “Não, você tem que ficar, como eu vou saber?” E ela respondeu “Ele sabe. Ele não tá respondendo?”. E se ele respondesse errado? Como eu ia saber? A gente ia acabar colocando errado. Eles não entendem a importância. Um ou outro que ajuda. Mas falta essa compreensão, sabe? Parece que a gente tá pedindo um favor.</p>

Fonte: A autora

A equipe de saúde da família tem por objetivo a participação no Programa Saúde na Escola, em parceria com o Ministério da educação, levando ao ambiente escolar atividades educativas que colaboram para a mudança e hábitos e melhoria

da qualidade de vida da população. Porém, o que foi relatado é que, muitas vezes, essas atividades intersetoriais são realizadas apenas pelo setor saúde, visto que a educação não se sente corresponsável pela atividade, dificultando o processo e sobrecarregando a equipe de saúde da família.

5.3.6 Insegurança

A questão da violência tem sido um problema recorrente não apenas na saúde da família, porém, os relatos dos profissionais transparecem uma situação de tensão no ambiente de trabalho. Muitos deles já experimentaram sentimento de insegurança dentro da Unidade de Saúde ou durante o seu período de trabalho na comunidade. Esse sentimento de insegurança tem gerado cada vez mais sofrimento, visto que o profissional não se sente a vontade durante a realização de suas atividades laborais cotidianas dentro ou fora da unidade de saúde

Quadro 21- Sofrimento no trabalho: falta de segurança

IC: O trabalhador sofre com a falta de segurança	
E-Ch:	<p>“Falta de segurança. Os postos são inteiramente abertos a todo tipo de gente que entra” (A2)</p> <p>“Teve um tiro, aquela marquinha ali é do tiro” (A1)</p> <p>“Teve aquele assalto realmente do carro, né?” (A3)</p> <p>“Teve aquele caso do drogado que emburacou aqui e comeu o comer da geladeira e teve que chamar alguém pra tirar” (A6)</p> <p>“A gente fica a mercê das amigas com a polícia” (A2)</p> <p>“Levaram o alarme. Isso ninguém pode saber não” (A5)</p> <p>“Levaram o material do muro, levaram tudo” (A6)</p> <p>“Toda a encanação daqui foi levada, a gente vive de carro pipa” (A2)</p> <p>“Ainda tem assim, algumas ruas, né? É meio assim. Então se você não estiver fardado... (B1). A própria gestão diz que nossa liberação pra ir pra área é quando eles nos der o fardamento” (B10)</p> <p>“Dizem que tem uma lei que todo prédio público deve ter guarda municipal, se aqui é um prédio público, deveria ter também” (B12)</p>
DSC:	<p>Falta segurança. Os postos são inteiramente abertos a todo tipo de gente que queira entrar, e fazer o que quiser. A gente não tem segurança nenhuma. Teve um tiro, aquela marquinha ali é do tiro. Teve aquele assalto do carro. Teve uma que um senhor reagiu, e a outra que tentaram tomar o celular da mulher aqui dentro. Teve outro caso daquele drogado que entrou na unidade e comeu o que tava na geladeira, teve que chamar alguém pra tirar. Na campanha de vacina a gente teve que ligar, pediu até o número do policial. A gente fica a mercê das amigas que a gente tem com a polícia e chama na base da amizade. A gente não tem nem água da rua porque levaram a encanação toda, levaram cano, levaram relógio, a gente fica a base de carro pipa. E não pode fazer nada porque levaram o material do muro também. Levaram até o alarme. Levaram o alarme. Mas isso ninguém pode saber não.</p>

Fonte: A autora

Os trabalhadores relatam a falta de profissionais responsáveis pela segurança na unidade de saúde da família, o que melhoraria a sensação de proteção e auxiliaria a realização das atividades no cotidiano laboral. Além disso, este profissional seria imprescindível na proteção do prédio e do material de trabalho da equipe, que muitas vezes é furtado.

5.3.7 Baixas remunerações

No que se refere a desvalorização financeira, os trabalhadores relatam um salário defasado em relação ao mesmo cargo em outros municípios vizinhos, além dos adicionais, que segundo os trabalhadores também estão defasados ou são inexistentes, o que tem gerado sentimentos de tristeza e insatisfação.

Quadro 22- Sofrimento no trabalho: baixa remuneração

IC: O trabalhador sofre com a baixa remuneração	
E-Ch:	<p>“Outro grande sofrimento é o nosso salário, né?” (A2)</p> <p>“Dá uma tristeza, né? Quando a gente olha outros municípios que é a mesma função, e muitas vezes o profissional faz menos, assim, de outro município faz menos, e o quanto você é cobrado, e a diferença é quase metade, assim, o seu salário é quase metade que a mesma função.” (A1)</p> <p>“Mas a gente sofre porque, como é que é? É defasado” (B14)</p> <p>“A gente passou quase um ano sem receber insalubridade [...]. E a insalubridade está congelada num valor inferior”. (B12)</p> <p>“E a gente não tem tudo que a gente tem direito porque o PMAQ mesmo é uma coisa que a gente tem direito e a gente não tem” (B4)</p>
DSC:	<p>O salário a gente lembra todo mês, todo dia, e chega dá uma tristeza, sabe? Ele não é atrasado não, paga em dia, direitinho, mas, como é que diz? É defasado. Quando a gente olha o quanto é cobrado e compara com outros municípios que é a mesma função e muitas vezes o profissional faz até menos, e a diferença é quase a metade, isso entristece. É muito desvalorizado. Sem falar no resto, insalubridade não é pra todo mundo, tem gente que recebe, tem gente que não, e ainda está congelada num valor inferior.</p>

Fonte: A autora

Mesmo sendo tido como ponto positivo que o salário é pago no dia correspondente, sem atrasos, os trabalhadores acreditam que a remuneração atual não corresponde ao nível de exigência e de complexidade da atuação na ESF, o trabalhador então sente-se desvalorizado e sente que os seus esforços não são reconhecidos.

5.3.8 Estrutura burocrática e seus reflexos na qualidade da atenção

Sistemas eletrônicos que foram pensados para melhorar o processo de trabalho no SUS tem sido motivo de sofrimento para o trabalhador. O discurso da equipe de Saúde da Família mostra que os sistemas eletrônicos são morosos e burocráticos, tomando grande parte do tempo do trabalhador, fazendo com que ele não possa atender a população com mais eficiência. Além disso, o trabalhador também não sente prazer com a burocracia da própria secretaria de saúde que, mesmo tendo sido descentralizada em regionais, estas não têm autonomia para a resolução de problemas, se convertendo em apenas mais uma etapa para encaminhamento e resolução dos problemas, causando demora e sofrimento.

Quadro 23- Sofrimento no trabalho: burocracia dos sistemas eletrônicos

IC: O trabalhador sofre com a burocracia dos sistemas eletrônicos	
E-Ch:	<p>“O sistema utilizado pelo SUS é muito eficiente pra não dizer o contrário. O sistema foi feito por, eu acho, que uma pessoa que nunca trabalhou no SUS, e nunca foi ACS” (A3)</p> <p>“Cada vez que você entra, cada vez que você marca, quando você escolhe uma especialidade, se é maior que quatro anos, se é menor do que quatro anos. Agora tá em todas as páginas. Então, antigamente você marcava mais rápido a regulação, agora não. “Não sou robô” na entrada, no meio, antes do fim” (A8)</p> <p>“Filtrar pra poder chegar na visita. É desnecessário o filtro, porque ele abre primeiro o filtro, aí você tem que fechar o filtro pra poder digitar”. (A6)</p> <p>“Em relação a digitar o SUS, se você reparou, no cartão do SUS tem um código de barras. Aquele código de barras é de enfeite é? A gente vai pra escola. Veja, a gente faz PSE. Tem dias que a gente faz 6 turmas, você digitar o SUS de 6 turmas, mais de 100 pessoas? Não vai dar só aquele horário, você tem que separar outro dia pra poder digitar” (A4)</p> <p>“A questão também que desgasta, a duplicidade de você tá no computador e manual. E ainda mandar, né? Ainda tem essas papeladas que tudo poderia ser uma coisa mais, tipo, o SISPRENATAL que manda o papel ainda, a gente já tem o eSUS e fica mandando o papel.</p>

Quadro 23- Sofrimento no trabalho: Burocracia dos sistemas eletrônicos (continua)

IC: O trabalhador sofre com a burocracia dos sistemas eletrônicos

DSC:

O sistema utilizado pelo SUS é muito ineficiente, sabe? O sistema foi feito por uma pessoa que, eu acho, nunca trabalhou no SUS. E eu falo de tudo, do tablet, do eSUS, da regulação, do Cartão SUS... Eles colocaram uma forma de detectar se você é robô ou não, só pra dificultar a sua vida. Tipo na regulação, toda vez que você entra, que você marca, quando escolhe uma especialidade, se é maior de quatro anos, se é menor de quatro anos, você passa meia hora apagando. Agora tá em todas as páginas. Antes eu marcava mais rápido, agora não. “Não sou robô” na entrada, no meio e no fim. No cartão do SUS também pede. No tablet tem uma tela de filtro, toda vez que você vai fazer uma visita aparece uma tela de filtro. Pra nada. Só pra atrasar. É desnecessário, você tem que fechar aquele filtro toda vez pra poder visitar. A gente perde muito tempo, como se a gente já não tivesse muito trabalho. Em relação ao cartão do SUS, se você reparou, ele tem um código de barras. Aquele código de barras é de enfeite é? Veja bem, a gente vai pra escola, faz PSE, tem dias que a gente faz 6 turmas, você digitar o SUS de 6 turmas, mais de 100 pessoas? Não vai dar só aquele horário do PSE, você tem que separar outro horário pra poder digitar, e podia ser tudo muito mais fácil.

Fonte: A autora

Quadro 24- Sofrimento no trabalho: Burocracia na gestão

IC: O trabalhador sofre com a burocracia na gestão

E-Ch:

“É uma burocracia pra ter burocracia. É uma burocracia pra fazer burocracia em Jabotão.” (B10)
 “Na verdade, em Jabotão é assim, a regional, ela não tem poder de resolução quase nenhum. A regional de saúde de Jabotão é um repassador. Você manda um problema pra lá e eles repassam pra central. Então, quando você aumenta o trâmite, você aumenta a demora. Se ele tivesse alguma autonomia político-financeira de resolver o problema, seria muito mais fácil” (B1)
 “A burocracia. Aqui em Jabotão é burocracia pra tudo” (B14)
 “Aí aqui criaram um sistema do gerenciasus, que esse daí é que foi pra complicar. “Bota no gerenciasus”, aí diz: “veja se foi lido”, você não sabe se foi lido, se não foi lido, fica difícil. A gente pede, reclama, faz CI, não vem nada. É muito complicado. (A2)

DSC:

Em Jabotão tudo demora. Tudo é uma burocracia. É uma burocracia até pra ter burocracia. Na verdade, a questão é que a regional não tem poder de resolução nenhum, é só um repassador. Você manda um problema pra eles e eles repassam pra central. Então, quando você aumenta o trâmite, você aumenta a demora. Se ela tivesse alguma autonomia político-financeira de resolver a questão, seria muito mais fácil, mas, como está, é apenas o jeito que deram de descentralizar, mas não deram autonomia, aí você não consegue resolver nada, demora muito.

Fonte: A autora

O discurso revela que o trabalhador sente fadiga diante dos processos, cada vez mais burocráticos, com os quais esbarra no cotidiano laboral. Seja diante de

sistemas eletrônicos ou nas solicitações diretas à gestão, percebem-se relatos de demora na resolução de problemas, o que toma o tempo de trabalho do profissional de forma negativa.

5.3.9 Deficiência na regulação dos serviços

Por fim, o profissional sofre ao não conseguir atender o paciente com integralidade, ou seja, suprir suas necessidades como um todo. Sendo a saúde da família porta de entrada do sistema de saúde, ela necessita de apoio de média e alta complexidade, tanto de especialistas como de exames, para prestar um atendimento integral ao usuário, porém, segundo as falas dos sujeitos, esse apoio encontra-se fragilizado pela grande fila de espera existente em determinadas especialidades, causando um hiato de meses entre a solicitação de tal apoio e o atendimento real, podendo, inclusive, piorar o prognóstico do paciente. Além disso, quando este usuário consegue ser atendido pelo especialista, os profissionais dizem não receber retorno desta consulta em forma de contrarreferência, o que dificulta os próximos passos na atenção à saúde do paciente.

Quadro 25- Sofrimento no trabalho: Regulação dos serviços

IC: O trabalhador sofre com a regulação dos serviços**E-Ch:**

“A questão também que eles falam muito da demora da marcação, né?” (A1)

“Entreguei um exame meu faz quatro meses. [...]. Aí eu disse: Meu amor, ela não tem culpa, eu não tenho culpa, o posto não tem culpa. A gente joga no sistema, é lançado e aguarda a vaga dos maiores [...]. Lançou no sistema, fica na fila de espera. Minha mãe faleceu no mês de agosto e não conseguiu psiquiatra, e aí?” (A6)

“Na regulação, é muita demora, isso é mais que sofrimento, é morte” (B11)

“São três meses pra marcar um dermatologista, e cardiologista, no mínimo é seis meses, se você tiver 80 anos, se tiver menos, aí é quase um ano” (B14)

“Você morre e não faz ressonância” (B9)

“O neurologista que é muito importante, tem pacientes que tão precisando agora, você não sabe o que vai fazer, como vai marcar pra pessoa. Aí tem um caso recente de uma senhora que ela chegou pra área do interior, o filho trouxe ela pra cá porque a senhora, há três meses começou com perda da fala, a senhora não pode engolir, a senhora tem uma rigidez aqui, todo o ombro, braços, e ela tá perdendo a capacidade mental também, e eu não consegui marcar pro neurologista porque não tem vaga. Então como eu faço? (B11)

“A regulação não é muito clara, é muito difícil” (B3)

“Vai pra alta complexidade, né? O problema agrava que é necessário demandar mais dinheiro com aquele problema que poderia ser solucionado antes” (B14)

“Não só a questão da demora, mas também de acesso a informação, muitas vezes. E a gente não tem, as vezes uma resposta pra dar ao paciente. Muda profissional. Neuro, tinha muitos médicos, aí acabou que agora só tem um, e a gente fica sabendo pelos pacientes. O CEO mudou de lugar, fiquei sabendo por um paciente que foi marcar” (B3)

“Ouxe teve exame que ela foi fazer, como de coração que ela fez particular pra agilizar porque aqui tem que ser, né?” (A4)

DSC:

São 3 meses pra marcar um dermatologista, e cardiologista é, no mínimo, 6 meses. Uma ressonância são uns 9 meses, você morre e não faz a ressonância. Tem paciente precisando de médico e a gente fica sem saber o que fazer. Tem uma senhora na área, o filho trouxe porque há 3 meses começou com uma perda da fala, a senhora não pode engolir, tem uma rigidez aqui todo o ombro, braço, e ela tá perdendo a capacidade mental também, e eu não consegui marcar pro neurologista porque não tem vaga. Como eu faço? Muitas vezes a gente acaba usando de amizade, a gente liga pra regulação, liga pra outros profissionais, liga pra todo mundo, mas as vezes ninguém consegue ajudar e a gente fica de mãos atadas. Quando o paciente tem condições a gente pede até pra fazer exame pago. Eu sei que não é certo, mas é a única forma que a gente encontra. Tem pessoas que podem pagar pra fazer particular, e tem outras que não podem. Acaba que o problema agrava com o tempo e é necessário inclusive demandar mais dinheiro com aquele problema que podia ter sido solucionado antes. E não é só a questão da demora, muitas vezes a gente não tem acesso à informação. Muda profissional e a gente não tem uma resposta pra dar ao paciente. Neuro mesmo, tinha um monte, aí agora só tem um, e eu fiquei sabendo pelo paciente. O CEO mudou de lugar e eu fiquei sabendo por um paciente que foi marcar.

Quadro 26- Sofrimento no trabalho: Dificuldade de contrarreferência

IC: O trabalhador sofre com a dificuldade na contrarreferência	
E-Ch:	<p>“Oxente, isso não existe não! Tem que botar isso aí” (B1)</p> <p>“Chega o paciente de volta pra nós aqui no posto, e só chega com o remédio. Por exemplo, eu posso dizer: Ah, você tá tomando esse remédio é porque o cardiologista disse que tem uma tal cardiopatia. Mas não foi porque ele passou um laudo, então não tem contrarreferência” (B11)</p> <p>“O que eu faço sem saber o diagnóstico? (B1)</p>
DSC:	<p>Contrarreferência não existe, tem que botar isso aí, não existe. Chega o paciente de volta aqui no posto e chega com um remédio e eu só posso dizer “ah, você tá tomando esse remédio é porque o cardiologista deve ter visto uma tal cardiopatia”, mas não foi porque ele passou um laudo. Paciente é avaliado por um médico da referência e só passa o remédio, não vem nada escrito “o paciente sofreu isso, sofreu aquilo, tem que fazer assim”, não vem nada. Então não tem como saber ao certo o que aconteceu ao paciente, só o que eu acho. “Eu acho”, “Pelo remédio pode ser”.</p>

Fonte: A autora

A saúde da família, por ser porta de entrada do sistema tem, muitas vezes necessidade de apoio de profissionais e exames laboratoriais da média e alta complexidade, neste estudo, os resultados demonstram a insatisfação destes profissionais com a referência e contrarreferência dos pacientes, gerando sofrimento no profissional pela impossibilidade de cuidar dos usuários neste contexto.

5.4 Mecanismos de enfrentamento

O mecanismo de enfrentamento é uma estratégia utilizada pelos trabalhadores para evitar o sofrimento iminente diante das frustrações, do sentimento de impotência e das dificuldades na realização do trabalho. Este mecanismo é dirigido contra uma angústia que advém do sofrimento mental relacionado ao trabalho, sendo tão inevitável quanto obrigatório, visto que a partir destes mecanismos o trabalhador pode mudar ao seu trabalho ou a si mesmo no intuito de minimizar os efeitos do sofrimento.

A seguir seguem os relatos do DSC revelando como o trabalhador enfrenta o sofrimento causado pelo trabalho.

5.4.1 Religião

Como forma de enfrentar o sofrimento relacionado ao trabalho, os sujeitos da pesquisa dispuseram da religião como uma alternativa ao sofrimento gerado pelo trabalho.

Quadro 27- Mecanismo de enfrentamento: religião

IC:	O trabalhador enfrenta o sofrimento com oração
E-Ch:	“Oração. [risos]” (Resposta em coro) “A gente reza, né? Cada um pro seu santo” (B1)
DSC:	Oração. A gente reza, né? Cada um pro seu santo.

Fonte: A autora

A religião, independente de qual seja, foi vista pelos participantes como forma de recorrer a algo maior que possa resolver as questões de sofrimento encontradas no trabalho ou dar força ao trabalhador para suportá-las.

5.4.2 “Fazer o que ‘eles’ não fazem”

Nesta subcategoria, os profissionais enfrentam o sofrimento tentando resolver as questões que o causam com suas próprias forças, realizando atividades que não fazem parte das suas funções, comprando o que falta na unidade, fazendo manutenção do que quebra, ou ainda comprando o que falta, no intuito de continuar prestando assistência ao usuário e sua família.

Quadro 28- Mecanismo de enfrentamento: resolução de problemas

IC: O trabalhador enfrenta o sofrimento resolvendo os problemas com suas próprias forças	
E-Ch:	<p>“A gente tem que fazer o que eles não fazem. Eu nas obras, a gente tenta ajeitar as coisas, a gente pega a chave, vai, mexe” (B1)</p> <p>“A menina da farmácia compra papel do bolso dela” (B12)</p> <p>“Todo mundo aqui dá um pouquinho” (B3)</p> <p>“Porque nem todo mês a pessoa tem assim, condições de arcar com os recursos que é da prefeitura, né? Eu mesmo, no momento tô sem condição nenhuma. Aí o que eu posso fazer é rezar e dar o meu saber, né?” (B14)</p> <p>“Já usei meu carro pra socorrer paciente” (B10)</p> <p>“O que tem a gente tenta usar pra resolver o problema, pra não parar” (B13)</p> <p>“Ser resolutivo nas áreas que não era pra ser da gente” (B1)</p> <p>“Quinta feira eu tava com uma chave de cano na mão, aí saí arretado da sala, aí disse: Olhai pode filmar pra mandar pro prefeito, que eu virei mestre de obra aqui nesse posto” (B1)</p> <p>“Sem falar que você uitas vezes bota do seu bolso, né? Porque tem boa vontade” (B14)</p>
DSC:	<p>Todo mundo tenta dar o melhor né? A questão do papel mesmo, cada um traz um pouquinho de casa, e a gente vai fazendo milagre. Nas obras, a gente pega a chave, vai, mexe. A gente tem que fazer o que eles não fazem. Nem sempre a gente consegue porque não é todo mês que a pessoa tem condições de arcar com a despesa que é da prefeitura, né? Aqui a gente já usou até o próprio carro pra socorrer paciente, mais de uma vez. Quando tem dinheiro a gente compra pomada, compra creme pra hidratar os pés dos pacientes. Aqui é usar um sofrimento pra acabar com o outro, porque o salário é um sofrimento.</p>

Fonte: A autora

Quadro 29- Mecanismo de enfrentamento: conhecimento e criatividade

IC: O trabalhador enfrenta o sofrimento utilizando-se de conhecimento e criatividade	
E-Ch:	<p>“Eu ainda criei um código pra facilitar, que ele reconhece, que é aquele QRcode. Pra cada SUS da escola. Porque o certo era o tablet reconhecer.” (A4)</p>
DSC:	<p>É porque a gente vai pra escola. Veja bem, a gente faz PSE. Tem dias que a gente faz seis turmas, mais de 100 pessoas para digitar o SUS no sistema, aquele horário só não vai dar. Então eu criei um código pra facilitar, que ele reconhece cada SUS, um QRCode para cada SUS da escola, porque o certo era o tablet reconhecer, eu tenho por turma, isso facilita muito o trabalho.</p>

Fonte: A autora

Nesta subcategoria é possível perceber que o profissional se utiliza de criatividade e conhecimentos para enfrentar o sofrimento gerado pelo trabalho, fazendo inclusive tarefas que vão além das relacionadas à sua função na USF.

5.4.3 Comunicação com a comunidade

Outra forma de enfrentar o sofrimento é compartilhando-o com a comunidade, explicitando os problemas encontrados no dia a dia do trabalho, e buscando juntos encontrar a melhor forma de solucioná-los.

Quadro 30- Mecanismo de enfrentamento: compartilhamento com a comunidade

IC: O trabalhador enfrenta o sofrimento compartilhando-o com a comunidade	
E-Ch:	<p>“A gente sempre, dentro da reunião comunitária a gente sempre discute essa questão de marcação, de não ter médico, enfim, a gente sempre coloca isso” (A1)</p> <p>“A gente sempre explica as coisas, os acontecimentos, como é, como não é, tudinho, pra poder eles ir entendendo. E a gente faz aquilo, a gente conversa, com aquele modo, aquele timbre de voz, tudinho, pra conquistar a amizade deles, pra poder eles não se irritarem porque eles precisam e a gente não tem pra dar o melhor, como deve ser” (A3)</p>
DSC:	<p>A gente sempre, dentro da reunião comunitária discute os problemas, explica as coisas, os acontecimentos, pra eles irem entendendo. E a gente conversa, com aquele modo, aquele timbre de voz, pra conquistar a amizade deles, pra poder eles não se irritarem porque eles precisam e a gente não tem pra dar o melhor, aí a gente faz o ciclo de amizade.</p>

Fonte: A autora

Esse mecanismo de enfrentamento, além de ser um pedido de desculpas, é uma forma do profissional não ser culpabilizado pelas adversidades da saúde da família, deixando a comunidade a par dos reais problemas, cujas soluções estão além das possibilidades da equipe.

5.4.4 Atendimento humanizado

O atendimento humanizado faz parte dos princípios e diretrizes do sistema, ele serve para aproximar usuário e trabalhador, de forma que estes juntem forças em prol da promoção à saúde do usuário e da comunidade.

Quadro 31- Mecanismo de enfrentamento: humanização

IC: O trabalhador enfrenta o sofrimento tratando o paciente com humanização	
E-Ch:	<p>“É o atendimento humanizado, né? Porque eu olho pro paciente e digo que eu também sou usuária do SUS, e eu também tô lá na ponta, né?” (A9)</p> <p>“Aí muito se fala em discurso lá em reunião, você não pode dizer pra o usuário fazer na rede privada e tal. Eu mesmo pergunto logo: Olha bicho, tu tem condições? Tenho! Então toma aqui, vai fazer!”(B1)</p> <p>“Bom humor, tentar conversar” (A2)</p>
DSC:	<p>Eu sempre olho pro paciente e digo que também sou usuário do SUS, e também tô lá na ponta, né? Todo usuário que vem, eu entendo que ele tá angustiado, eu compreendo que realmente é o desabafo dele, e eu tento ter esse tratamento humanizado porque não é fácil, aquela pessoa tem uma história e tá querendo uma solução. No dia a dia eu busco isso, ouvir e dar atenção ao paciente, é a minha forma de amenizar alguns desses sofrimentos.</p>

Fonte: A autora

Neste caso, uma forma de enfrentar o sofrimento gerado pelo trabalho é se colocar no lugar do outro, exercitar empatia, fazendo o que estiver ao seu alcance para dar uma resposta satisfatória ao usuário, e quando não for possível, entender suas revoltas e seu desabafos.

5.4.5 Trabalho em equipe

No intuito de enfrentar o sofrimento, a equipe se torna ainda mais unida, ajudando uns aos outros em seus afazeres, entendendo que, muitas vezes o outro está sobrecarregado e que não consegue dar conta de suas funções. Além disso, a equipe se une para dar conta dos trabalhadores que estão faltando, que não fazem parte da equipe, não deixando que o trabalho pare.

Quadro 32- Mecanismo de enfrentamento: Trabalho em equipe

IC: O trabalhador enfrenta o sofrimento trabalhando em equipe	
E-Ch:	<p>“Acho que é uma equipe que sempre conversa, tem sempre esse momento de desabafar mesmo [...]. E um acaba cobrindo o outro. Acho que a gente encontra muito apoio um no outro”. (A1)</p> <p>“Todo mundo aqui dá um pouquinho” (B3)</p> <p>“Quando um tá meio desequilibrado, o outro ta equilibrado” (A8)</p>
DSC:	<p>A equipe é muito unida, então acaba um ajudando o outro. Mesmo a gente sabendo que muitas vezes não é função da gente, pra ajudar o outro, eu vou lá e faço, pra o bem da comunidade, do processo de trabalho. E a gente sempre conversa muito. Tem esse momento de conversa mesmo, sabe? De desabafar. E um acaba cobrindo o outro. “Se preocupa não eu isso se resolve”. Acho que a gente encontra muito apoio um no outro. Acho que é o principal da equipe. Quando um tá meio desequilibrado, o outro tá equilibrado</p>

Fonte: A autora

No enfrentamento cotidiano do sofrimento relacionado ao trabalho, os trabalhadores veem a equipe como um apoio, compartilham suas histórias de vida, seus momentos bons e ruins, fazendo com que o trabalho e a vida não venham a ser tão pesados.

5.5 Do Sofrimento ao Prazer

Neste momento, foi solicitado que o trabalhador abstraísse, e, se colocando no papel de quem tem poder de decisão, respondesse o que seria necessário para transformar o sofrimento relatado em prazer.

5.5.1 Planejamento

Neste momento a equipe ressalta a importância do planejamento para a boa execução dos serviços em saúde. Os sujeitos da pesquisa colocam o quanto percebem a falta de planejamento na gestão do município, tendo sua repercussão na própria ESF. Eles ainda ressaltam a importância de que este planejamento seja feito de forma conjunta, ouvindo e considerando tudo o que os profissionais da ponta colocam, visto que estes que vivem o dia a dia da Saúde da Família. E, segundo os profissionais, se esse planejamento for bem executado, o sofrimento no trabalho diminuiria consideravelmente, dando lugar ao prazer.

Quadro 33- O trabalhador encontra a solução

IC: O trabalhador encontra no planejamento a solução	
E-Ch:	<p>“É uma questão de você fazer um diagnóstico da área, da própria região. Tem que ser avaliado, ser visto aquele diagnóstico e planejado” (BB14)</p> <p>“Tem que ter um pessoal que esteja disponível pra fazer isso, né? Um pessoal que queira fazer.” (B3)</p> <p>“Competentes, que queiram mudar a situação” (B4)</p> <p>“Uma pessoa pra fazer um planejamento desses tem que ser uma pessoa que conheça.” (B3)</p> <p>“Porque se a pessoa não vem aqui, como que ela vai levar os problemas que não conhece? Porque se aqui não vem ninguém, tem que ser por telefone, um papelzinho, mas você não fala direto com a pessoa, você não fala direto com ela/ com ele o que tá acontecendo.” (B11)</p> <p>“Aí é a parte da aplicação. Planejou, agora aplica.” (B10)</p> <p>“Mesmo sem salário, eu acho que aumentaria o prazer sim. [...]. O que mais afeta o cara não é nem o salário, é não ter estrutura pra trabalhar [...]. Eu não tô dizendo que o salário não é importante, hoje em dia, o salário que a gente tem é muito ruim, muito ruim mesmo pro serviço que a gente faz.” (B1)</p> <p>“Porque ele ia atingir dois públicos, tanto o funcionário quanto a população” (B14)</p>
DSC:	<p>A palavra-chave do que falta é planejamento. Tudo aqui é mal planejado. É problema de gestão. Tem que se planejar mesmo o que vai se fazer. As coisas são feitas muito na doida “Ta precisando disso”, “Toma”. Aqui não se faz controle de nada. Tem que fazer diagnóstico da área. Tem que ter um pessoal que esteja disponível pra fazer isso né? Um pessoal que queira fazer, e tem que ser gente competente, que conheça e que queira fazer. O planejamento tem que vim até a gente que tá aqui na atenção básica, gente que atende, que vai saber o que a população precisa porque tá aqui, no dia a dia, trabalhando. Porque se a pessoa não vem aqui, como ela vai levar os problemas que não conhece? Ela não sabe o que tá faltando, o que tá precisando. Não precisa ter uma visita todo mês não, mas de 3 em 3 meses. Porque se não conhece, ninguém fala, ninguém diz nada, o problema fica aqui. E a questão não é só ouvir, é dar retorno, dar resolução. Aí é a parte da aplicação. Planejou, agora aplica. E, se quer saber, mesmo que o salário não aumentasse, aumentaria o prazer. O que mais afeta o cara não é nem o salário, é a falta de estrutura pra trabalhar. Eu não tô dizendo que salário não é importante, hoje em dia, o salário que a gente tem é muito ruim, muito ruim mesmo pro serviço que a gente faz, mas você melhorando outras coisas, você melhoraria a qualidade do serviço. E é até bom pra gestão porque você atinge dois públicos, o funcionário e a população.</p>

Fonte: A autora

Faz-se importante ressaltar, que, no discurso coletivo, por mais que a remuneração financeira seja importante, as melhorias nas condições de trabalho e o reconhecimento profissional estão em primeiros lugares em relação ao prazer no trabalho.

6 DISCUSSÃO

A psicodinâmica do trabalho, estudada por Dejours, advém da Psicopatologia do trabalho, escola na qual se buscava um nexos causal entre as organizações e as condições de trabalho e adoecimento mental do trabalhador, sendo a proposta, compreender o sofrimento psíquico ocasionado pelo trabalho.

Neste estudo observou-se a relação entre o trabalhador e a organização do trabalho, seus sentimentos de prazer e sofrimento relacionados a essa organização, assim como os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos pelo indivíduo e pela equipe no intuito de manter a normalidade, não necessariamente saudável, adaptando-se às demandas impostas ou transformando a organização, para que o sofrimento venha a ser transformado em prazer.

A construção da identidade de um ser se dá a partir das interações entre a consciência individual e a estrutura social na qual está inserido o indivíduo, estando a categoria trabalho presente neste segundo grupo como espaço de produção, objetivação e expressão humana, representado através da identificação da personalidade do indivíduo com o papel que desempenha, sendo este o “eu-social”, visto durante a coleta de dados como fator marcante na construção da identidade pessoal (NETTO; RAMOS, 2000).

Neste estudo, o discurso do trabalhador está pautado na proximidade entre quem ele é e o que ele faz, a identidade do eu e do trabalho se misturam, formando o eu-trabalhador que não se dissocia do trabalho que executa. (BARRETO et al, 2018).

Segundo Milanez (2018), o reconhecimento do eu-trabalhador exige que o profissional se identifique com os princípios do SUS e com os preceitos que regem a ESF. Ao realizar o que gosta, o trabalhador se sente criativo, com possibilidade de reinventar a si mesmo, fazendo do trabalho uma fonte de satisfação quando se vê naquilo que executa (MILANEZ et al, 2018).

Ainda sobre a identidade formada através do trabalho, para Dejours (2004), a construção dessa identidade está relacionada a dois processos de reconhecimento, o julgamento estético, e o de utilidade. A utilidade está relacionada a critérios de resolutividade e eficácia, enquanto o estético está relacionado ao reconhecimento pelos seus pares, que conhecem os problemas e soluções na realização do

trabalho. Na saúde da família esse reconhecimento, das duas formas citadas pode vir da gestão, da própria equipe de saúde da família ou da comunidade, fortalecendo o sentido de identidade do trabalhador (GLAZNER et al, 2017; DEJOURS, 2004).

O que se percebe é uma identidade construída através de um grande comprometimento individual, potencializado pela vontade genuína de transformar a realidade, e para tal utilizando-se de um envolvimento intenso com o próprio trabalho e com as pessoas, inclusive em horário de descanso ou lazer, muitas vezes sem realizar a análise crítica da impossibilidade de resolver problemas que o próprio sistema não consegue resolver (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007).

Esta identificação do trabalhador da ESF com o seu trabalho é inicialmente vista de forma positiva, porém, ao relatar o cotidiano de trabalho, essa informação é colocada em xeque pelo próprio indivíduo. Ao informar uma lista interminável de tarefas, o trabalhador revela a sobrecarga a qual está submetido, o acúmulo de funções, e ainda, a polivalência. Este achado corrobora com o estudo de Santos, Soares e Campos, que em 2007 dizem:

A organização do trabalho coloca os trabalhadores diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos - que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que muitas vezes extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007, p. 779).

Este último fator pode ser denominado como polivalência, um termo comum no mundo globalizado, onde o trabalho exige o desenvolvimento de capacidades extras para que o trabalhador possa assumir qualquer posto que se faça necessário. O trabalhador foca suas forças em não falhar, indo, inclusive, além dos seus conhecimentos e habilidades, e culpando-se ao não conseguir suprir as necessidades da organização do trabalho.

A reestruturação produtiva é frequentemente revelada nesta pesquisa no momento em que o trabalhador desempenha o papel de outros trabalhadores, ou porque já lhe foi atribuído, como é o caso da gestão da unidade, ou por falta do outro, como tem sido o caso do papel de recepcionista, identificado a partir do DSC. Ainda, este trabalhador desempenha papéis que ultrapassam a saúde, causando, inclusive, o sentimento de que muitas vezes há o desenvolvimento de funções fora do seu núcleo de saber na maior parcela de tempo no trabalho, causando frustração e sofrimento.

Esses achados corroboram com os do estudo de Riquinho et al. (2018) quando, ao pesquisar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, relatam que estes têm estado num espaço de incertezas, “*sem definição clara de suas competências, habilidades e saberes*”, visto que algumas dessas atividades, consideradas pelos entrevistados como “desvio de função”, eram incorporadas e legitimadas no cotidiano, distanciando os profissionais de suas reais funções (RIQUINHO et al., 2018).

Segundo os sujeitos da pesquisa, mesmo em casos de sobrecarga, esse trabalho tem gerado prazer, e relacionados a este emergiram do discurso cinco subcategorias relacionadas ao prazer no trabalho, explicitadas na seção ‘resultados’, acima.

Estas categorias também foram levantadas no estudo de Forte e Pires (2017) realizado com enfermeiras da Atenção Primária em Saúde, no qual o prazer foi nomeado satisfação (FORTE; PIRES, 2017).

Diante destas categorias é claramente perceptível o quanto a relação com o outro pode causar prazer ao trabalhador. O vínculo, como diretriz da estratégia saúde da família vem da possibilidade de realizar ações diferentes de uma lógica institucional que direciona o profissional a apenas assistência direta à saúde do cidadão, impedindo o estabelecimento de relação entre o profissional e o usuário. Ao contrário, busca o estreitamento de laços entre usuário e trabalhador, fazendo com que se conheçam mutuamente, e tornando este trabalhador parte do círculo social do usuário, se utilizando disso para criar relações de intimidade e confiança, tornando o ambiente da saúde da família mais acolhedor à demanda da comunidade.

O vínculo envolve um sentido de lealdade e responsabilidade clínica, perceptíveis em duas abordagens, sendo, a primeira, referente ao acompanhamento que o usuário realiza ao longo de sua vida na unidade de saúde, e a segunda referente a relação criada e fortalecida nos momentos de cuidado à saúde entre profissional e usuário (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Para o ACS, esse vínculo torna-se ainda mais estreito, já que, o mesmo reside no local onde trabalha e tem as pessoas de sua realidade social sendo as mesmas para quem dirige suas ações de cuidado, gerando, neste contato íntimo com seus afetos e desafetos um intenso envolvimento pessoal, e, muitas vezes, um

desgaste emocional. Essa relação de proximidade física, intelectual e social repercute no trabalho do agente, quando este consegue compreender a complexidade do meio onde vive e trabalha, sendo a voz dessa comunidade na equipe de saúde (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Ser um trabalhador na ESF é acompanhar as pessoas que habitam no território, levando a cabo a prestação de atendimento contínuo nas mais diversas fases de vida do usuário. Estabelecer vínculos e a criar laços leva à corresponsabilização entre profissionais e população sendo estes elementos essenciais para o alcance dos objetivos da Estratégia Saúde da Família.

Os sujeitos da pesquisa se veem enquanto profissionais que acompanham a família, os pais, os filhos, o nascimento e a morte, estão presente nos momentos de adoecimento ou cura, sendo muitas vezes convidados a congratular-se com os familiares, como se realmente fosse uma extensão daquele núcleo, nos aniversários, batismos, formaturas ou quaisquer momentos de alegria. Ao mesmo tempo também são procurados nos momentos de angústia e dor, fazendo-se confidentes, conselheiros muitas vezes, e por fim, amigos.

O profissional relata prazer ao se encontrar enquanto pertencente a algo, ou a alguém, mas também ao sentir-se útil na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Ao ouvir, solucionar um problema, aliviar a dor ou incentivar a mudança de hábitos, esse profissional se sente útil, e seu prazer é potencializado. Os profissionais se esforçam para fazer o melhor, investem energia e amor no que fazem, nada mais justo que tenham sensação de prazer quando seu trabalho é reconhecido. Ao contrário, quando este trabalho não é reconhecido, e seus esforços por fazer o melhor não são percebidos pelo usuário ou pelos seus pares, acarreta sofrimento, que pode prejudicar a saúde mental devido à perda do referencial de identidade de utilidade ou julgamento estético (FORTE; PIRES, 2017).

A comunidade, então, reconhece esse trabalhador como parte de si e torna-se grata, trazendo ainda mais prazer ao trabalhador. Esse reconhecimento e essa gratidão podem vir em forma de palavras, de gestos ou de presentes. Nesta pesquisa, foi relatado que o trabalhador da Saúde da Família recebe cotidianamente aquilo que está ao alcance da comunidade aquilo que ela ganha ou faz, como bolos e doces, frutas, verduras ou animais, para representar que o reconhece e o

agradece por sua utilidade. Além dos abraços numa visita domiciliar, acompanhados de um cafezinho simples, ou após uma consulta.

Riquinho et al. (2018) apontam a importância da visita domiciliar e das ações fora do ambiente da unidade para a criação de vínculo, proporcionando reconhecimento e respeito dos usuários. Segundo os achados deste estudo supracitado, os profissionais relatam que devido à sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções que não são suas, as quais realizam no interior da unidade de saúde, o qual denominam desvios de função, tem ocorrido um distanciamento entre o profissional e a comunidade, afastando-os dos problemas locais, resultando em descaracterização do trabalho da própria Estratégia Saúde da Família.

Por se tornar parte desta comunidade, aceito por meio do vínculo, o profissional se sente corresponsável pelo bem-estar das pessoas que ali residem, inclusive por situações que ultrapassam suas obrigações na saúde da família. Se preocupam pelo alimento, pelo trabalho, pela moradia, pelos relacionamentos, pela educação e, conseqüentemente, fazem saúde através de seu conceito ampliado, olhando de perto para os determinantes e condicionantes que vão além do consultório.

Além de causar prazer no profissional, como observado neste estudo, o vínculo também está fortemente relacionado a maior efetividade e eficiência das intervenções à saúde do indivíduo e da comunidade, maior adesão aos tratamentos e aumento da resposta do usuário aos cuidados de saúde, além de ampliar a satisfação do usuário (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018), isso também foi visto na pesquisa, relatado como a confiança da comunidade no trabalhador, o apoio durante o tratamento, a interação, etc.

Estudos apontam que o vínculo que gera prazer, também pode gerar sofrimento no profissional quando há, através do envolvimento pessoal com a comunidade, transposição de problemas e misérias, associados a impossibilidade de ação, quando se constata os limites do setor saúde (JARDIM; LANCMAN, 2009), sendo que esta vertente do vínculo não foi citada nas falas dos sujeitos.

Ainda sobre vínculos, porém não com a comunidade, foi evidenciado neste estudo o prazer no relacionamento com a equipe, pessoas que se encontram oito horas por dia no mesmo ambiente, compartilhando problemas e alegrias, ajudando-se mutuamente e crescendo enquanto pessoas e profissionais.

O trabalho em equipe é considerado uma das ferramentas para o exercício da integralidade e, sendo construído de forma saudável, pode trazer benefícios ao paciente, compartilhar saberes entre os trabalhadores e potencializar a autonomia no exercício de cada profissão; sendo este citado como um arranjo organizacional fundamental para tornar possível a obtenção de resultados satisfatórios em relação a saúde do indivíduo e da comunidade (GARCIA et al., 2015)

A colaboração interprofissional tem sido utilizada como estratégia do trabalho em equipe. Esta consiste na convivência cotidiana das diferentes profissões que coexistem, desenvolvendo uma clínica ampliada, com comunicação eficaz e compartilhando as tomadas de decisão.(ARRUDA; MOREIRA, 2018) Na Saúde da Família, este princípio tem sido um dos critérios fundamentais para orientação das equipes que, em muitos casos são multiprofissionais, ou seja, onde coexistem várias profissões, tendo ou não um bom relacionamento entre os profissionais. (ELLERY, 2014)

Os participantes do estudo, por mais que citassem um bom relacionamento uns com os outros, e ajuda mútua no desenvolvimento do trabalho, não deixam claro, neste estudo, se possuem um trabalho interprofissional, visto que não é percebido o compartilhamento na tomada de decisões em prol de um objetivo único. Faz-se ainda necessário salientar a importância de pesquisas nesta temática, no intuito de ultrapassar a lógica da formação uniprofissional dos trabalhadores em saúde, visando uma formação voltada para a interprofissionalidade.

Neste estudo, a equipe aponta a diferença na percepção do cuidado com os pacientes em uma equipe que tem a união como uma de suas marcas. Ao desenvolver seu trabalho, o profissional busca aqueles com quem possa compartilhar seus valores e suas escolhas, alguém que julgue de confiança, que contribua para atender as necessidades de saúde da população com eficiência. Para tanto, o apoio ao profissional que integra a equipe deve ser cotidiano, assim como o respeito, e a compreensão nos momentos difíceis.

Estes profissionais percebem a própria equipe como rede de apoio que se estabelece no cotidiano laboral e deve ser valorizada e fortalecida para promoção da satisfação no ambiente de trabalho. Os sujeitos relatam que as relações que se estabelecem na equipe podem apresentar diferenças, mas o respeito entre os diferentes níveis faz parte de um compromisso ético do profissional. Ao chegar perto

da integralidade, o trabalho em equipe possibilita o reconhecimento do trabalho de um membro da equipe dentro da prática do outro, e ambos são transformados através desta articulação de saberes (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

O trabalho em equipe deve ser uma construção da interdisciplinaridade na prática, onde a comunicação tem o papel de aproximar os trabalhadores, para que o conhecimento de cada um só tenha significado quando utilizado no conjunto. Os sujeitos da pesquisa, a todo momento enfatizam que, para a melhoria do trabalho em equipe é necessário incentivar relações amistosas permeadas pelo diálogo, o que se torna um desafio no cotidiano da equipe, levando em consideração as diferentes personalidades e os interesses conflitantes de cada trabalhador. A falta de entrosamento prejudica o cotidiano de trabalho, causando, inclusive, insatisfação nos usuários. (RIQUINHO et al., 2018)

Vários são os obstáculos para a construção real de um trabalho em equipe, entre eles a relação de poder e subordinação entre os diferentes profissionais, que pode resultar na ausência de espaços para articulação e integração do trabalho, levando a descontinuidade das ações e fragmentação da assistência (GARCIA et al., 2015). Na nossa pesquisa não foram evidenciados problemas referentes ao trabalho em equipe.

Assim, neste estudo, o que foi colocado como trabalho em equipe se aproximou mais da definição de relacionamento em equipe. Os trabalhadores expressaram a importância do outro no seu cotidiano de trabalho, em especial em suas relações pessoais, baseados num sentimento de amizade. Esse sentimento, em geral, atende as necessidades pessoais dos sujeitos envolvidos, visto que, o ser humano é um ser social, e os trabalhadores encontram-se convivendo juntos por cerca de 40h/ semana. No entanto, isso não garante a articulação a nível profissional, onde todos estão juntos guiados por um objetivo maior. Uma outra evidência do que aqui foi colocado, é a ausência de conflitos na fala dos profissionais. Os sujeitos idealizam as relações que existem como se elas deveriam acontecer de forma constantemente harmônica, num ambiente de cooperação ampla e incondicional, sem desentendimentos, o que vai de encontro ao que diz diversos autores que ressaltam o conflito como parte do trabalho em equipe. Esses achados corroboram com o estudo de Kell e Shimizu, realizado em 2007.

Os conflitos são praticamente inevitáveis no ambiente de trabalho, geralmente relacionados ao convívio de pessoas com personalidades, culturas, valores e interesses diferentes, muitas vezes, isso pode ser acentuado por questões políticas. Trata-se de um processo de oposição e confronto que ocorre entre os indivíduos na organização, ocorre conflito sempre que há desacordos em questões importantes ou quando uma antipatia social cria atrito entre pessoas ou grupos.

Enquanto a maioria das pessoas acredita que o conflito seja maléfico para o trabalho em equipe, estudos apontam que este pode não apenas ser uma força positiva, como também ser necessário para o desempenho eficaz de um grupo. Há, segundo estudos, três tipos de conflitos. Os do tipo discussão são benéficos porque, através dele, se percebe como as contribuições diferentes sobre um mesmo tema, podem levar a uma melhor solução a um problema previamente existente. No conflito do tipo competição, são estabelecidos padrões de desempenho para que as pessoas se motivem a trabalhar e produzir mais, sendo apenas benéfico esse tipo de conflito se, ao um ganhar, todos ganharem. O conflito, propriamente dito, é o terceiro tipo e único originalmente perigoso pois está apoiado em falta de confiança, perspectivas diferentes e enfoques individuais (ELIAS; DAUMAL; BERNARDINI, 2013).

O conflito que não foi evidenciado nas falas, implicitamente, é tido como maléfico pelos sujeitos da pesquisa, porém, este não necessariamente precisa ser completamente afastado do ambiente de trabalho para que exista trabalho em equipe, ele precisa ser percebido e gerido, no intuito de ser um potencial de criatividade gerando novas soluções aos problemas encontrados.

Porém, o trabalho na saúde da família não foi levantado apenas como fonte de prazer, mas também de sofrimento. O sofrimento, como tudo que é afetivo, é de impossível quantificação. O sofrimento não canalizado pode levar a um acúmulo psíquico, ocasionando tensão e podendo levar à patologia (DEJOURS, 1987).

Neste estudo, em se tratando de sofrimento relacionado ao trabalho, emergiram das falas dos sujeitos nove categorias que o explicitam, sendo elas: Déficit de estrutura física, recursos materiais, insumos e medicamentos, Falta de reconhecimento profissional e desrealização, Sobrecarga de serviço e alta demanda, Deficiência nas estratégias de incentivo à educação permanente, Dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais, Insegurança, Baixas remunerações,

Estrutura Burocrática e seus reflexos na qualidade da atenção e Deficiência na regulação dos serviços.

A estrutura física das unidades de saúde da família tem sido sempre relatada em diversos estudos como motivos de insatisfação para o profissional. As unidades encontram-se em comunidades carentes, geralmente sem grandes estruturas de serviços públicos, uma boa parte ainda em casas alugadas que foram reformadas para suprir as necessidades de atendimento da Estratégia Saúde da Família, mas que, muitas vezes não dispõem de uma boa estrutura hidráulica e elétrica que favoreça a instalação de todos os equipamentos necessários ao bom andamento do serviço, podendo colocar em risco, inclusive a saúde dos trabalhadores e usuários (CARREIRO, 2013).

O estudo de Duarte e outros (2013) corrobora com os achados deste estudo quando os profissionais relatam um espaço insuficiente para atender as necessidades de saúde da comunidade, além da falta de materiais e insumos necessários ao andamento do serviço. Ainda foi encontrado no estudo que a maioria das unidades funciona em prédios adaptados, sendo precário o espaço destinado à realização das atividades de saúde. Estes autores colocam: *“Pressupõe-se que qualquer espaço é adequado, bastando apenas contratar os profissionais e colocá-los à disposição das comunidades”* (p.327).

Sobre os problemas com estrutura física e a ineficiência da manutenção, nesta pesquisa foi relatada a falta de água frequente, o que atrapalha os serviços oferecidos na unidade, em especial a consulta odontológica que necessita diretamente da água encanada, e o da sala de vacina e curativos, pela importância da lavagem das mãos em todos os procedimentos, em especial nos invasivos.

O problema real, segundo o discurso, é que os trabalhadores não têm autonomia para resolver essas questões e dependem da equipe de manutenção, com a qual só tem contato através de um sistema online que, segundo a equipe, é difícil de operacionalizar, burocrático e traz poucos resultados. Os profissionais relatam, inclusive, terem solicitado alguma autonomia para reparos pontuais na unidade, porém esta não foi concedida pelo órgão responsável, dificultando ainda mais o atendimento ao usuário e à comunidade.

Junto a uma estrutura física deficitária os trabalhadores relatam também uma escassez de recursos materiais, insumos e medicamentos que dificultam a execução

do trabalho, e conseqüentemente o vínculo da equipe com a comunidade e o reconhecimento profissional. Os trabalhadores dizem faltar materiais necessários no dia a dia como papel para fazer receitas, além de materiais indispensáveis na realização de curativos como gazes e faixas, e ainda medicação. Os profissionais se sentem constrangidos com essas faltas perante a comunidade e muitas vezes compram de seu bolso os materiais faltantes, ou pedem para que a comunidade adquira, caso haja condições, lembrando que, em sua maioria a população não tem um grande poder aquisitivo.

A PNAB preconiza, para o bom funcionamento da Unidade de Saúde da Família, a garantia de elementos essenciais como a estrutura física adequada e a existência de materiais necessários para a assistência a saúde, e que estes estejam em condições de uso. Além disso, o Ministério da Saúde adota o conceito de ambiência para as USF, que significa um espaço físico acolhedor e humano tanto para profissionais como para usuários. (BRASIL, 2012).

Estudos apontam a importância da ambiência na saúde da família como indicador de prazer e sofrimento no trabalho (GLANZNER; OLSCHOWSKY, 2017), como encontrado nesta pesquisa. Além disso, a falta de espaço físico adequado e de materiais vem a interferir na oferta dos serviços, chegando até a interrupção da assistência à saúde. A negligência a esse aspecto coopera para o sofrimento do profissional. Neste estudo, assim como em outros, os critérios que proporcionam um ambiente físico organizado e suprido não foram levados em consideração, favorecendo a insatisfação do trabalhador, causando sofrimento (SORATTO, 2017; COSTA et al., 2012).

No estudo de Soratto e outros (2017) foi levantado que a insatisfação do profissional está, em grande parte, diretamente ligada a gestão do trabalho na Atenção Básica, fatores estes associados a condições de trabalho, força de trabalho, salário, jornada, benefícios trabalhistas, entre outros, que também foram achados no presente estudo.

O estudo de Cardoso (2016) aponta a insuficiência de equipamentos e recursos materiais na unidade como interferência negativa, gerando condições trabalho desfavoráveis e, por consequência podendo chegar ao adoecimento do trabalhador.

Numa das subcategorias encontradas, o sofrimento está relacionado a como o trabalhador se vê e como é visto pela comunidade, pela gestão e pelos seus pares. O que foi disposto nas falas diz respeito a situações que não podem ser resolvidas pela equipe, relacionadas ao sistema ou à gestão, mas que são cobradas dos trabalhadores, e como não existe uma resposta positiva, os usuários se revoltam, causando uma sensação de incompreensão na equipe, visto que, eles não tem autonomia na resolução de grande parte dos problemas.

Essa relação conflituosa com a comunidade gera um sentimento de falta de reconhecimento por parte do trabalhador, não considerando que o sentimento de reconhecimento vem do sentir-se útil ou ter seu trabalho valorizado pelos seus pares. Se, por quaisquer motivos que ultrapassem a autonomia do trabalhador, este deixe de sentir-se útil à comunidade, é gerada uma sensação de sofrimento motivada pela falta de reconhecimento da comunidade ou da equipe aos esforços do trabalhador em dar o seu melhor. O trabalhador sente o trabalho como uma via de mão única, na qual ele deposita todos os seus esforços, mas não recebe nada em troca, culminando num sentimento de desrealização.

A psicodinâmica do trabalho vem chamando a atenção para a relação entre falta de reconhecimento e *“processos de sofrimento, adoecimento e despersonalização”* (p.6), assim como tem mostrado a importância do trabalhador se sentir reconhecido para a construção da sua própria identidade através da relação com o outro, considerando seu valor e sua qualidade no trabalho prestado (GLANZNER et al., 2017).

Tem-se como fundamental que o trabalhador se sinta valorizado no seu trabalho. Valorizar não se trata apenas do cumprimento de metas com base em resultados quantitativos, mas é importante que seja valorizada a qualidade das ações realizadas, reconhecendo o profissional enquanto pessoa e reconhecendo seus esforços em busca de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

O sentimento de sofrimento, segundo os sujeitos da pesquisa, é potencializado pela sobrecarga de trabalho, que também já foi evidenciada por meio da acumulação de papéis frequentemente imposta ao trabalhador na Saúde da Família, inclusive pela falta de profissionais para ocuparem os cargos necessários ao bom andamento do trabalho no cotidiano. Os profissionais acumulam funções

administrativas de marcação de exames, confecção de cartão SUS, conferência de material de escritório e médico-hospitalar, entre outros.

Segundo Soratto e outros (2017), não se pode discutir sobrecarga de trabalho sem considerar o trabalho fora do expediente, o tempo de deslocamento até o local de serviço, os afazeres domésticos depois do trabalho formal e também o tempo que os trabalhadores pensam no trabalho fora do ambiente de trabalho.

O trabalho ultrapassa o tempo que o profissional está na unidade. A unidade fecha, mas o profissional planeja e estrutura suas demandas e afazeres, comprometendo toda a sua subjetividade. Muitas vezes, inclusive, esse trabalho é levado ao ambiente domiciliar, fazendo-se necessário que o trabalhador saiba conciliar o trabalho com a vida pessoal para que possa manter o equilíbrio emocional e não sofrer de agravos a sua saúde mental (SAMUDIO et al., 2017).

Essa sobrecarga também advém da dupla, e até tripla jornada de trabalho, decorrente de múltiplos vínculos empregatícios e do trabalho doméstico que acarreta, geralmente em mulheres maior vulnerabilidade ao desgaste mental. Tudo isso em soma, contribui para a diminuição do tempo do trabalhador dedicado ao lazer e à família, tornando-se motivo de angústia, em especial no que se refere a convivência com os filhos. Os motivos dessa sobrecarga geralmente estão também relacionados à precarização das condições de trabalho e à baixa remuneração, visto que os trabalhadores buscam mais de um vínculo como forma de garantir as condições de vida (CARREIRO, 2013).

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) ainda discorrem, em relação ao Agente Comunitário de Saúde, sobre a imagem romantizada do profissional da saúde da família, cuja atribuição não termina visto o envolvimento destes profissionais com a comunidade em tempo integral, sobrecarregando ainda mais o profissional. Este estudo alerta para a necessidade de o profissional ter suas atribuições claramente estabelecidas no intuito de sanar tal sobrecarga, isto também foi um dos nossos achados.

Essa sobrecarga é ainda pior quando considerada a alta demanda a qual a unidade está submetida. Pelas falas pode-se perceber que ambas as unidades encontram-se com mais que o dobro de sua capacidade de atendimento considerando que, o teto de indivíduos pela PNAB e pela Portaria nº 2.436/2017, que aprova a nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Ainda segundo as falas, isso acontece por falta de vontade política, onde não se leva em consideração a necessidade da população nem o processo de determinação social da saúde.

Uma das necessidades do trabalhador é de crescer e de se realizar profissionalmente, e, para tanto, ele se utiliza das estratégias de educação permanente disponíveis no município. Nesta pesquisa, em relação qualificação profissional, esta é tida pelo trabalhador como algo vertical, ele não se sente ouvido, e conseqüentemente não sente suas necessidades atendidas, conseqüentemente, esse trabalhador não sente que cresce em sua profissão. O que deveria ser feito para minimizar as dificuldades do trabalhador perante os desafios do trabalho e causar sentimento de aprendizado e realização, acaba sendo uma forma de suprir as necessidades da gestão diante de temas que devem ser abordados. O trabalhador sente-se fora do processo, e, por conseguinte, muitas vezes não valoriza as capacitações que estão sendo oferecidas.

Em um estudo com os ACS, Costa et al. (2012) encontraram a mesma queixa em relação à fragilidade da qualificação oferecida ao profissional da estratégia saúde da família, corroborando com nossos achados. O estudo ainda relata a importância desta qualificação para subsidiar o profissional do papel de orientar a comunidade por meio do processo educativo.

O estudo de Rosa et al. (2012) corrobora com os achados desta pesquisa, afirmando que as atividades educativas e de qualificação não consideram as peculiaridades da unidade de saúde, são cansativas e, geralmente estão formatadas como palestras, onde não há participação ativa dos profissionais, que se tornam meros ouvintes, caracterizando assim o aspecto verticalizado da abordagem dos problemas em saúde.

Para minimizar as dificuldades em relação a educação permanente, os trabalhadores se organizam entre si na troca de conhecimentos dentro da própria unidade de saúde. Isso poderia ser organizado de forma mais ampla, fazendo com que as equipes conversassem entre si, reduzindo as dificuldades umas das outras na troca de saberes, porém, o que se percebe é um isolamento da equipe, que acaba se tornando um núcleo de saúde com necessidade ilusória de autossuficiência.

Quanto às estratégias utilizadas para o incentivo à qualificação do trabalhador é o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), os profissionais apontam o plano do município como motivo de insatisfação e sofrimento. Eles relatam que o plano os deixa frustrados, dado o grande tempo necessário para ocorrer uma promoção, e acaba desmotivando a participação em capacitações quando pensam no plano. Os profissionais relatam ainda que cursos longos como especializações, mestrados e doutorados não são considerados no atual plano e que só são realizados pela vontade pessoal, não sendo estimulados pelo município.

No Brasil, em 2017, a existência de PCCV ligados a profissionais de saúde ainda girava em torno os 21%, indicando a necessidade de maiores investimentos dos gestores para que essa proposta de valorização profissional se efetive (SORATTO et al., 2017). O Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos do município de Jaboatão dos Guararapes foi instituído no ano de 2010, direcionado aos servidores do município, sendo ainda recente e alvo de grandes críticas (PMJG, 2010).

Outro fator relacionado ao sofrimento profissional na Estratégia Saúde da Família são as relações intersetoriais advindas dos princípios de universalidade e equidade que dispõem da necessidade de atenção à saúde de todos, suprimindo todas as necessidades. Estas relações intersetoriais que favoreceriam estes princípios estão, em sua maioria fragilizadas, como é o caso da relação com a escola, através do Programa na Escola (PSE) (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

O Programa Saúde na Escola foi pensado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação no intuito de direcionar a educação em saúde na comunidade ao espaço escolar, se utilizando do mesmo para ampliar a qualidade de vida da população e transformar hábitos (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018)

Porém, o que a equipe relata é a dificuldade no diálogo com a escola, visto que o programa é imposto a ambos, saúde e educação, e cabe ao profissional de um dialogar com o profissional do outro setor, sem que haja diálogo destes com a gestão, incluindo todos em um único objetivo, afastando a ideia de intersetorialidade que deveria estar presente.

Compreende-se a intersetorialidade em saúde como uma relação entre o setor saúde com um outro setor visando alcançar resultados de saúde de maneira

mais efetiva e eficaz que se apenas o setor saúde estivesse agindo (SILVA; RODRIGUES, 2010). Essa relação implica uma articulação estratégica no intuito de integrar recursos gerenciais, financeiros e humanos. É uma tarefa complexa que envolve negociação permanente (MAGALHÃES, 2015).

Entendendo que a Estratégia Saúde da Família propõe a prestação de uma assistência que alcance a complexidade dos seres humanos em sua integralidade, incluindo suas relações sociais, devem ser inclusas no escopo da ESF, ações que ultrapassem seus muros, atingindo o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos usuários. Assim, torna-se impossível que isso seja feito de forma isolada pelo setor, fazendo com que ele tenha que buscar novos parceiros para atingir suas metas (DIAS et al., 2014).

A escola é um cenário importante nesta proposta, visto que pais, alunos e professores circulam cotidianamente num ambiente destinado a produzir conhecimento. A relação entre saúde e educação tem como objetivo a ampliação do impacto da educação em saúde no ambiente escolar, apoiando-se na soma das contribuições entre saúde e escola.

Contudo, o relato dos profissionais das ESF avaliadas corrobora com o estudo Silva e Rodrigues (2010), que aponta que a educação tem se limitado a repassar conteúdos, deixando a promoção à saúde sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família, inviabilizando a ampliação dos impactos na qualidade de vida da comunidade. Esta falta de diálogo entre os setores tem gerado sofrimento aos profissionais que se sentem de mãos atadas ante a sua função de promover saúde fora dos muros da USF.

No que se refere à insegurança, relatada na pesquisa como motivo de sofrimento, os trabalhadores revelaram casos de assalto, furtos ou “invasões” às unidades de saúde, além da agressividade por parte de usuários insatisfeitos, fazendo com que os trabalhadores não se sintam seguros em seu ambiente de trabalho. Eles reclamam a falta de uma empresa de segurança ou ainda um guarda municipal à porta da unidade para proteger a equipe e o prédio. Além disso, as competências do trabalho exigem do profissional uma atuação fora dos muros da unidade, ampliando ainda mais o sentimento de medo relacionado ao trabalho.

O estudo indica que todos os profissionais das ESF avaliadas já passaram, no ambiente de trabalho, por alguma situação de violência, multiplicando o número de

relatos a partir do momento em que o primeiro trabalhador começa a contar seus casos. O fato de a unidade estar implantada em comunidades carentes, nos quais o tráfico de drogas tem crescido junto com os índices de criminalidade, apenas aumenta a insegurança dos trabalhadores, gerando ainda mais sofrimento.

No setor saúde, a luta por um local seguro tem sido discutida desde a primeira conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), no intuito de proporcionar maior qualidade de vida às pessoas. A Política de Promoção à Saúde também estimula a adoção de modos não violentos de viver e o desenvolvimento de uma cultura de paz, estando assim, também, sob responsabilidade da ESF (SORATTO et al., 2017).

Um estudo realizado com uma equipe de saúde da família encontrou o acontecimento de roubos, xingamentos, agressões físicas e ameaças de morte como aspecto estressor do ambiente de trabalho que afeta diretamente a saúde do trabalhador. (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013). Um ambiente de trabalho inseguro faz com que o trabalhador esteja sempre em estado de alerta, o que os torna ainda mais vulneráveis ao sofrimento mental e ao estresse.

Outro motivo de sofrimento relatado pelos profissionais da Saúde da Família refere-se às baixas remunerações relacionadas ao cargo ocupado. Segundo Forte e Pires (2017) a remuneração financeira valorizada exerce forte influência na qualidade de atendimento prestado, pois o trabalhador sente-se mais reconhecido e exerce com mais prazer suas funções.

Quando o profissional não obtém um retorno financeiro que considera satisfatório, ele busca exercer dupla ou até tripla jornada de trabalho, o que sobrecarrega o trabalhador, prejudicando sua saúde.

É importante ressaltar que também foi revelado pelo DSC que, por mais que o salário seja importante e sua defasagem motivo de sofrimento, ele não é primordial, e que, se as condições de trabalho melhorassem, o sofrimento diminuiria, gerando mais prazer no trabalho. Com melhores condições de trabalho eles não precisariam comprar o que falta na unidade com o seu salário, utilizando-o assim para fins que deveriam ser supridos pelo município. Este dado vai de encontro ao estudo de Costa et al. (2012), onde o salário foi tido um dos principais motivos de insatisfação dos trabalhadores da ESF.

Os trabalhadores da saúde da família também relatam ser um sofrimento lidar com os sistemas eletrônicos utilizados pelo SUS no intuito de facilitar o trabalho. Segundo as falas, os sistemas são morosos e fazem com que o trabalhador perca tempo diante de tamanha burocracia, seja no cadastro ao paciente, na marcação de consultas ou exames, na confecção do cartão do sus, ou na digitação da produção cotidiana. Os trabalhadores ainda trazem a tona a existência de um código de barras no cartão SUS que auxiliaria a todos no processo de digitação, porém, ao que parece, o código de barras não tem serventia em nenhum dos sistemas informatizados disponibilizados pelo SUS, levando o trabalhador a gastar ainda mais do seu escasso tempo na digitação das informações colhidas pelo paciente.

Em relação à questão burocrática, outros estudos identificam esta como causa de insatisfação para o profissional da ESF, uma vez que toma o tempo da assistência direta ao usuário, voltando a atenção do trabalhador às ações administrativas. O problema não consiste necessariamente nas atividades burocráticas necessárias ao andamento do trabalho na unidade, mas à sua rigidez, entendida pelos profissionais como desnecessária, como se quem projeta os sistemas nunca tivesse acompanhado minimamente o cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF (COSTA et al., 2012; SORATTO, 2017).

Ainda em relação às questões burocráticas, os trabalhadores relatam sentimento de sofrimento ao perceberem a falta de autonomia das gerências descentralizadas, as quais a unidade de saúde está diretamente ligada. Segundo as falas, essa falta de autonomia tem aumentado o tempo para a resolução dos problemas encontrados no cotidiano da equipe, fazendo com que a atenção à saúde do paciente seja cada vez menos eficiente.

Segundo Braga e outros (2013), as questões burocráticas da organização do trabalho levam o trabalhador à frustração diante da impossibilidade de alcançar seus objetivos com eficiência e eficácia.

Por fim, os profissionais ainda relatam dificuldades relacionadas aos encaminhamentos a especialistas ou exames que não são realizados na unidade de Saúde da Família. O discurso gira em torno da demora em conseguir uma vaga para o paciente, e conseqüentemente em fazer um atendimento de qualidade sem os exames necessários, isso pode estar ocorrendo pela grande busca de encaminhamentos para a média e alta complexidade, ou ainda pela baixa ofertas

desses profissionais e serviços. Faz-se necessário um estudo detalhado sobre o tema para entender os entraves e solucionar o problema. Atualmente, a opção encontrada pelos profissionais solicitantes é de pedir aos usuários que tem condições que busquem por conta própria os profissionais ou exames necessários ao diagnóstico, o que vai de encontro ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

Ainda sobre a regulação de serviços, nos estudos sobre insatisfação na Saúde da Família tem se tornado uma constante a dificuldade de contrarreferência dos profissionais da média e alta complexidade após o atendimento ao paciente. O trabalhador encaminha o paciente ao profissional de referência, e quando o paciente retorna, visto que a ESF é responsável pela continuidade do cuidado, não tem nenhum laudo explicando o diagnóstico, os procedimentos realizados, os exames e a medicação. O profissional da Saúde da Família se vê num jogo de adivinhação com pistas, e tende a entender o diagnóstico do paciente pelo que ele mesmo diz ou pela medicação prescrita, quando este leva ao consultório.

No intuito de enfrentar todo esse sofrimento gerado pelo trabalho na Estratégia de Saúde da Família os trabalhadores se utilizam de alguns mecanismos de enfrentamento que foram explicitados nesta pesquisa.

Esses mecanismos podem ser focalizados no problema, quando o trabalhador empenha seus esforços para modificar a situação que causa sofrimento, ou ainda focalizado na emoção, quando o trabalhador mantém seus esforços na tentativa de regular seu estado emocional para que não haja sofrimento. O enfrentamento pode ser ainda individual ou coletivo (SANCHES; SANTOS, 2013).

OS mecanismos de enfrentamento servem, além de auxiliar na resolução de problemas, para proteger o trabalhador das adversidades advindas do trabalho, se utilizando de uma cooperação entre pares. São também um sinal de alerta para a saúde psíquica do sujeito (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

A religião foi explicitada como uma forma de enfrentar o sofrimento. Cada trabalhador tem sua religião e a utiliza como um entendimento do subconsciente de que é necessário que “algo maior” se mobilize para resolver os problemas encontrados ou dar força para suportá-los. No estudo de Abrão e seus outros (2013), a religiosidade também foi utilizada como mecanismo de enfrentamento no intuito de minimizar o sofrimento.

Uma outra forma encontrada pelo trabalhador para minimizar o seu sofrimento foi “fazer o que ‘eles’ não fazem”. O trabalhador se coloca no lugar da gestão, suprindo a necessidade da unidade com suas próprias forças, comprando materiais, solucionando problemas, fazendo a manutenção do espaço, ou seja, buscando formas individuais de suprir as necessidades da organização do trabalho.

Uma forma de enfrentar o sofrimento é desenvolver um plano de ação a fim de possibilitar mudanças na situação que o causa (SANCHES; SANTOS, 2013). No caso do nosso estudo, esse plano de ação foi evidenciado quando o profissional criou um código virtual no intuito de não utilizar o tempo de outras atividades com a digitação dos dados durante a execução do PSE. Essa é uma forma de enfrentamento, visto que foi criado um caminho alternativo para os problemas da equipe.

A comunicação com a comunidade também tem sido utilizada como forma de explicar o que realmente está acontecendo na unidade e os porquês de qualquer tipo de deficiência na atenção à saúde do usuário e sua família, para tanto, as equipes de utilizam de reuniões periódicas com a comunidade e tentam se colocar de uma forma que elas possam entender os fatos e apoiar os trabalhadores. Além disso, a equipe põe seus esforços no atendimento humanizado a todo usuário que necessite das ações de saúde da unidade, colocando-se no lugar do usuário, ouvindo, acolhendo e se apropriando da dor do outro para que, através de um relacionamento direto haja uma compreensão mútua e assim, os sofrimentos sejam minimizados para ambas as partes.

Por fim, o trabalhador se fortalece no grupo. A sensação de pertencimento advinda do trabalho em equipe faz com que o trabalhador não se sinta só diante das dificuldades do cotidiano. Apoiando-se no grupo, desabafando, buscando soluções em conjunto e criando alternativas, o trabalhador se reinventa e renova suas forças, transformando o sofrimento do ambiente de trabalho em prazer, mantendo-se no equilíbrio, não necessariamente saudável, mas que não o faz adoecer.

O suporte social é um mecanismo de enfrentamento que tem por objetivo encontrar nas pessoas e no ambiente o suporte necessário para lidar com os problemas que causam o sofrimento. Este suporte social está relacionado à busca de apoio social, que neste caso é realizado através do diálogo com a comunidade, e tem por objetivo encontrar soluções para o problema; à busca de apoio emocional e

a busca de auxílio de profissionais, realizada junto à equipe de saúde com o objetivo de se sentir acolhido, e de ter opiniões profissionais que o auxiliem (SANCHES; SANTOS, 2013).

Assim, tanto as reuniões com a comunidade quanto as reuniões em equipe são avaliadas de forma positiva porque buscam definir estratégias coletivas, possibilitando o aprendizado por meio de troca de experiências, e ainda diminuem as angústias pessoais dos trabalhadores (KANNO et al., 2012).

Como solução aos problemas encontrados no estudo, e no intuito de mudar a organização do trabalho, conseqüentemente minimizando os achados geradores de sofrimento, os trabalhadores propõem que seja realizado um planejamento eficaz na saúde do município, baseado no planejamento estratégico, com participação ativa de todos os profissionais, desde a ponta. Eles acreditam que, sendo os problemas encontrados na USF ouvidos, poderão ser resolvidos de forma mais eficiente, transformando permanentemente uma parte do sofrimento em prazer.

7 CONCLUSÕES

- a) Os resultados encontrados apontam que o cotidiano laboral dos trabalhadores na Estratégia Saúde da Família nas unidades avaliadas é permeado por situações geradoras tanto de prazer como de sofrimento;
- b) O cotidiano laboral da equipe na Estratégia Saúde da Família perpassa por funções previamente conhecidas de cada um dos profissionais que compõem a equipe, mas também é permeado de funções extras que são adicionadas ao trabalho do profissional, seja pela ausência de pessoal, seja pela necessidade do dia a dia de fazer a unidade de saúde funcionar, gerando sobrecarga no serviço do profissional;
- c) O prazer na saúde da família está intimamente relacionado com a identificação com o trabalho e com a possibilidade de ser útil ao usuário e à comunidade. O trabalhador ele sente prazer quando é reconhecido pelo seu trabalho, quando percebe o usuário satisfeito e grato, mas também quando se vê como parte de algo, seja da comunidade, através da criação de vínculo, ou da equipe, demonstrado nas falas que dizem respeito ao trabalho em equipe, demonstrando a importância do sentimento de pertencimento.
- d) O sofrimento no trabalho está intimamente relacionado às condições de trabalho encontradas pelo trabalhador de saúde no cotidiano laboral, que vão desde a infraestrutura inadequada das unidades de saúde, falta de materiais, insumos e medicamentos, burocracia do sistema, insegurança, até baixas remunerações e sobrecarga. Estas muitas vezes dificultam ou impedem que o trabalhador realize seu trabalho de forma satisfatória, fazendo com que ele não consiga ajudar a comunidade como gostaria, e causando revolta nos usuários, aumentando assim sua sensação de sofrimento.
- e) Para minimizar o sofrimento e manter sua saúde mental, o trabalhador se utiliza de mecanismos de enfrentamento que transformam sua relação com a organização de trabalho, na tentativa de transformar o sofrimento, de forma criativa e coletiva, em prazer. As estratégias de enfrentamento encontradas neste trabalho estão relacionadas a propor soluções em conjunto, atuando em equipe, assim como ampliar e estreitar o contato com a comunidade, informando-os das reais necessidades da unidade, fazendo com que as soluções sejam coletivas, com participação de todos. Além disso, o

trabalhador se apega às suas religiões, como forma de pedir a um ser maior suas as mudanças necessárias, e faz com suas próprias mãos aquilo que pode, muitas vezes se apropriando de um dever que não é seu, aumentando sua sobrecarga, inclusive emocional.

- f) Há certa negligência com a saúde dos trabalhadores da saúde, em especial com a saúde mental destes. Faz-se necessário proporcionar uma melhor qualidade de vida àqueles que têm se doado em prol da vida de muitos. A promoção à saúde destes trabalhadores deve ocorrer dentro e fora do local de trabalho, por meio de estratégias que proporcionem o bem-estar do trabalhador, que estará diretamente ligado à melhoria do serviço prestado. O atendimento, tanto de prevenção quanto de tratamento, ao trabalhador em sofrimento deve ser realizado pelo mesmo sistema ao qual ele presta serviço, através de uma equipe multiprofissional que esteja capacitada a lidar com as questões relacionadas ao trabalho. Há ainda carência de estudos nesta área, evidenciando uma lacuna a ser desenvolvida no campo da saúde do trabalhador.
- g) Deve-se estimular e desenvolver propostas coletivas que visem melhorias nas condições de trabalho e na saúde destes trabalhadores.
- h) Destaca-se a importância de cuidar do cuidador, visto que ainda são grandes as lacunas da relação trabalho-saúde mental, o que limita a ação dos serviços que atendem os trabalhadores. Devem ser incentivadas novas pesquisas na área de saúde mental do trabalhador, em especial dos trabalhadores de saúde, para potencializar as ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos, ampliando os investimentos em ações e políticas públicas relacionadas ao cuidado envolvendo os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. M. S et al. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 730-737, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/14.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2019.

ARAGÃO, J. A et al. Ocorrência dos sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n.4, p. 341-346, dez. 2014.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, D. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n.2, p. 461-468, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2017.

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS- Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n.14, p. 03-14, set. 2009. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%20I_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf. Acesso em: 19 set. 2017.

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Mar. 2019.

AZEVEDO, A. C.; CONEJERO, M. C. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e Focus Group: alinhamento e contribuições para a pesquisa em Administração. In: Seminários em Administração, 19, 2016, São Paulo. **Anais**. São Paulo: FEA, USP, 2016. P. 1-13.

AZEVEDO, C. S. et al. Between protocols and subject: quality of hospital care in a hematology service. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00043817, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 mar. 2019.

BACKES, D. S. et al. Vínculo profissional- usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v.33, n.2, p. 222-229, 2015.

BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e Saúde Mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n.126, p. 306-315, 2012.

BARITIERI, T; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v.18, n.2, p.11-22, ago. 2012. Disponível em https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=pt&nrm=iso. acesso em 06 de dezembro de 2018.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. 1, p. 114-129, set. 2018.

BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam p trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 490-495, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de novembro de 2017.

BELLENZANI, R.; MENDES, R.F. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. **Caderno de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v.20, n.2, p. 239-253, 2012.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.6, n. 1, p.74-80, 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702005000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 de novembro de 2017.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.575-586, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n2436.pdf. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRAGA, L. S. et al. Sofrimento psíquico em trabalhadores da estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, p. 345-354, fev. 2013.

BRITO FILHO, F.H.; MARTINS, J.C.D. Experiências sobre tempo de trabalho e tempo livre para o ócio. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.4, n.2, p.26-34, 2013.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo social**, São Paulo, v.27, n.1, p73-93, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100073&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2017.

CARDOSO, A. C. M. Organização e intensificação do tempo de trabalho. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.28, n.2, p.351-374, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 dez. 2017.

CARREIRO, G.S.P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v.15, n. 1, p. 146-155, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a17.pdf>. Acesso em 15 mar. 2018.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNADES, R. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.41, n.17, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2018.

CHUEKE, G. V.; LIMA, M. C. Pesquisa qualitativa: evolução e critérios. **Revista Espaço Acadêmico**, São Paulo, v. 11, n. 128, p 63-69, jan. 2012.

COSTA, M. C et al. Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012.

DAVID H. M. S. L. et al. Organização do Trabalho de Enfermagem na Atenção Básica: Uma Questão para a Saúde do Trabalhador. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18 n.2, p. 206-214, abr-jun, 2009.

DEJOURS C. **A Loucura do Trabalho**: Estudo de psicopatologia do trabalho. 5. Amp. São Paulo: Cortez Oboré; 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV,2000.

DEJOURS, C. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, Lisboa, v.33, n.2, p. 9-28, 2013.

DEJOURS, C. et al. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento, trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Prod.**, São Paulo, v.14, n.3, p.27-34, set/dez, 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de julho de 2017.

DEJOURS, C. Trabalhar não é derrogar. **Laboral: Uma plataforma virtual sobre El Trabajo Real**, v.7, n.1, p76-80, 2011.

DEJOURS, C. Addendum – da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.47-104.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRILLAUD, F. Por um trabalho fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, Jun. 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901993000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 nov. 2017.

DIAS, M. S. A. et al. Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.

DUARTE, F. S.; MENDES, A. M. B. Da escravidão a servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. **Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 71-134, 2015.

DUARTE, M. L. C.; AVELHANEDA, J. C.; PARCIANELLO, R. R. A saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família: Percepções da Equipe de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, jun. 2013. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32582>. Acesso em: 22 set. 2017.

DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0255, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100444&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 mar. 2019.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 213-214, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Mar. 2019.

ELIAS, L; DALMAU, M. B. L.; BERNARDINI, I. S. A importância da gestão de conflitos nas relações de trabalho: um estudo de caso na secretaria de Bigauçu/SC. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 8, 2013.

FELIX JUNIOR, I.J.; SCHLINDWEN, V.L.D.C.; CALHEIROS, P.R.V. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estudos e pesquisas e Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 104-122, 2016.

FERNANDES, B. M. A. et al . Ansiedad en técnicos de enfermería de atención primaria. **Enfermería global**, Murcia, v. 17, n. 51, p. 90-122, 2018. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em 05 Mar. 2019.

FERREIRA, M. A.; MACIEL, R. H. M. O. Psicologia, saúde e trabalho: um estudo sobre as práticas de promoção de saúde no trabalho de psicólogos no Ceará. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 33, n. 81, p. 266-281, 2015.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.25, n.1, p.129-136, 2013.

FINAZZI-SANTOS, M. A.; SIQUEIRA, M. V. S. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n.123. p. 71-83, 2011.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiras da Atenção Básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 709-724, set/dez. 2017.

FRANCO, T; DRUCK, G; SILVA, E. S. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.122, p. 229-248, 2010.

GARCIA, A. C. P. et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2015.

GEMMA, S. F. B.; FUENTES-ROJAS, M.; SOARES, M. J. B. Agentes de limpeza terceirizados: entre o ressentimento e o reconhecimento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 42, e4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572017000100203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIONGO, C.R.; MONTEIRO, J.K.; SOBROSA, G.M.R. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: Revisão Sistemática de Literatura. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v.23, n.4, p. 803-814, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 5, n. 1, p. 7-14, 2017.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011.

GLANZNER, C. H. et al. Avaliação de indicadores de vivências prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre v. 38, n. 4, 2017.

GOULART, F. Marx e Marcuse: acerca da alienação do homem e seu trabalho. **Revista Opinião Filosófica**, Porto Alegre, v.5, n.1, p. 218-231, 2014.

GRUPO KRISIS. **Manifesto contra o trabalho**. Tradução de Heinz Dieter Heidemann e Cláudio Duarte. São Paulo: Cadernos do LABUR, 1999.

GUANAES-LORENZI, C; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.8, p. 2537-2546, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de dezembro de 2017

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: O método clínico de intervenção e investigação. **Prod.**, São Paulo, v.14. n.3, p. 77-86, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de 2016**. Jaboatão dos Guararapes: SMS, 2017.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes-PE, 2014-2017**. Jaboatão dos Guararapes: SMS, 2013.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 430 de 18 de agosto de 2010**: Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos. Jaboatão dos Guararapes: SMS, 2010

JACOWSKI, M. et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p.1-9, 2016.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2019.

KATSURAYAMA, M.; PARENTE, R. C. P.; MORETTI-PIRES, R. O. O trabalhador no programa saúde da família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-198, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100183&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.414-419, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2017.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, jun. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 fev. 2019.

LACERDA, M. R.; LABRONCI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 359-364, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2017.

LACERDA, R. B. et al. Contexto de trabalho e síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da estratégia Saúde da Família. **Cultura de los Cuidados**, Alicante, v.20, n.44, p.91-106, 2016.

LANCMAN, S., UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade. **Cadernos de Psicologia Social e Trabalho**, São Paulo, v.6, p.77- 88, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS), **EDUCS**, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.10, n.20, p.517-524, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso m 15 de janeiro de 2018.

LHUILIER, D. Trabalho. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 483-492, 2013.

LIMA, A. Trabalho e Ação Política em Marx. **Ethic@**, Florianópolis, v.10, n.2, p.341-364, dez, 2011.

LIMA, E. C.; OLIVEIRA NETO, C. R. O. Precarização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva brasileira. **Revista espaço Acadêmico**, Maringá, n.191, p.97-105, abr. 2017.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 17-24, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100017&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 10 fev. 2018.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, Set. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 fev. 2019.

LOPES, J. M. C. 40 horas na ESF? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n.18, p.17-18, 2011.

LOUSADA, R. S. M. L.; OLIVEIRA, P. T. R. Reflexões sobre a metodologia de pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho. **Revista. NUFEN** [online], Belém, v.5, n.1, p. 26-35, 2013.

MACEDO, F. R. M. et al. Satisfaction level of nurses acting in Family health strategy. **Journal of Nursing UFPE** [online], Recife, v.9, n.11, p.9671-9578, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10755>. Acesso em 15 jan. 2018.

MAGALHÃES, R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1427-1436, jul. 2015.

MAIA, M. A. B.; OSÓRIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.1, p. 71-81, 2004.

MARANGONI, V.S.L. et al. Afastamento laboral por transtornos mentais entre os servidores da Prefeitura Municipal de Manaus: uma análise preliminar. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.37, n.2, p.13-24, jul/dez, 2016.

MARINHO, M. C. L. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. **Trabajo Social Global.**, Granada, v.5, n.8, p.90-115, 2015.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.4, n.3, p.426-433, 2007.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1667-1676, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600018&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2018.

MARX, K. **A capital- crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant' Anna. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1987. Livro 1. V. L.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, M. C. P. Discussão de famílias na Estratégia Saúde da Família: processo de trabalho em construção **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n. 3, p. 603-610, 2011.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, métodos e pesquisas. São Paulo: casa do psicólogo, 2007.

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. Perspectivas do uso da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: Teoria, Pesquisa e Ação. **Cadernos de Psicologia Social e do trabalho**, São Paulo, v.12, n.2, p141-156, dez. 2009.

MILANEZ, T. C. M. et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas e fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p.184-190, 2018.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 de agosto de 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.33, n.118, p.06-16, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2017.

NASCIMENTO, D. D. G.; MORAES, S. H. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Family Health Support Center: suffering from the perspective of psychodynamics of work. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03423, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100409&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2019.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 846-852, out. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500846&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

NETTO, L. F. S. A.; RAMOS, F. R. S. Cultura, Identidade e Trabalho: Inter-relação de conceitos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 213-222, abr/jun. 2000

NEY, M. S., RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2017.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.639-1.646, 2002.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2, p. 265-271, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, I. V. S. et al. Morbidade autorreferida por trabalhadores das equipes de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 461-468, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200461&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2017.

PIRES, D; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p. 508-514, jul-set, 2006.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n. 23, p. 655-666, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2017.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438-446, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2018.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 fev. 2018.

RIQUINHO, D. L. et al. O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dificuldade e a potência. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 163-182, jan/abr. 2018.

RODRIGUES, P. F. V.; BELLINI, M. I. B. A organização do trabalho: as repercussões na saúde do trabalhador e sua família. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 345-347, 2010.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

SÁ, M. C., AZEVEDO, C.S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2345-2354, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 jan. 2018.

SALMON, A. A empresa neoliberal: da ordem espontânea à ordem moral. **Sociologias**, Porto Alegre, v.19, n.45, p. 230-256, maio/ago. 2017.

SANTOS, B. P.; NUNES, F. N.; NOGUEZ, P. T.; ROESE, A. The bond as a soft technology in the daily routine of the Family Health Strategy: perception of the user. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v.34, n.1, p. 189-197, 2016.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros d PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41 (Esp), p. 777-781, 2007.

SCHAFF, A. **O marxismo e o indivíduo**. Tradução de Heidrun Mendes da Silva. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

SCHERER, M. D. A. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.89-104, nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2017.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, p. 2405-2414, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2018.

SILVA, C. C. S. et al. O. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba- Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 15, n. 1, p. 205-214, 2013.

SILVA, F. D. 40 horas na ESF? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 15-16, 2011.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. El trabajo en equipo del PSF: investigando la articulación técnica y la interacción entre los profesionales, **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n.2, p. 196-201, 2011.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre as condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 47-58, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200047&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2017.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)Ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.113-128, 2015.

SIQUEIRA, L.B.; ALENCAR, O.L.G.; AQUINO, C.A.B. Atividade humana: Compreendendo a trajetória do trabalho na contemporaneidade. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.3, n.1, p.80-93, 2012.

SORATTO, J. et al. Job dissatisfaction among health professionals working in the Family health strategy. **Texto Contexto- enferm**, Florianópolis, v. 26, n.3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2018.

STECHEER, A. La empresa flexible como dispositivo de gobierno. Aportes de la Analítica de la Gubernamentalidad al estudio de las subjetividades laborales em América Latina. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 14, n. 5, p. 1779-1794, 2015.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 23, n.1, p.11-30, 2011.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2017.

TRINDADE, L. L. et al. Trabalho na Estratégia Saúde da Família: Implicações nas cargas de Trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enferm.**, v.19, n.3, p.528-535, 2014.

TSCHIEDEL, R. M.; MONTEIRO, J. K. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 18, n. 3, p. 527-535, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 fev. 2019.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu v.16, n.40, p. 149-160, 2012.

VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

VILLA, E. A.; ARANHA, A. V. S.; SILVA, L. L. T.; FLÔR, C. R. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.107, p.1044-1052, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre, Bookman, 2001

APÊNDICE A- ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

TEMPO	PERGUNTA
30 min	Quem sou eu, o trabalhador? Quem sou eu na equipe?
Conhecer a identidade do trabalhador e como este se vê no trabalho em equipe.	
Dinâmica de apresentação – Distribuir revistas entre os trabalhadores, solicitar que eles encontrem uma figura que os represente enquanto trabalhadores e uma que represente seu papel na equipe. Estimular, durante a apresentação, a explicação da escolha da figura.	

TEMPO	PERGUNTA
30 min	O que eu faço? O que ele faz? O que nós fazemos?
Conhecer os afazeres cotidianos do trabalhador e da equipe.	
Escrever a função de todos os trabalhadores em um papel e sortear cada papel separadamente. Perguntar aos demais trabalhadores (exceto o que exerce a função sorteada) quais as atividades que aquele trabalhador executa no seu dia-a-dia laboral. Em seguida, perguntar ao trabalhador que executa a função sorteada se concorda ou discorda do que foi levantado e o porquê. Facilitar o debate.	

TEMPO	PERGUNTA
60 min	O que nos dá prazer no trabalho que executamos?
Identificar as situações geradoras de prazer/ satisfação/ alegria no cotidiano profissional da equipe	
Oferecer ao grupo um cartaz em branco, lápis colorido e hidrocor, e solicitar que através de uma tempestade de ideias, relatem, no papel, as situações que geram prazer no trabalho. Em seguida, discutir cada uma das situações colocadas, estimulando o compartilhamento de situações reais em que sentiram prazer.	

TEMPO	PERGUNTA
45 min	O que nos causa sofrimento no trabalho que executamos?
Identificar as situações geradoras de sofrimento/ tristeza/ angústia no cotidiano profissional	

Oferecer ao grupo um cartaz em branco, lápis colorido e hidrocor, e solicitar que através de uma tempestade de ideias, relatem, no papel, as situações que geram sofrimento no trabalho. Em seguida, discutir cada uma das situações colocadas, estimulando o compartilhamento de situações reais em que se sentiram em sofrimento.

TEMPO	PERGUNTA
45 min	Como enfrentamos o sofrimento gerado pelo nosso trabalho?
	Identificar os mecanismos de enfrentamento utilizados pela equipe no intuito de transformar o sofrimento em prazer
	Se utilizar de roda de conversa, estimulando o relato das histórias vividas pela equipe

TEMPO	PERGUNTA
30 min	O que a equipe mudaria no seu cotidiano de trabalho, no intuito de torna-lo mais prazeroso?
	Estimular a abstração e trazer a tona os reais desejos da equipe, em uma situação de discussão, debate e priorização de desejos
	Solicitar que a equipe discuta entre si, e traga a tona uma única coisa que mudaria no seu cotidiano de trabalho, tornando-o mais prazeroso.

APÊNDICE B- PROJETO DE INTERVENÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade fundamental para o funcionamento de uma sociedade e a formação da identidade de um sujeito. Este trabalho pode gerar no trabalhador, tanto prazer quando sofrimento. A organização do trabalho ocupa um papel importante no entendimento deste processo, estando ligada ora ao prazer, ora ao sofrimento, e sempre relacionada à saúde mental do trabalhador (SHIMIZU; ALVÃO, 2012; RODRIGUES; BELINI, 2010).

A relação prazer- sofrimento relacionada à organização do trabalho foi estudada por Christophe Dejours através de seus pensamentos sobre a Psicodinâmica do Trabalho. Através destes estudos, Dejours procurou entender as dinâmicas que, no trabalho, conduziam ao prazer e ao sofrimento, assim como as estratégias de enfrentamento individuais ou coletivas utilizadas pelos trabalhadores para transformar a sua relação com a organização do trabalho, minimizando o sofrimento, transformando-o em prazer. (DEJOURS, 1992; GIONGO, 2015)

Segundo Dejours, o trabalhador entra em sofrimento quando sente-se em conflito com a organização do trabalho, ou seja, quando todas as possibilidades de adaptação ao trabalho já foram utilizadas, gerando fadiga. Esta fadiga pode não ser apenas individual, mas afetar o coletivo, e, portanto, esta teoria visa o coletivo de trabalho e busca estratégias pensadas coletivamente para evitar o sofrimento em busca de prazer. (DEJOURS, 2011)

Na Estratégia Saúde da Família, essas dinâmicas que ora geram prazer, ora geram sofrimento, ainda não têm sido suficientemente estudadas. Por ser uma organização do trabalho recente, e com propostas inovadoras para o trabalho em saúde, torna-se um grande desafio para a adaptação dos trabalhadores, especialmente, levando em consideração a necessidade de responsabilização pelo território, criação de vínculo, trabalho em equipe, inserção na comunidade, descentralização e vários outros aspectos (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011; GLANZ; OLSCHOWSKY, 2017).

Através deste estudo foi possível conhecer os aspectos que causam tanto prazer quanto sofrimento na equipe de Saúde da Família, e os mecanismos utilizados por esta para enfrentar o sofrimento, ressignificando-o em prazer.

A Psicodinâmica do trabalho não é apenas uma Teoria, está diretamente relacionada a ação. Segundo Dejours, quando os trabalhadores são ouvidos e ouvem, estes se identificam uns nos outros, e podem, através da experiência do outro, repensar suas práticas e construir mecanismos de enfrentamento coletivos que os auxiliem na luta contra o sofrimento (LOUZADA; OLIVEIRA, 2013).

Assim, a proposta de intervenção deste estudo tem início em seus grupos focais, onde os trabalhadores falam e escutam, compartilham com seus pares momentos de prazer e sofrimento vividos no cotidiano laboral e assim podem se apoiar e se ajudar. Além disso, esse estudo reflete junto aos trabalhadores como estes têm enfrentado seus sofrimentos, tanto de forma individual como coletiva, mantendo a saúde mental estável; e ainda estimula a construção coletiva de soluções que melhorem a relação do trabalhador com a relação do trabalho, transformando o sofrimento em prazer.

Diante da impossibilidade de realizar este estudo com as mais diversas equipes distribuídas em todo o território do município, a intervenção se propõe a disseminar o que foi encontrado nas equipes estudadas com as demais, alertando os profissionais sobre a necessidade de refletir sobre o trabalho. Além disso, esta intervenção chega ao Conselho Municipal de Saúde, órgão responsável pelo acompanhamento do direcionamento da saúde no município, através de usuários, gestores e trabalhadores; e ao Sindicato dos Servidores Municipais, para que haja fiscalização e luta por uma organização do trabalho que não adoeça seus profissionais.

Essa intervenção se justifica na necessidade de cuidar do cuidador, visto que o processo de trabalho em saúde já é tido como responsável pelo desgaste emocional do trabalhador, influenciando sua vida tanto social como profissional. E ainda, causando queda de produtividade, dificuldade de relacionamento, uso abusivo de álcool e outras drogas, etc. Estas consequências negativas para o trabalhador podem, inclusive, gerar consequências piores para o usuário que será acompanhado por um cuidador em sofrimento mental.

2 OBJETIVO GERAL

Sensibilizar profissionais, gestores e usuários em relação ao prazer e sofrimento relacionados à organização do trabalho sentidos pelo profissional na Estratégia Saúde da Família, e seus possíveis agravos à saúde mental do trabalhador.

2.1 Objetivos específicos

- a) Estimular nos profissionais envolvidos na pesquisa a discussão, a reflexão e a proposição de mudanças voltadas à redução do sofrimento no trabalho;
- b) Discutir junto aos profissionais da ESF a respeito da influência do trabalho na saúde mental do trabalhador, auxiliando a estruturação de mecanismos de enfrentamento do sofrimento;
- c) Alertar os conselheiros municipais de saúde (trabalhadores, usuários e gestores) sobre a importância de cuidar do cuidador, em especial de sua saúde mental;
- d) Subsidiar discussões sindicais a respeito do prazer e sofrimento do trabalhador, relacionado ao trabalho.

3 MÉTODO

3.1 Cenário da Intervenção

A intervenção ocorrerá no município de Jaboatão dos Guararapes onde a pesquisa foi realizada. O município possui população estimada em 691.125 habitantes, numa área de 258,694 km², estabelecendo uma densidade demográfica de 2.491,82 hab/km² e faz parte da Região Metropolitana do Recife - RMR (IBGE, 2010).

A critério administrativos, o município de Jaboatão dos Guararapes é dividido em sete regionais – Jaboatão Centro, Cavaleiro, Curado, Muribeca, Prazeres, Praias e Guararapes.

Em relação às Equipes de Saúde da Família, estão distribuídas da seguinte forma, no município: Regional I (Jaboatão Velho) - 20 eSF; Regional II (Cavaleiro)- 20 eSF; Regional III (Curado)- 7 eSF; Regional IV (Muribeca)- 8 eSF; Regional V

(Prazeres)- 19 eSF; Regional VI (Praias)- 17 eSF; e Regional VII (Guararapes)- 10 eSF; totalizando uma cobertura pela Estratégia Saúde da Família de 50,92%%.

3.2 Sujeitos

- Profissionais das ESF participantes da pesquisa
- Profissionais de Saúde das USF do Município
- Profissionais, gestores e usuários através do Conselho Municipal de Saúde
- Representantes do Sindicato dos Servidores Municipais

3.3 Estratégias Utilizadas

- Convidar os profissionais participantes da pesquisa para apresentação os achados e discussão de possíveis soluções;
- Solicitar junto ao município pauta em reuniões de gestão compartilhada de todas as regionais para apresentação dos achados da pesquisa, dando subsídios aos trabalhadores em relação a discussão do agravo à saúde mental dos mesmos relacionado à organização do trabalho
- Solicitar pauta junto ao CMS no intuito de apresentar os achados da pesquisa, enfatizando o papel do Conselho de Saúde no apoio aos trabalhadores do SUS, e consequentemente à saúde do usuário
- Solicitar pauta em reunião junto as representações sindicais no intuito de apresentar os achados da pesquisa, enfatizando o papel dos sindicatos na luta por melhores condições de trabalho, tornando-as cada vez mais salubres.

3.4 Resultados Esperados

- Profissionais conscientes do papel do trabalho influenciando sua saúde mental e atuantes no intuito de discutir melhorias.
- Profissionais conscientes do papel do trabalho influenciando sua saúde mental e dos mecanismos de enfrentamento utilizados por outros profissionais que realizam as mesmas atividades.

- Conselho Municipal de Saúde empoderado sobre a temática, e envolvido nas discussões referentes à saúde mental do trabalhador de saúde.
- Levantamento de discussões sindicais a respeito da saúde mental do trabalhador de saúde.

4 AVALIAÇÃO

Os resultados da intervenção podem ser avaliados pelos próprios trabalhadores através da melhoria de sua relação com a organização do trabalho, desde o momento do grupo focal, até após a discussão com o sindicato e as possíveis ações que este possa realizar, visto que o próprio estudo já é o primeiro passo desta intervenção.

REFERÊNCIAS

DEJOURS C. **A Loucura do Trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho.** 5. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez Oboré; 1992.

DEJOURS, C. Trabalhar não é derrogar. **Laboral:** Uma plataforma virtual sobre El Trabajo Real, v.7, n.1, p76-80, 2011.

GIONGO, C.R.; MONTEIRO, J.K.; SOBROSA, G.M.R. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: Revisão Sistemática de Literatura. **Temas em Psicologia**, v.23, n.4, p. 803-814, 2015.

GLANZN, C. H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 5, n. 1, 2017.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LOUSADA, R. S. M. L.; OLIVEIRA, P. T. R. Reflexões sobre a metodologia de pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho. **Revista. NUFEN** [online], v.5, n.1, p. 26-35, 2013.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 196-201, 2011.

APÊNDICE C- TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O olhar da Psicodinâmica do Trabalho sobre o cotidiano da equipe na Estratégia de Saúde da Família: entre o prazer e o sofrimento.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**O olhar da Psicodinâmica do Trabalho sobre o cotidiano da equipe na Estratégia de Saúde da Família: entre o prazer e o sofrimento**”, desenvolvida pela pesquisadora Marcia Santos Brasil de Souza, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública vinculado ao Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel e coorientação da Dra. Aline do Monte Gurgel.

O objetivo central do estudo é analisar a influência da organização do trabalho no prazer e sofrimento da equipe na Estratégia de Saúde da Família no cotidiano laboral.

O convite a sua participação se deve à ser trabalhador de uma equipe de saúde da família do referido município a mais de 1 ano e estar executando suas atividades cotidianamente a mais de 3 meses ininterruptos. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Serão tomadas medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas:

- Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, se não os objetivos da pesquisa;

- Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, seus dados de identificação serão trocados por letras e números;
- O material coletado será armazenado em local seguro, e destruído logo após a transcrição.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a eventuais constrangimentos perante pessoas e instituições, caso dados sobre sua identidade venham a público. No entanto, será garantido que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. Esse estudo não acarretará nenhum dano a sua saúde e, será resguardado o sigilo das informações referentes aos nomes dos participantes do grupo. Os benefícios relacionados à sua participação poderão contribuir para o desenvolvimento de medidas alternativas relacionados ao prazer e sofrimento do trabalhador visando futuras intervenções ao problema.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, assim como participar de duas sessões de grupo focal junto à sua equipe de saúde da família. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 60 minutos, e o do grupo focal, 240 minutos, divididos em duas sessões de 120 minutos, cada. A entrevista, assim como as sessões em grupo serão gravadas, e logo após transcritas na íntegra, e somente terão acesso as mesmas os pesquisadores envolvidos. Todo material da pesquisa será mantido em arquivo por, pelo menos, 5 anos, conforme resolução 466/12 e orientações do CEP/IAM, e com o fim deste prazo será descartado.

Informamos que você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. Os resultados desta pesquisa serão apresentados aos participantes, com divulgação nas unidades de saúde da família a ser discutida com o município, o conselho de saúde e o sindicato dos servidores municipais. Além disto, a pesquisa propõe uma intervenção de sensibilização a respeito de seus achados a ser realizada junto ao Conselho Municipal de Saúde e ao Sindicato dos Servidores Municipais de Saúde. Estas informações ainda poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, estando resguardada a identidade dos envolvidos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra ficará de posse do pesquisador responsável, ambas com as assinaturas (do participante e do pesquisador) na última página.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Contato com o Pesquisador Responsável

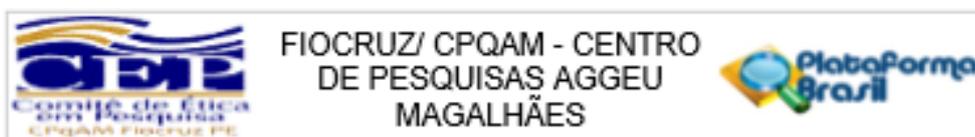
Marcia Santos Brasil de Souza – Discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública IAM/ FIOCRUZ - marciasbrasils@gmail.com – (81) 999005993

Pesquisador

Marcia Santos Brasil de Souza

Eu, _____, sob RG _____ - Órgão Expedidor- _____/ _____, declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O olhar da Psicodinâmica do Trabalho sobre o cotidiano da equipe na Estratégia de Saúde da Família: entre o prazer e o sofrimento**” e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)



Continuação do Parecer: 2.010.130

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 09 de Agosto de 2018

Assinado por:

Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **Cep:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br