



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Denise de Oliveira Vedotto

**HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA CONVERGENTE-
ASSISTENCIAL**

**Santa Maria, RS
2017**

Denise de Oliveira Vedootto

**HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA PROPOSTA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Co-orientadora: Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vedootto, Denise de Oliveira
Humanização no contexto do trabalho em estratégia
saúde da família: uma proposta convergente-assistencial /
Denise de Oliveira Vedootto.- 2017.
173 p.; 30 cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientador: Rosângela Marion da Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Enfermagem 2. Saúde do trabalhador 3. Humanização
da Assistência 4. Estratégia Saúde da Família I. Beck,
Carmem Lúcia Colomé II. Silva, Rosângela Marion da III.
Título.

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Denise de Oliveira Vedootto. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: dvedootto@bol.com.br

Denise de Oliveira Vedotto

**HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA PROPOSTA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovada em 29 de março de 2017:

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)

Juliana Petri Tavares, Dra.(UFRGS)
(1ª Examinadora)

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)

Mercedes Trentini, Dra. (UFSC)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

DEDICO ESTE TRABALHO À MINHA FAMÍLIA, AOS MEUS PAIS IONE E VALDEMAR, COM TODO MEU AMOR E GRATIDÃO, POR TUDO QUE FIZERAM POR MIM AO LONGO DE MINHA VIDA. DESEJO PODER TER SIDO MERECEDOR DO ESFORÇO DEDICADO POR VOCÊS EM TODOS OS ASPECTOS, ESPECIALMENTE QUANTO À MINHA FORMAÇÃO.

RESUMO

HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

AUTORA: Denise de Oliveira Vedotto
ORIENTADORA: Carmem Lúcia Colomé Beck
CO-ORIENTADORA: Rosângela Marion da Silva

Este estudo sobre a humanização no contexto do trabalho em saúde se propõe a oportunizar uma reflexão nos espaços coletivos acerca do cotidiano laboral, compreender os significados subjetivos e contribuir para favorecer e valorizar o potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nos serviços de saúde, com vistas à promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. Diante disso, se estabeleceu como questões de pesquisa: Quais as percepções de trabalhadores de saúde acerca da humanização no contexto do trabalho? Quais as possibilidades de ações assistenciais com trabalhadores de saúde na busca de um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho? Teve como objetivos: compreender as percepções de trabalhadores de saúde acerca da humanização no contexto do trabalho e realizar ações assistenciais com trabalhadores de saúde na busca de um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho. A pesquisa foi qualitativa, com abordagem Convergente-Assistencial. O cenário foi uma Estratégia de Saúde da Família localizada em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram trabalhadores de saúde inseridos neste contexto, contemplando um total de quinze participantes. Neste estudo, os dados foram produzidos por meio da técnica da observação participante, entrevista semiestruturada e grupos de convergência. Após, a análise dos dados foi composta pelas fases propostas pelo método da Pesquisa Convergente Assistencial. Os resultados apontam que a humanização no contexto do trabalho está intrínseco a fatores subjetivos do trabalhador e elementos que influenciam no contexto do trabalho. Os trabalhadores percebem relações verticalizadas entre gestores e trabalhadores e dificuldades na relação com usuários, porém há uma efetividade e cooperação no trabalho em equipe entre os trabalhadores da ESF. Ainda, os participantes sentem-se desvalorizados em sua maioria, sejam por condições salariais inadequadas, poucas ações de capacitação e excesso de atividades. Percebem situações que podem potencializar o sofrimento/adoecimento do trabalhador, com necessidade de diálogo e espaços de discussão. A convergência com a prática efetivou-se por meio de grupos com os trabalhadores da ESF, em que se contribuiu para valorização da subjetividade dos trabalhadores a partir de uma prática assistencial interdisciplinar nos grupos de convergência com protagonismo dos sujeitos. Conclui-se que há necessidade de pesquisas relacionadas à humanização no contexto do trabalho, com perspectiva de mudanças no âmbito das organizações dos serviços de saúde envolvendo a análise dos processos de trabalho, dos modos de trabalhar, de se relacionar, de resistir a adoecimentos, de pensar, sentir e viver.

Descritores: Enfermagem. Saúde do trabalhador. Humanização da Assistência. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

HUMANISATION IN THE CONTEXT OF THE WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: A CONVERGENT-HEALTHCARE PROPOSAL

AUTHOR: DENISE DE OLIVEIRA VEDOOTTO
ADVISER: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
COADVISER: ROSÂNGELA MARION DA SILVA

This study on the humanization in the context of the work in health aims to create opportunities for reflection on collective spaces about daily life, understand the subjective meanings and contribute to promote and enhance the inventive potential of subjects working in the health services, with a view to promoting health and quality of life at work. Given this, it established as research issues: What are the perceptions of health workers about the humanization in the work context? What are the possibilities of assistance actions with health workers in search of a movement of reflection about the humanization in the work context? Had as objectives: understand the perceptions of health workers about the humanization in the context of the work and carry out assistance actions with health workers in search of a movement of reflection about the humanization in the context of the work. The research was qualitative, with Convergent approach-Assistance. The scenario was a family health Strategy located in a municipality in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. The participants were health workers inserted in this context, comprising a total of Fifteen participants. In this study, the data were produced through the technique of participant observation, semi-structured interview and convergence groups. After the analysis of the data was made up of the stages proposed by Convergent Healthcare Research method. The results indicate that the humanisation in the context of the work is intrinsic to subjective factors and elements that influence in the context of the work. The workers realize vertical relations between managers and workers and difficulties in the relationship with users, but there's a effectiveness and cooperation teamwork among employees of the ESF. Still, participants sit devalued in your most inappropriate, wage conditions, few training actions and excessive activities. Understand situations that may increase the pain/illness of the worker, with need for dialogue and discussion spaces. Convergence with the practice was accomplished through groups with workers of the ESF, which contributed to the enhancement of workers subjectivity from an interdisciplinary health care practice in groups of convergence with prominence of the subject. It is concluded that there is a need for research related to humanization in the context of the work, with the prospect of changes within the health services organizations, involving analysis of work processes, methods of work, to relate, to resist the adoecimentos to think, feel and live.

Descriptors: Nursing. Worker's health. Humanization of assistance. The family health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Imagens dos cartazes confeccionados pela pesquisadora na realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016	134
Figura 2 –	Imagens dos cartazes confeccionados pela pesquisadora na realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016	134
Figura 3 –	Imagem da realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016	135
Figura 4 –	Imagem dos cartazes descritos pelos trabalhadores na realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	137
Figura 5 –	Imagem dos cartazes descritos pelos trabalhadores na realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	137
Figura 6 –	Imagem da finalização do grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos resultados em cada etapa da seleção de estudos na base Lilacs. Santa Maria, RS, Brasil	36
Tabela 2 – Descrição dos resultados em cada etapa da seleção de estudos na base PubMed. Santa Maria, RS, Brasil	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo do processo de codificação das informações	58
Quadro 2 – Códigos utilizados para categorização dos dados.	59
Quadro 3 – Síntese dos achados	60
Quadro 4 – Categorias e subcategorias definidas no processo de síntese	60

LISTA DE SIGLAS

ACS:	Agente Comunitário de Saúde
APS:	Atenção Primária em Saúde
CAP:	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPES:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS:	Centro de Ciências da Saúde
CEP/UFMS:	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria
CEPEn:	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEREST:	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CONASS:	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF:	Estratégia Saúde da Família
GAP:	Gabinete de Projetos
LILACS:	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS:	Ministério da Saúde
NA:	Notas de Assistência
NASF:	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE:	Notas de Entrevista
NEPES:	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NG:	Notas de Discussão em Grupo
NO:	Notas de Observação
PCA:	Pesquisa Convergente-Assistencial
PFST:	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PMAQ- AB:	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH:	Política Nacional da Humanização
PNHAH:	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PUBMED:	PublicMedline
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS:	Unidade Básica Tradicional
UFMS:	Universidade Federal de Santa Maria
UR:	Unidades de Registro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	OBJETIVOS.....	25
2	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
2.2	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A INTERFACE COM A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	28
2.3	ESTUDO DAS TENDÊNCIAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	34
2.4	A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHADORES DE SAÚDE.....	35
2.4.1	Resultados e Discussão dos artigos analisados	38
2.4.2	Concepção da humanização sob a óptica dos trabalhadores de saúde	39
2.4.3	Aspectos limitadores da humanização no contexto dos trabalhadores de saúde	40
2.4.4	Avanços e limites das pesquisas analisadas	41
3	MÉTODO	43
3.1	A PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL	43
3.2	A ESCOLHA DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL.....	45
3.2.1	Fase de Concepção	45
3.2.2	Fase de Instrumentação	46
3.2.2.1	<i>Tipo de estudo</i>	46
3.2.2.2	<i>Cenário do estudo</i>	47
3.2.2.3	<i>Participantes do estudo</i>	48
3.2.2.4	<i>Produção dos dados</i>	49
3.2.3	Fase de Perscrutação	49
3.2.3.1	<i>Observação sistemática participante</i>	50
3.2.3.2	<i>Entrevista semiestruturada</i>	51
3.2.3.3	<i>Grupos de Convergência</i>	52
3.2.4	Fase de Análise	56
3.2.4.1	<i>Processo de Apreensão</i>	57
3.2.4.2	<i>Síntese</i>	59
3.2.4.3	<i>Teorização</i>	61
3.2.4.4	<i>Transferência</i>	61
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	61
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	65
4.1	A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	65
4.1.1	Percepções acerca da humanização no contexto do trabalho	67
4.1.2	Desvalorização do trabalhador como contraponto aos processos de humanização	73
4.1.2.1	<i>Necessidade de valorização pelo trabalho efetivo</i>	75
4.1.2.2	<i>Desvalorização por condições salariais precárias</i>	76
4.1.2.3	<i>Poucas ações de capacitação desvalorizam o trabalhador</i>	77
4.1.2.4	<i>Desvalorização por gestores</i>	79
4.1.2.5	<i>A Valorização é reconhecimento de usuários e equipe de ESF no âmbito laboral</i> ...	79
4.1.3	Organização do trabalho na ESF e relação tríade trabalhador-usuários e gestores	81
4.1.3.1	<i>A organização na conjuntura real do trabalho</i>	82

4.1.3.2	<i>A precariedade na estruturação física da ESF</i>	87
4.1.3.3	<i>Relação tríade trabalhadores-gestores-usuários</i>	91
4.1.3.4	<i>Cooperação e comunicação eficaz entre equipe de trabalhadores da ESF como fator positivo para a organização do trabalho</i>	99
4.1.4	Efeitos do trabalho na saúde: uma análise de aspectos causadores de sofrimento/adoecimento do trabalhador	101
4.1.4.1	<i>Causas do sofrimento e adoecimento do trabalhador e situações adversas</i>	104
4.1.4.2	<i>Sinais de alerta para o sofrimento/adoecimento dos trabalhadores da ESF</i>	119
4.2	VALORIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE DO TRABALHADOR: UM CAMINHAR PARA A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE	123
4.2.1	Trabalho criativo e valorizado: Construção ampliada de valorização do trabalho em saúde	124
4.2.2	Novas perspectivas em saúde do trabalhador e benefícios da humanização no contexto do trabalho	141
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
	REFERÊNCIAS	151
	APÊNDICES	159
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA PARTICIPANTE	161
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	162
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	163
	APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS	166
	ANEXOS	167
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	169
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	170

1 INTRODUÇÃO

O contexto da saúde tem perpassado por inúmeras transformações no decorrer da história, sendo relevante mencionar os movimentos sociais, políticos e governamentais, os quais propuseram melhorias nos serviços de saúde.

A reforma sanitária é tida como um marco das políticas públicas do Brasil, não apenas como um processo tecnoburocrático ou gerencial, mas também como aprimoramento de nossa experiência civilizatória. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para o aperfeiçoamento de nossa própria experiência como sociedade, apontando para fatores como a defesa da democracia, o controle social, a universalização de direitos e a humanização do cuidado (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Diante disso, houve contribuições significativas para as propostas relativas à proteção, promoção e recuperação da saúde, posteriormente promulgadas pela Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, reconhecendo o usuário como sujeito desse contexto. Percebe-se um ideário de reforma como perspectiva de reflexão para o campo das práticas de saúde, colocando em análise as instituições, as quais se encontram em constante necessidade de modificação (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, foram implementadas políticas públicas de saúde que visam a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e organização dos serviços, através de objetivos que buscam mudanças nos modelos de atenção à saúde. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH) que foi implementada a partir de 2002, como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente. Nesta perspectiva, a humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde, quais sejam os usuários, os trabalhadores e os gestores (BRASIL, 2004).

O campo de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) revela-se como um locus privilegiado para analisar os desafios respectivos à possibilidade de inserir, na prática, as diretrizes da PNH. Esse é um espaço coletivo de complexidade da atenção, envolvendo a relação entre sujeitos e trabalhadores. Além do mais, é necessária a responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade e acompanhamento das famílias (BRASIL, 2008a).

Ao problematizar a questão da humanização em saúde a partir da perspectiva do trabalho e do trabalhador no contexto da ESF, assume-se o pressuposto de que esse cotidiano é um foco privilegiado para se avaliar a articulação entre condições e formas de organização, saúde no trabalho, humanização e espaços de valorização e reconhecimento do trabalhador,

pois esses podem contribuir para o delineamento de estratégias no coletivo, com vistas à melhoria na qualidade dos serviços.

Além do mais, com a expansão da ESF, sobretudo com suas particularidades, aumentam cada vez mais as insatisfações e reivindicações das equipes. Na compreensão de precarização, estudos apontam até 80% de situações em que os profissionais não são cobertos por direitos básicos. Portanto, a precarização das situações dos trabalhadores envolve os vários aspectos que os constituem, tais como (não) formalização de vínculos e garantia de direitos, até situações mais complexas envolvendo as relações e condições de trabalho, gerando conflitos de diferentes ordens (SANTOS-FILHO, 2007a).

Com isso, a partir da criação da PNH muito se tem discutido a respeito do tema, especialmente na perspectiva do usuário. Porém, ainda é necessário enfatizar as discussões sobre a vulnerabilidade do trabalhador de saúde nesse contexto. O trabalho dos profissionais de saúde quando é inventivo e participativo, traz melhorias e tem potencial para produzir diferentes sentidos, mas quando esse torna-se burocratizado, fragmentado e centralizado, pode trazer sofrimento e desgaste. Portanto, existe necessidade de momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo, assim como de espaços para analisar os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento (BRASIL, 2010a).

Percebe-se que o trabalhador do SUS precisa constantemente lidar com as fragilidades do ser humano e com situações que, muitas vezes, não consegue resolver. Com isso, necessita de espaços de reflexão e estímulo para construção de estratégias de superação de problemas, constituindo cenários de valorização profissional, com perspectiva de um ambiente de trabalho mais prazeroso (BRASIL, 2011).

Diante disso, questiona-se: como constituir processos de humanização nos serviços de saúde e operacionalizar um modo de disparar esses processos? Pensar nesses atributos para a PNH é colocar em análise os serviços e as formas de geri-los, com o protagonismo dos sujeitos dos serviços de saúde. No momento em que se institui a oferta de ressignificação e compreensão na forma de organização do serviço, pode-se contribuir para o desenho de algumas estratégias de ações práticas e efetivas.

Além do mais, a análise coletiva dos processos de trabalho corrobora para essa afirmação, pois não é possível pensar em ações na direção da PNH, na mudança dos modos de gestão e de cuidado, se não se repensar em alterar os modos de se organizar no âmbito de atuação (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

No entanto, é necessário ouvir o trabalhador de saúde inserido no seu contexto, realizando uma reflexão neste movimento de fala e escuta. Dejours (2007) contribui para um

fator decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, que é o reconhecimento. Em muitas situações em que o mesmo não é reconhecido em meio à indiferença geral, pode acarretar sofrimento ao trabalhador.

Santos-Filho (2007a) relata que a humanização do trabalho em saúde pode constituir-se em uma perspectiva de ação transformadora, com o intuito de resgatar a voz e o saber dos próprios trabalhadores, nos processos de análise e contribuir para melhorias de seus ambientes. Este autor destaca algumas estratégias que contribuem para a convergência de potencialidades do trabalho e trabalhador à luz da Humanização, tais como: criatividade e valorização; a compreensão da saúde, traduzindo-se como formas de inventar normas e regras de/para enfrentamento da realidade, transformando-a e se transformando a si próprio e, ainda, o trabalho como espaço de prazer e criação (perspectiva estética) e também de sofrimento e desgaste. Com isso, este trabalhador integra-se de modo a gerir e recriar o seu fazer, contribuindo para modificar o próprio trabalho e sua condição de saúde.

Neste sentido, esta pesquisa buscou aprofundar reflexões e discussões acerca da humanização no contexto do trabalho, com o propósito de compreender as percepções de trabalhadores de saúde acerca desta temática e ainda, realizar práticas assistenciais com trabalhadores de saúde, na busca de um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho.

Diante dessas considerações, apresentou-se a proposta de pesquisa, a partir de referenciais da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), propostos por Trentini e Paim (2004).

O interesse em desenvolver essa pesquisa emergiu da vivência prática da pesquisadora como Enfermeira em um serviço de ESF no município da região central do Estado do RS. Identificou-se uma problemática no cenário de prática, apontando para a necessidade de investigação acerca deste tema, com o objetivo de situar o trabalhador de saúde como um dos protagonistas deste processo.

Diante disso, com o intuito de aproximar a PNH dos serviços de saúde no município, aconteceram algumas ações de educação permanente tais como capacitações referentes ao acolhimento e a humanização. Porém, são escassas as ações in loco voltadas para o trabalhador de ESF acerca da temática. Além do mais, justifica-se o interesse por esta pesquisa, devido a pesquisadora já ter realizado estudos anteriores acerca da temática da humanização.

Outros aspectos que influenciaram a escolha desta temática é a participação no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), linha de pesquisa Saúde/Sufrimento do trabalhador, que se configura como um espaço para o levantamento de questões e reflexões referentes à saúde do trabalhador. Além disso, a realização de uma Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde também possibilitou o aprofundamento das questões referentes às políticas de saúde.

Para a busca do enfoque desta pesquisa, foi realizado um estudo de tendências em maio de 2015, que será apresentado posteriormente em capítulo do referencial do estudo, com o intuito de evidenciar as lacunas do conhecimento e investigar estudos realizados acerca da humanização no contexto do trabalho na atenção primária em saúde. Para isso, foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN), sendo selecionados um total de quatro produções.

De acordo com os resultados, as pesquisas apontam que os processos de humanização ainda encontram resistências, perpassando por obstáculos como hierarquia verticalizada, fragmentação dos processos das equipes, isolamento, burocratização e desarticulação política, contribuindo para sentimentos de desvalorização (CAMPOS, 2011).

Porém, os trabalhadores de saúde reconhecem a importância dos aspectos que influenciam a efetividade da humanização, tanto para ênfase no trabalhador de saúde, abrangendo ações de “valorização”, preocupação com mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde e aspectos relacionados com a proposta da humanização nas relações com os usuários, destacando o papel do enfermeiro como importante no processo de humanização das relações nos serviços de saúde (REIS, 2010).

As pesquisas apontam para uma forma de concepção do trabalho, intrínseca às tecnologias leves e preocupação dos profissionais com um serviço que envolva a humanização das práticas de saúde. Alguns profissionais também apresentam as exigências impostas ao trabalho como a sobrecarga de trabalho, corroborando para pouca valorização do profissional (SEOANE, 2012).

Além disso, foi realizada uma busca nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PublicMedline (PubMed) em junho de 2015, para investigar o que tem sido produzido acerca da humanização no contexto de trabalhadores de saúde, com intuito de ampliar a busca por estudos com enfoque no trabalhador de saúde em interface com a humanização. Assim, foram encontrados um total de dezoito pesquisas que contemplaram a pergunta de revisão.

Como resultados, as pesquisas evidenciaram dificuldades para se efetivar os processos de humanização devido a precarização das condições de trabalho e falta de capacitação, o que aponta para necessidade de melhorias estruturais e na organização dos espaços de atuação. Alguns artigos apontaram para a ambiência e valorização do trabalhador como satisfatórias. Porém, foram marcantes nos artigos analisados os resultados que convergem para a necessidade de espaços em que se discutam as relações interpessoais, dialógicas e de cooperação.

Percebe-se nos estudos que é necessário questionar as formas de organização do trabalho, valorização, ambiência, com vistas a analisar os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento, trazendo novas abordagens para a saúde do trabalhador. Além do mais, é importante destacar com relação ao campo do conhecimento das pesquisas, que os mesmos foram predominantemente realizados pela enfermagem.

Com isso, denota-se a preocupação do Enfermeiro em questionar sobre os contextos que emergem para a sociedade e as políticas públicas, adotando postura ativa nos diferentes cenários da saúde, fundamentando-se como prática social empreendedora e com interação nos diferentes setores sociais.

Tendo em vista essas considerações, propôs-se este estudo, com o intuito de trazer subsídios teóricos e práticos acerca desta temática, gerando uma produção científica relevante nesta área. Pretendeu-se ainda oferecer subsídios para as equipes de saúde e gestores da rede pública de saúde quanto à implementação de programas relativos à estratégias de humanização e valorização do trabalhador.

Tendo em vista estas questões, estabeleceu-se como **objeto de estudo** a humanização no contexto do trabalho em saúde de uma ESF. Ainda, delinear-se as seguintes **questões de pesquisa e de prática**, respectivamente:

- Quais as percepções de trabalhadores de saúde acerca da humanização no contexto do trabalho?
- Quais as possibilidades de ações assistenciais com trabalhadores de saúde na busca de um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho?

1.1 OBJETIVOS

- Compreender as percepções de trabalhadores de saúde acerca da humanização no contexto do trabalho.
- Realizar ações assistenciais com trabalhadores de saúde na busca de um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada a revisão de literatura acerca da temática, a fim de situar a pesquisa. Para tanto, foi realizada uma busca em referenciais e um levantamento do estado da arte para identificar as lacunas existentes na produção do conhecimento. Assim, será exposto alguns elementos principais que compõem a temática em questão: **Estratégia Saúde da Família, A Política Nacional de Humanização e a Interface com a saúde do trabalhador e A Humanização no contexto de trabalhadores de saúde.**

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Após o movimento iniciado com a Reforma Sanitária, tem-se atualmente como questão central as reformulações das organizações e estabelecimentos sanitários, abrangendo uma modificação da lógica tradicional. De acordo com a lógica da ESF, busca-se fomentar condições para que o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, tornando-se mais humano e solidário e ainda mais resolutivo.

Com isso, Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada que abrange princípios como a territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local e atuam mediante ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2006a).

Uma equipe de saúde da família é constituída por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo que o número desses trabalhadores varia de acordo com a população da área assistida, podendo ser ampliada com trabalhadores de saúde bucal – dentista, auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene dental – responsáveis, em média, por 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2012a).

É por meio do acompanhamento do cotidiano das pessoas da área de abrangência, em conformidade com princípios do SUS e do desenvolvimento das habilidades dos membros da equipe, que esse modelo busca concretizar o objetivo de possibilitar melhores condições de saúde à população. Para isso é necessário que o serviço se organize de maneira a centrar-se no usuário e sua família, a fim de garantir a acessibilidade, a escuta e a relação entre

trabalhadores e o usuário de forma humanitária, solidária e cidadã (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A ESF busca ampliar as discussões acerca de um modelo tradicional de saúde para um modelo em que insere uma abordagem coletiva, multi e interpessoal no contexto vivido. Busca fomentar a relação dialógica entre os sujeitos, no qual trabalhadores e usuários são construtores de um viver mais saudável, possibilitando uma interação entre ambos de forma efetiva pela valorização das diferentes vivências (BACKES et al., 2012).

Desse modo, o cenário da ESF constitui-se um lugar com prerrogativa para a ampliação e consolidação das ações do Enfermeiro, comprometida com o desenvolvimento humano e a transformação social. Assim, propõem práticas que vão ao encontro da humanização no contexto da saúde, contribuindo para melhorias neste âmbito de atuação.

Além do mais, é preciso resgatar o cenário da ESF e problematizar os aspectos da humanização do trabalho em saúde, visto que são poucos os estudos realizados que contribuem para a efetivação desses processos na atenção primária em saúde com enfoque neste trabalhador. Sabe-se que o mesmo pode se deparar com inúmeras situações e esforços no cotidiano do seu trabalho, os quais necessita repensar, improvisar para atender uma realidade complexa de atuação.

Com apostas para melhorias nesse contexto, a PNH instituiu princípios e diretrizes, entre eles, a valorização do trabalho e do trabalhador, contribuindo assim para resgatar os sentidos do trabalho, necessitando de espaços para expressar suas experiências emocionais e sociais.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A INTERFACE COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

O conceito de Humanização surgiu como pressuposto teórico para a qualificação dos serviços de saúde, visto que com o desenvolvimento científico e tecnológico e das especializações da área da saúde, revelou-se um distanciamento das relações humanas.

Diante disso, para efetivação de melhorias na qualidade dos serviços de saúde, tanto na perspectiva do usuário como do trabalhador de saúde, foi necessário repensar programas e políticas que contribuíssem para mudanças nos cenários de organização dos modelos de atenção e gestão. Com isso, no momento em que os usuários reivindicavam um atendimento de modo resolutivo e acolhimento eficaz, os trabalhadores exigiam melhores condições de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Neste ínterim, constituiu-se o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), em 2001, sendo essa concepção um desafio e uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) para melhoria na qualidade do atendimento ao público. Ao lançar esse programa, o MS visou melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários internados nos hospitais públicos, com avanços na perspectiva do trabalhador de saúde (BRASIL, 2001).

Ao contrário de outras propostas, o programa de Humanização à Atenção Hospitalar tinha preocupação com a valorização e a capacitação dos trabalhadores, sendo essa uma das práticas essenciais para a eficácia da humanização. Destacava o papel do gestor, sendo esse imprescindível para qualificação dos processos de humanização, ofertando condições adequadas para que os trabalhadores fossem valorizados em seu âmbito de atuação e os usuários tivessem seus direitos garantidos (BRASIL, 2001).

No ano de 2003, o que era um programa passou a ser uma política, sendo ampliado para todos os serviços de saúde, o que foi anunciado pelo Ministério da Saúde como a Política Nacional da Humanização da Atenção e Gestão em Saúde. Algumas definições dessa política envolviam o caráter transversal, na qual a humanização passa a ser entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e dos processos de trabalho, havendo uma necessidade de melhoria de aspectos organizacionais do sistema de saúde, além dos direitos aos usuários e do cuidado ao cuidador (BRASIL, 2004).

Alguns aspectos referentes à PNH tornam-se importantes para qualificar os processos de trabalho, tais como o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; o acolhimento que implica em práticas de produção e promoção de saúde, demonstrando responsabilização dos profissionais e da equipe pelo usuário e garantia de atenção integral, resolutiva e responsável. Ainda, aponta para a institucionalização de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, entre outros (BRASIL, 2008).

Contudo, a PNH dispara processos que norteiam essa política para a construção de práticas e da organização do trabalho de forma mais eficiente, sendo estes princípios os norteadores da Política Nacional da Humanização em destaque Brasil (2004, p. 9):

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Nesse sentido, para disparar esses processos de melhorias nos serviços de saúde, a PNH traz em seu enfoque estratégias nas quais pode efetivar mudanças significativas. As diretrizes e dispositivos da política considerados como “tecnologias” ou “modos de fazer”, podem contribuir assim, para a melhorias da atenção à saúde e da instituição de espaços com ênfase na Saúde do Trabalhador, conforme o documento base (BRASIL, 2006b).

Neste ínterim, torna-se pertinente discutir os aspectos relacionados à saúde do trabalhador, ressaltando que o trabalho em saúde deve ser espaço de produção de bens e de serviços para os usuários, porém, perpassa por espaços de valorização dos diferentes sujeitos que contemplam este cenário. Sabe-se que adversidades de diferentes ordens podem causar respostas negativas e refletir no atendimento ao usuário, em todos os níveis de complexidade.

De acordo com Campos (1998):

[...] existem marcas deixadas pelo sistema taylorista nas organizações de saúde, onde há relações marcadas pelo poder da gestão e pela alienação do trabalhador que, muitas vezes, não participa de decisões sobre o seu fazer. É preciso investir em mudanças que superem esse modelo, onde o trabalhador participe não só da atenção à saúde mas também da produção de saúde, para que este possa se sentir inserido nesse processo, visando, assim, a democratização do serviço, apostando na autonomia com responsabilidade do trabalhador [...].

Com isso, são constantes as questões emergentes relacionadas ao campo da saúde do trabalhador, pois, persistem em todo o mundo acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho. Esta área deve estar em permanente construção, pois contempla demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores, pois esse, individual ou coletivamente, é um sujeito em constantes mudanças. Assim, tornam-se discutíveis a melhoria das condições e ambientes de trabalho, inclusive com a participação destes sujeitos capazes de agir e contribuir para compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade, indo ao encontro de processos de humanização (COSTA et al., 2013).

Porém, persistem dificuldades para a efetivação de propósitos que possam modificar os modelos existentes no âmbito das organizações dos serviços de saúde. Pois, apesar dos avanços, existem limitações visíveis que demarcam por modos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2006a).

Ainda, são marcantes as questões referentes a desvalorização do trabalhador, as dificuldades do trabalho em equipe; os poucos espaços de cogestão; o excesso de atividades, entre outros:

[...] a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, o que diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à cogestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos [...] (BRASIL, 2004, p. 5).

Neste segmento, deve-se refletir para mudanças e estratégias para superação desses problemas advindos do contexto laboral. É necessário instituir espaços em que o trabalhador não seja um sujeito inepto que necessita ser gerido e sim um sujeito capaz de produzir com o outro, formas de modificar ou ressignificar processos que originam sofrimento/problemas de saúde. Ainda, prover a participação do trabalhador na gestão coletiva de situações do cotidiano dos serviços, contribui para a inclusão desses sujeitos como atores ativos deste cenário do âmbito laboral (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Campos (2005a, p. 399), afirma que “não há como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No SUS, a humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada”.

Ainda, sabe-se que existe no trabalhador da saúde uma dimensão subjetiva em que envolve o ser e o agir de cada um diante de determinadas questões. O que para uns é mais fácil, diante de situações difíceis, para outros se torna uma resistência. A humanização, “depende de mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, da possibilidade de ampliação do grau de desalienação” e da transformação do trabalho em algo “criativo e prazeroso” (CAMPOS, 2005a, p. 399-400).

Sabe-se que nas instituições de saúde, os trabalhadores se deparam, muitas vezes, com situações em que necessitam improvisar no cotidiano dos serviços, diferenciando-se do que é prescrito pelo que se realiza no concreto da realidade. Portanto inclui esforços no cotidiano dos trabalhadores para que os mesmos possam dar conta de necessidades dos usuários e acordos realizados com gestor e colegas do serviço. Em muitas situações, o trabalhador necessita repensar, improvisar as ações, pensar na melhor maneira de efetuar suas atividades laborais, com objetivo de atender os mais diversos contextos e dar conta da realidade complexa do trabalho (BRASIL, 2006a).

Portanto, os serviços de saúde e os trabalhadores neles atuantes podem realizar uma determinada forma de organização, com diferentes formas de agir e de se relacionar com o outro, podendo desvelar regras específicas na divisão das atividades laborais e na prestação dos cuidados. A cada situação em que se coloca, o trabalhador pode se utilizar de sua inteligência, que é própria do trabalho humano, usando de si, para elaboração de estratégias, pois, diante de um cenário como atenção primária em saúde, por exemplo, podem ser diversas as complexidades de situações de saúde existentes. A PNH enfatiza como uma de suas prioridades “valorizar o trabalho criativo”, abrindo o espaço para pensar o protagonismo dos trabalhadores da saúde e as implicações da função de cuidar que é exigida dos mesmos (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, salienta-se que “o trabalho é criação do novo, do inédito. Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade [...]” (DEJOURS, 2004a, p. 66).

Diante disso, a esta “inteligência” delegada ao trabalhador, podem ser originados e mobilizados pelos sujeitos na forma de imaginação, invenção e criatividade, podendo ser considerada uma inteligência transgressiva, astuciosa, na qual apresenta constante ruptura com as normas e regras. Nesta perspectiva de intervir na organização do trabalho, é que contribui para o processo da saúde, transformando o sofrimento em sentidos de prazer da apropriação do vivido pela ação (MENDES, 2007).

Portanto, a PNH transcende para uma perspectiva de valorização do trabalho e valorização do trabalhador, sendo esses, intrínsecos aos momentos em que esse sujeito deixa de ser alienado e se protagoniza nos espaços coletivos e no âmbito de atuação. Pois, no contexto em que se insere, o trabalhador encontra-se constantemente cuidando do outro, necessitando de espaços para expressar suas experiências emocionais e sociais.

Assim, pensar em instituir espaços com o intuito de promover saúde nos locais de trabalho é contribuir para fomentar a compreensão e análise do mesmo, sendo pertinentes os debates coletivos. A promoção da saúde também inclui a gestão coletiva das situações de trabalho em que os trabalhadores são capazes de intervir em seu contexto laboral e na tomada de decisões, podendo haver troca e debates entre os mesmos diante das relações que abrangem saúde e trabalho (BRASIL, 2010b).

Logo, é nestes espaços que o fazer dos trabalhadores é constituído e reconstruído, desvelando conflitos, resistências, impossibilidades, obstáculos que incidem na própria rede de sujeitos. Neste encontro de debates que as mobilidades acontecem, podem surgir, em muitos momentos, desconforto e inquietação, porém pode causar mudanças nos cenários de

saúde, assim como suscitar sentidos de cooperação entre os trabalhadores. Segundo Dejours (1993), o processo de cooperação é que é a base para a constituição de uma equipe, é o que funda o coletivo de trabalho. Através desta cooperação entre os sujeitos que o coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus erros e riscos minimizados.

Além disso, destaca-se alguns elementos que podem contribuir para a efetivação dos processos de humanização no contexto do trabalho, tais como a ambiência e educação permanente nos serviços de saúde. Esse primeiro constitui-se não apenas como um processo de investimentos na infraestrutura e espaço físico, mas vai, além disso, contribuir para estratégias em que possa fomentar estímulo a programação de atividades científicas, culturais, integradas aos espaços de atuação. Neste sentido, Santos-Filho, (2007a, p. 7) compreende a ambiência como:

[...] uma concepção ampliada de espaço de trabalho – espaço físico e de relações, cenário ao mesmo tempo de vivências subjetivas, sociais, de criatividade, de riscos, tudo isso no âmbito de uma relação concreta: gestor-trabalhador-usuário –, apontando para estratégias também ampliadas de intervenção nesse espaço. Propõe-se, então, que os trabalhadores se organizem nos serviços de saúde para discutir e (re)construir seus espaços sociais de trabalho, partindo de concepções ampliadas do ambiente de trabalho [...].

Somado a isso, a educação permanente, torna-se um dispositivo em que os serviços possam ter espaços de aprendizagem contínua, contribuindo para capacitações no próprio cotidiano dos serviços, destacando para temas técnico-científicos específicos, a aquisição de habilidades de trabalho em equipe e instituição de projetos de pesquisa aplicados, entre outros (SANTOS-FILHO, 2007a).

Além do mais, atinente à proposta da humanização, a PNH retrata alguns dispositivos inerentes à construção de mudanças no contexto de trabalhadores de saúde, tais como as comunidades ampliadas de pesquisa (CAP) e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), podendo ser adaptada à realidade dos locais de atuação. Tais dispositivos podem contribuir para melhoria da comunicação, valorização e capacitação profissional.

Contudo, é um grande desafio fomentar essas ações e constituir espaços dialógicos entre os sujeitos que são protagonistas do contexto de saúde. Oscilar nessa direção, implica em mudanças e mobilização dos sujeitos envolvidos, pois, muitas vezes, se encontram indiferentes, associando-se ao trabalho repetitivo e insatisfatório. É preciso evidenciar a saúde como valor de uso, mas também repensar em aspectos constituintes do trabalho, valorizando os trabalhadores com estratégias de melhorias no âmbito de atuação.

2.3 ESTUDO DAS TENDÊNCIAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Com intuito de investigar a temática em estudo, realizou-se uma busca para identificar a produção científica acerca da humanização do trabalho em Atenção Primária em Saúde. Com isso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, descritiva, baseada nas tendências de teses e dissertações da Enfermagem produzidas no Brasil acerca da temática escolhida.

Para obtenção de tais publicações, foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), no mês de maio de 2015. Utilizou-se como estratégia de busca no Banco de Teses e Dissertações da Capes as palavras por assunto: humanização e trabalho, sendo constatados 225 documentos entre teses e dissertações. Após, realizado refinamento da busca com tópicos: Enfermagem, Política de Saúde, Atenção Primária em Saúde, saúde coletiva, humanização, como resultado surgiram 45 publicações. Após leitura do título e resumo, foram selecionados um total de duas produções dos anos de 2011 e 2012. Já nos catálogos do CEPEen foram utilizadas como palavras de busca: humanização e trabalho, a partir do volume publicado no ano de 2001 até o ano de 2012. Foram selecionados duas dissertações.

Como critérios de inclusão definiu-se que seriam apresentadas as produções acadêmicas nacionais, proveniente de Programas de Pós-graduação em Enfermagem, que tratassem sobre a humanização do trabalho em Atenção primária em saúde. Como critérios de exclusão foram retirados os estudos que não respondiam à questão norteadora e com resumos incompletos. Na análise dos estudos, foram selecionadas quatro produções, sendo três dissertações e uma tese.

A partir da leitura dos resumos dos estudos selecionados, identificou-se os resultados obtidos, com uma caracterização e análise dos mesmos. Quanto ao ano de publicação, obteve-se uma variação entre os anos de 2010 à 2012. Dentre as publicações, duas foram apresentadas na região Sudeste e duas na região Sul. Ao analisar a abordagem metodológica dos estudos, identificou-se três estudos com abordagem qualitativa e um de revisão sistemática. Com relação aos participantes, todos os estudos contemplaram trabalhadores de ESF, incluindo Enfermeiros e um estudo abrangeu, além de trabalhadores de saúde, a participação de usuários.

No que tange a técnica de coleta de dados, uma pesquisa foi estudo de caso, em que usou a cartografia como método de pesquisa e observação participante, um utilizou entrevista

com questões abertas, um foi observação participante e entrevista semiestruturada e um com revisão sistemática seguida de metassíntese com 40 estudos.

De acordo com os resultados dos estudos, evidenciou-se que os mesmos investigaram os fatores de humanização inseridas nos processos de trabalho das equipes e a compreensão da humanização na relação de usuários e equipes de saúde. Refere a Política nacional de humanização como ferramenta para propiciar esses dispositivos.

Os estudos destacaram que os processos de humanização ainda encontram resistências, perpassando por obstáculos como hierarquia verticalizada, fragmentação dos processos de trabalho, isolamento, burocratização e desarticulação política, tanto nas relações entre trabalhadores e trabalhadores e usuários, contribuindo para sentimentos de desvalorização (CAMPOS, 2011).

Porém, os trabalhadores de saúde reconhecem a importância dos aspectos que influenciam a efetividade da humanização, tanto para ênfase no trabalhador de saúde, abrangendo ações de valorização do trabalho e do trabalhador, preocupação com mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde e aspectos relacionados com a proposta da humanização nas relações com os usuários, destacando o papel do enfermeiro como importante no processo de humanização das relações nos serviços de saúde (REIS, 2010).

Ainda, as pesquisas apontam nos discursos dos trabalhadores a forma de concepção da humanização, intrínseca às tecnologias leves, como o acolhimento, vínculo, preocupação dos trabalhadores com um trabalho que envolva a humanização das práticas de saúde. Porém, são repetidas as falas que destacam a precarização das condições de trabalho, além das exigências impostas e pouca valorização do mesmo (SEOANE; FORTES, 2012).

2.4 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHADORES DE SAÚDE

A busca destes estudos justifica-se pela necessidade de investigar as produções de conhecimento realizadas com a temática da humanização e trabalhadores da saúde.

Com isso, procedeu-se o estado da arte acerca desta temática, com buscas de produção do conhecimento a nível nacional. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa de literatura, norteada pela seguinte questão: O que tem sido produzido sobre a humanização no contexto dos trabalhadores de saúde? Essa pergunta foi proposta no intuito de analisar o conhecimento construído acerca da temática e caracterizar os estudos que se dedicaram a este tema, tendo por objetivo mapear lacunas do conhecimento. Além do mais, ampliou-se a pergunta da pesquisa, com intuito de busca de um maior número de estudos relacionadas ao assunto.

Para tanto, desenvolveu-se uma revisão narrativa que possibilita discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de um determinado assunto. O estudo foi desenvolvido em etapas que compreenderam: definição da questão e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações; busca na literatura; leitura dos títulos e resumos; pré-seleção dos estudos após análise quanto aos critérios de inclusão e exclusão; leitura dos artigos na íntegra após pré-seleção; análise dos estudos selecionados e apresentação dos resultados (ROTHER, 2007).

A busca foi realizada em junho de 2015 nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PublicMedline (PubMed), a partir dos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos, oriundos de pesquisas originais nacionais, desenvolvidas com trabalhadores de saúde, disponíveis *online* gratuitamente, na íntegra.

Foram excluídos artigos sem resumo na base de dados ou incompletos, artigos que não abordassem a temática pretendida e artigos repetidos nas bases de dados. Estabeleceu-se o ano de 2003 como recorte temporal da pesquisa, devido ao fato de que a Política Nacional de Humanização foi lançada no Brasil naquele ano para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão.

Na base de dados LILACS, utilizou-se a seguinte estratégia de busca: saúde [Palavras] and humanização da assistência [Descritor de assunto]. Procedeu-se a leitura de todos os títulos e resumos tendo em vista os critérios de inclusão e de exclusão do estudo.

A tabela 1 apresenta os resultados obtidos nas etapas de busca e seleção dos artigos.

Tabela 1 – Descrição dos resultados em cada etapa da seleção de estudos na base Lilacs. Santa Maria, RS, Brasil

Resultados em cada etapa da seleção	Número de publicações
Total de produções	344
Critérios de inclusão	151
Respondiam a questão de pesquisa	15

* Estratégia utilizada: palavras do resumo deveriam conter “saúde” AND “humanização da assistência” como descritor de assunto.

Conforme mostra a tabela 1, ao final da aplicação dos critérios de inclusão e avaliação quanto à temática dos estudos pré-selecionados, foram obtidos 15 estudos na base de dados LILACS.

Na base de dados PubMed, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: *humanization of assistance (all fields) [and] health (all fields)*. Inicialmente, foram obtidos 19 resultados. Procedeu-se a leitura de todos os títulos e resumos, tendo em vista os critérios de inclusão e de exclusão, restando três artigos para análise.

A tabela 2 apresenta os resultados obtidos nas etapas de busca e seleção dos artigos.

Tabela 2 – Descrição dos resultados em cada etapa da seleção de estudos na base PubMed. Santa Maria, RS, Brasil

Resultados em cada etapa da seleção	Número de publicações
Total de produções	19
Critérios de inclusão	16
Respondiam a questão de pesquisa	03

* Estratégia utilizada: All fields “humanization of assistance” AND All fields “Health”.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise temática de conteúdo, desenvolvida em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados e interpretação (BARDIN, 2011).

Na pré-análise são retomados os objetivos; então, o material deve ser organizado e os dados sistematizados (BARDIN, 2011). Nessa etapa, foi realizada a leitura de todos os artigos na íntegra. Cada artigo recebeu um código composto por uma letra correspondente ao seu local de seleção (“L” para LILACS e “P” para PubMed) e um número correspondente à ordem de aparecimento nas bases (L1, L2, L3... P1, P2, P3). Após, foi construído um quadro sinóptico por meio do editor de textos Microsoft Word 2010 que relacionava: o código dos artigos; ano de publicação; área do conhecimento; instituição; objetivos do estudo; população; região na qual os dados foram produzidos; desenho metodológico; temática central e síntese dos resultados. Após, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva do artigo e a composição de um quadro sinóptico, com o objetivo da melhor compreensão do conteúdo dos artigos selecionados.

Em seguida, realizou-se a exploração do material, que consiste na análise propriamente dita, ou seja, momento no qual são realizadas as primeiras inferências e associações (BARDIN, 2011). Nesta fase, realizou-se codificação por meio de unidades de registro (UR), as quais sintetizam o significado de determinado recorte de texto, sendo representadas por palavras ou conjunto pequeno de palavras (BARDIN, 2011). Nessa fase, o

quadro sinóptico foi impresso e as UR foram apontadas ao longo das colunas, destacando os aspectos significativos dos principais resultados. Alguns exemplos das UR destacadas foram: percepções, acolhimento, espaços coletivos, precarização do trabalho, espaços de cogestão, sobrecarga de trabalho, falta de recursos, ambiência, valorização do trabalhador, relacionamento interpessoal, condições de trabalho. Dado esse movimento, as UR foram coletadas e submetidas à contagem quanto a sua frequência, para que fossem averiguadas sua pertinência e representatividade (BARDIN, 2011).

Após foram relacionadas as UR mais evidentes, formando pré-categorias temáticas. Por fim, na última fase da análise, tratamento dos dados e interpretação, o pesquisador realiza as últimas interpretações e inferências acerca dos resultados encontrados, relacionando-os e compreendendo-os à luz do objetivo da pesquisa (BARDIN, 2011). Assim, o movimento de análise culminou no agrupamento de três categorias temáticas: **Concepção da humanização sob a óptica dos trabalhadores de saúde; Aspectos limitadores da humanização no contexto dos trabalhadores de saúde e Avanços e limites das pesquisas analisadas.**

2.4.1 Resultados e Discussão dos artigos analisados

Primeiramente, apresentar-se-á a caracterização dos artigos selecionados, construído a partir de informações apontadas no quadro sinóptico. Posteriormente, constarão os dados emergentes da análise de conteúdo, organizados em categorias temáticas.

Em relação a caracterização dos 18 artigos analisados, no que tange a **região do Brasil**, oito estudos foram realizados na região Sul (n=08, 44,44%), seis estudos na região Nordeste (n=06, 33,33%), três estudos na região Sudeste (n=03, 16,66%) e um estudo foi desenvolvido na região Norte do país (n=01, 5,55%).

O **período de publicação** variou de 2006 à 2014, conforme mostra o gráfico a seguir, evidenciando-se um maior número de publicações no ano de 2014.

Com relação aos **campos do conhecimento das pesquisas**, os estudos foram predominantemente realizados pelo campo da enfermagem com quatorze artigos (n=14, 77,77%), seguindo-se a área da psicologia com um artigo (n=1, 5,55%) e assistência social com um artigo (n=1, 5,55%). Alguns artigos foram construídos por meio da associação de mais de uma área de atuação, como enfermagem, psicologia e filosofia com um artigo (n=1, 5,55%) e filosofia e enfermagem com um artigo (n=1, 5,55%).

Os estudos selecionados possuem predominantemente **abordagem de pesquisa** qualitativa (n= 15, 83,33%), um estudo é quanti e qualitativo (n= 1, 5,55%) e dois estudos são

quantitativos (n= 02, 11,11%). É relevante destacar nos estudos qualitativos que em dois estudos (n=02, 11,11%) foram realizados grupos focais para coleta de dados, nos demais foram utilizadas entrevistas estruturadas, semiestruturadas, diário de campo e observação.

Para a **análise dos dados** um estudo (n=01, 5,55%) utilizou Teoria Fundamentada nos Dados, três estudos (n=03, 16,66%) realizaram análise de discurso, oito (n=11, 61,11%) utilizaram técnicas de análise de conteúdo e três utilizaram análise de estatística descritiva (n=03, 16,66%).

Quanto aos **participantes das pesquisas** a metade dos estudos foi realizada apenas com trabalhadores da área da Enfermagem, sendo que os demais associaram outras categorias profissionais como médicos, fisioterapeutas, dentistas e profissionais de ensino médio como técnicos de enfermagem, atendentes e encarregados do almoxarifado.

Quanto ao **local das pesquisas**, 13 (n=13, 72,22%) se deram no âmbito hospitalar, enquanto cinco (n=5, 27,77%) na atenção primária em saúde. Após a caracterização dos artigos, segue-se a apresentação das categorias temáticas que emergiram do movimento de análise de conteúdo.

2.4.2 Concepção da humanização sob a óptica dos trabalhadores de saúde

Observou-se nos artigos analisados que o termo humanização traz alguns significados, como o enfoque subjetivo, pessoal, moral e ético nas relações com o outro. Estabelece aspectos subjetivos como pensamento, a valorização do ser, estabelecimento de vínculo e atenção. No entanto, os trabalhadores relatam a não humanização como a falta de comunicação, não olhar o usuário ou sujeito como um ser integral (L3,L4,L9,L12,P1,P3).

Além disso, percebe-se um conceito reducionista de humanização em alguns relatos, expresso por concepções de que a humanização está centrada unicamente em atender bem ao paciente, não percebendo-se a amplitude deste entendimento presente nas relações de trabalho e na produção de saúde no SUS (L1,L7).

Ressalta-se na concepção do processo de trabalho da Enfermagem que a humanização pode ser compreendida sob a óptica de questões empíricas (conhecimento científico), estéticas (a arte da enfermagem), questões pessoais (autoconhecimento) e morais (o cuidado ético), contemplando o fator humano nas relações interpessoais como principal medidor da qualidade da humanização no contexto do cuidado (L9,L13, P1,P3).

Essa relação interpessoal mediada pelos trabalhadores que fazem parte desse processo, muitas vezes, não é efetiva. Sabe-se que o acolhimento nos serviços de saúde deve ser

mediado por uma escuta qualificada, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, porém, evidenciam-se dificuldades para se efetivar esse processo devido a precarização das condições de trabalho e falta de capacitação dos trabalhadores, o que aponta para necessidade de melhorias estruturais e na organização do trabalho (L5, L9, L7).

No entanto, destaca-se um estudo que apontou uma possível ressignificação dos valores e princípios que balizam a humanização, no sentido de evidenciar a valorização do ser humano como um todo, permeando o trabalho como realização pessoal/profissional, aliando competência técnica e humana na prática dos profissionais e vivenciando o cuidado humanizado (L15). Diante disso, a concepção de humanização perfaz pequenos atos de pensar, do ser, do fazer, abrangendo um processo de cuidar que envolve tanto o ser cuidado quanto o trabalhador que cuida.

2.4.3 Aspectos limitadores da humanização no contexto dos trabalhadores de saúde

Nesta categoria, identificaram-se questões relacionadas a precarização do trabalho, como dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores de saúde relacionadas a sobrecarga de trabalho (L1,L4,L8), desvalorização do trabalhador e necessidade de formação de espaços de problematização coletiva acerca do trabalho (L2,L11,L12,L14), falta de recursos humanos (L4,L5,L11,L12), estrutura física inadequada, sendo essa necessária para se efetivar o cuidado, assim como os recursos materiais (L5,L11,L12, L13).

Sabe-se que as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores de saúde têm impactado negativamente em sua vida. Além de se deparar com a precarização do trabalho e com organizações de trabalho ineficientes, o mesmo necessita lidar com modelos de gestão tradicionais os quais dificultam a compreensão e a implementação efetiva da gestão participativa e cogestão.

Diante disso, entende-se que é impossível cuidar da saúde sem considerar as formas de organização adotadas pelos trabalhadores para lidar com as demandas do cotidiano de trabalho e as estratégias de enfrentamento das experiências de sofrimento em serviço. O que se percebe diante dessas situações são habilidades e atitudes de improvisação por parte dos trabalhadores, modos de criação e invenção para enfrentamento do trabalho extenuante. Por isso, se afirma que, nos processos de trabalho em saúde, as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários e, também, espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que nelas trabalham (BRASIL, 2008).

Alguns artigos apontaram para a ambiência e valorização do trabalhador como satisfatórias (L6,P2). Porém, foram marcantes nos artigos analisados resultados que convergem para a necessidade de espaços de cogestão (L1,L2,L10) e espaços que discutam as relações interpessoais (L1,L11,L15).

2.4.4 Avanços e limites das pesquisas analisadas

Percebeu-se uma reflexão por parte dos trabalhadores acerca da temática da humanização nos contextos de trabalho, o que criou espaço para que os mesmos refletissem sobre seu contexto de atuação (L1,L3,L4,L5,L9,L12,L13,L15,P1,P3).

Os artigos analisados contribuem para a construção do conhecimento acerca da humanização, tanto no que diz respeito à assistência ao usuário quanto ao trabalhador de saúde, porém não se identificaram, nesses estudos, pesquisas que trazem uma abordagem metodológica prática junto a essa temática.

Apointa-se, ainda, outras lacunas, como predomínio da atenção hospitalar como foco de estudo (L1,L3,L4,L5,L6,L9,L11,L13,L14,L15,P1,P2,P3), em detrimento da atenção primária a saúde (L7,L8,L10,L12,L2). Sabe-se que a PNH despontou com ênfase hospitalar com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, contribuindo com objetivos e estratégias para melhorias da assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, tendo em vistas qualificar o atendimento e eficácia dos serviços. Assim, se reforça a necessidade de que se discuta a humanização voltada para o contexto da atenção primária, levando-se em consideração a relevância desta temática no campo das práticas em saúde, nos diversos níveis de atenção.

Ao analisar o conteúdo dos artigos que compõe o corpus deste estudo, pode-se identificar que ainda são recentes as publicações sobre a temática, tendo em vista que a própria PNH está vigente há um tempo relativamente breve. Ratifica-se a necessidade de novos estudos com esta abordagem, especialmente no intuito de se estabelecer um nexos nos dispositivos da humanização relacionadas ao contexto dos trabalhadores de saúde. Faz-se necessário questionar as formas de organização do trabalho, valorização e ambiência, com vistas a analisar os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento, trazendo novas abordagens para a saúde do trabalhador.

3 MÉTODO

Neste capítulo, será apresentado o referencial e a descrição metodológica da pesquisa, destacando-se o tipo de estudo, local e participantes, método de produção e análise dos dados e os aspectos éticos do estudo.

3.1 A PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é um método inovador de investigação científica que tem como foco a associação da pesquisa com a prática assistencial. A questão de pesquisa a ser investigada, surge da imersão do pesquisador no cotidiano do fazer profissional. Este método foi instituído pelas Dras. Enfermeiras brasileiras, Mercedes Trentini e Lygia Paim, com a primeira publicação em 1999, do livro intitulado: Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial. Este oferecia subsídios teóricos do método e a investigação como instrumentos para mudanças e inovações nas práticas assistenciais e nos diferentes contextos em que a Enfermagem atua (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As autoras Trentini, Paim e Silva (2014), ainda relatam que este método advém de que o campo da prática assistencial suscita mudanças/inovações, a partir de inquietações do pesquisador, na qual pode contribuir com descobertas para minimizar ou mesmo solucionar essas problemáticas vivenciadas com renovações das práticas. Contudo, esta técnica exige do pesquisador, um comprometimento da integração do pensar e fazer, o que necessita de uma investigação de forma sistematizada nas suas atividades assistenciais, o que requer a imersão do pesquisador na assistência.

A PCA converge para melhorias e qualificação nas práticas assistenciais, o que traduz para um processo de incorporar ações de assistência no processo de pesquisa e vice-versa, porém é importante mencionar que cada uma delas mantêm suas características próprias. Assim, a PCA é um método que converge com a humanização da assistência à saúde, pelo fato de a mesma se desenvolver na imersão do pesquisador na assistência, aliando aos processos da humanização (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste contexto, a PCA consiste em momentos de proximidade e afastamento diante do saber-fazer assistencial, neste movimento há trocas de informações, em que cada um tem suas especificidades. Para a contribuição desta inovação, construção de um novo conhecimento, deve ser perceptível reconhecer o ponto central deste distanciamento e aproximação, de momentos comuns entre as distintas sistemáticas, a de pesquisar e assistir (PAIM et al., 2008).

O termo “convergência” se insere no método da PCA como essencial e indissociável ao delineamento, pois o mesmo tem como propriedade de difundir as ações de assistência com a pesquisa, no mesmo espaço físico e temporal. É neste entrecruzamento que os fenômenos são descobertos, nesta ação dialógica que surgem a convergência dos processos da prática assistencial e da investigação, contribuindo para a efetivação de novos conhecimentos e concretização de mudanças ou inovações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste íterim, as autoras definem algumas propriedades que são essenciais nestes processos de convergência, tais como a dialogicidade; expansibilidade; imersibilidade e simultaneidade. A dialogicidade é um instrumento fundamental para a efetivação das mudanças na prática assistencial, é o grupo que assume essas mudanças. A expansibilidade remete a uma ampliação de temas emergentes e considerados relevantes durante o processo dialógico assistencial-investigativo, permitindo esta flexibilidade, com possíveis reformulações teóricas a serem inscritas no projeto. A imersibilidade denota a imersão do pesquisador no campo de assistência em que acontece a investigação, com o objetivo de inovação na prática assistencial, e ainda:

[...] a imersão em PCA é operacionalizada pelo encontro direto em mergulho do pesquisador como um agente dos afazeres correspondentes à prática assistencial sejam eles os de cuidar, administrar (gerenciar, coordenar), cuidar na educação em saúde ou mesmo capacitações [...] traz consigo compromisso do pesquisador em atuar presencialmente como um profissional da saúde na prática assistencial, e esse tempo de imersão equivale a uma coleta de dados posicionada no interior das situações coletadas [...] (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 26).

E ainda, as autoras trazem a propriedade da convergência que se chama simultaneidade, sendo essa um dos maiores desafios do método, onde destacam:

[...] embora ocorram durante o processo atividades de investigação e assistência, estas guardam suas configurações de instâncias próprias. Talvez este seja o maior desafio da PCA, uma vez que é incomum a junção do investigar enquanto se pratica assistência e, mais detidamente, a do praticar a assistência enquanto se desenvolve a investigação, entretanto essa é uma característica fundamental da PCA [...] (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 27).

Portanto, o método utilizado define conceitos e propriedades intrínsecas ao delineamento da pesquisa assistencial-investigativo, e ainda, enfoca os diferentes cenários da prática assistencial em saúde. Além do mais, é imprescindível que nesta abordagem metodológica a construção para novas mudanças nos cenários de saúde, ou mesmo inovações, construção de novas teorias, são advindas das reais necessidades dos indivíduos neste movimento de dialogicidade nos diferentes grupos.

3.2 A ESCOLHA DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

A escolha por este método de pesquisa justifica-se pelo propósito de aproximar a pesquisa da assistência, na medida em que pode potencializar movimentos, transformações e rupturas, com o intuito de aproximar o pensar e o fazer, considerando-se a subjetividade do objeto de estudo, suas diferenças e singularidades.

A PCA é caracterizada por uma trajetória metodológica, constituída por quatro fases: Concepção, Instrumentação, Perscrutação e Análise (TRENTINI; PAIM, 2014).

3.2.1 Fase de Concepção

A fase da concepção refere-se à definição do tema de pesquisa, elaboração das questões norteadoras e problema de pesquisa, delineando os objetivos do estudo. Envolve a revisão de literatura a qual pode auxiliar nas reflexões no campo da prática assistencial. Trentini, Paim e Silva (2014), especificam dez passos para a fase da concepção, com questões norteadoras que fazem o autor da pesquisa refletir sobre sua temática. No percorrer desta etapa metodológica, algumas perguntas são essenciais para o delineamento do problema de pesquisa e da prática assistencial, tais como: O que pesquisar? Qual conhecimento quer construir? Que mudanças são necessárias para melhorar a assistência?

Os passos que compõem esta etapa da pesquisa são compostos por alguns elementos essenciais, tais como: instigar reflexões acerca do que não está bem na prática assistencial; realizar a revisão de literatura e buscar o apoio teórico, contemplando com a realização do estado da arte; levantar a problemática com os trabalhadores envolvidos na prática; negociar a proposta de pesquisa; decidir a questão norteadora e objetivos que possam contribuir com o tipo de mudança pretendida; argumentar a ideia da pesquisa; construindo um embasamento teórico e metodológico; definir o local da pesquisa e os sujeitos e ainda, ter clareza da ligação entre as ações de assistência e as ações da pesquisa, ao mesmo momento em que preserva a caracterização de ambas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse momento, foram relevantes as vivências e experiências do pesquisador, dentre as quais já trabalhou com a temática relacionada à humanização e ainda, por atuar como enfermeira no contexto da Estratégia Saúde da família, contribuindo para o levantamento das reflexões e necessidades deste contexto em conjunto com os trabalhadores.

Diante disso, nesta pesquisa atentou-se para a temática da humanização e os aspectos que se referem à Política Nacional da Humanização. Assim, efetivou-se um movimento de

reflexão atinente à humanização no contexto do trabalho, propiciando espaços de discussão em grupo e construção de estratégias para efetivar melhorias e enfrentamento das adversidades no âmbito laboral.

3.2.2 Fase de Instrumentação

Na fase de instrumentação, se refere à definição dos procedimentos metodológicos da pesquisa, definiu-se o espaço físico, os participantes e as técnicas para a coleta de dados.

3.2.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, embasada na proposta metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), que tem como principal característica a convergência da pesquisa com a prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004, 2014).

A pesquisa de campo pode ser utilizada por várias ciências, entre essas, a Enfermagem, visando a contribuir com estudos de indivíduos e grupos. Estabelece a perspectiva de conhecer e buscar respostas de um determinado problema, descobrir, ou mesmo, estabelecer relações entre fenômenos. Podem-se buscar as informações levantadas no próprio local onde acontecem os fenômenos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Com isso, a abordagem qualitativa foi escolhida devido às particularidades e subjetividades deste estudo, uma vez que esse princípio metodológico trabalha com o universo dos significados (motivos, aspirações, valores e atitudes), fatores estes essenciais para tentar compreender e explicar a dinâmica das relações humanas (MINAYO, 2014).

Nesta abordagem de pesquisa qualitativa, este estudo converge com o objetivo de conhecer a percepção dos participantes da pesquisa acerca da humanização no contexto do trabalho, compreendendo suas percepções, vivências e sentimentos. Além do mais, a utilização do método de PCA, consistiu em promover uma associação de pesquisa com a prática assistencial, convergindo com ações em conjunto com os trabalhadores da ESF para efetivar reflexões e propostas de melhorias no contexto do trabalho.

Para Paim et al. (2008), a efetivação deste método requer uma imersão do pesquisador no campo da prática, com intuito de aliar à pesquisa ao campo de atuação. No entanto, essa convergência de pesquisa e prática, não implica em atribuir idênticas características a estas duas atividades, sendo que cada uma delas é preservada.

Os autores Paim et al. (2008, p. 381-382) ainda afirmam que

[...] tanto a pesquisa quanto a assistência sustentam sua identidade própria, ou seja, cada uma tem suas fronteiras delimitadas no que se refere à tipificação de conhecimento a que se vincula em seus aspectos éticos, no rigor científico e na finalidade de suas respectivas atividades, tal como lhe é pertinente. Portanto, é forte a contribuição da PCA na humanização da assistência à saúde, pois ela se desenvolve durante a imersão do pesquisador na assistência o que a torna aliada ao processo de humanização [...].

Além do mais, este espaço de relações entre a pesquisa e a assistência restitui, simultaneamente, o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica. Estes dois meios possuem pontos de convergência (elementos comuns), sendo um dos pontos em comum, a necessidade de dados para o desenvolvimento de ambos os processos. Esta convergência é intrínseca ao delineamento da PCA, constituindo uma contínua ação dialógica entre pontos de justaposição dos processos da prática assistencial com a pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.2.2 Cenário do estudo

O cenário de pesquisa deste estudo foi uma Estratégia Saúde da Família, localizada em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Este cenário subsidiou a construção desta pesquisa, por ser o local de atuação profissional da pesquisadora. Destaca-se que foi realizado um levantamento prévio das problemáticas evidenciadas pela pesquisadora, juntamente com as pessoas envolvidas no âmbito da ESF.

Com o intuito de atender o conceito da imersibilidade, a atuação da pesquisadora enquanto enfermeira assistencial desta ESF corrobora para a imersão durante o processo investigativo, visando a construção de mudanças compartilhadas neste lugar.

Esses dois meios de convergência contribuíram para a construção do conhecimento ou de inovações e mudanças no campo de atuação. Destaca-se que a PCA pode ser desenvolvida em diferentes âmbitos, quais sejam o âmbito gerencial, processual, técnico, teórico, emocional ou mesmo comportamental. Porém, o mais importante é o pesquisador ter comprometimento em atuar como um profissional da saúde na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A ESF selecionada para este estudo localiza-se na área urbana, sendo composta por duas equipes delimitadas no território, caracterizadas como equipe 19 e 20, abrangendo um total de aproximadamente 9.000 usuários. As equipes são formadas pelos seguintes

trabalhadores: dois Médicos, duas Enfermeiras, uma Dentista, uma Auxiliar de saúde bucal, dois Técnicos de Enfermagem e onze Agentes Comunitários de Saúde. Os trabalhadores possuem regime de 40 horas semanais e cargo estatutário. No território desta ESF são contempladas um total de onze microáreas com cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A ESF existe há, aproximadamente, 10 anos, sendo que há quatro anos foi realizado o concurso público para efetivação dos trabalhadores, existindo anteriormente uma grande rotatividade de profissionais temporários, inclusive no cargo de Agente Comunitário de Saúde. Além do mais, esta ESF possui imóvel alugado pela prefeitura, não estando condizente com as normas de estrutura física de ESF pelo Ministério da Saúde.

No atual momento, a equipe é cadastrada no PMAQ- AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica) do Ministério da Saúde, com vistas a melhorias no planejamento das ações e qualificação dos processos de trabalho. Além do mais, esta ESF conta com a equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

3.2.2.3 Participantes do estudo

Na pesquisa convergente-assistencial, os participantes foram os que atuavam profissionalmente no local, ou seja, as pessoas envolvidas no problema. O número de participantes do método da PCA depende do tipo de projeto e não há uma delimitação prescrita, dependendo do contexto da prática e do que vai ser inovado neste campo de atuação, uma vez que valoriza a representatividade referente à profundidade e a diversidade das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste contexto, a amostra do estudo foi efetivada de forma intencional, sendo esta amostra necessária para contribuir para maior aprofundamento das questões e busca de informações relevantes e que abrangem o fenômeno em estudo (POLIT; BECK, 2011).

Deste modo, para a efetivação da pesquisa e seleção dos participantes, se levou em consideração os critérios considerados para a inclusão no estudo, sendo esses: trabalhadores da saúde desta referida ESF e atuante há, pelo menos, seis meses no contexto do trabalho e como critérios de exclusão, definiu-se: trabalhadores que estiverem afastados do trabalho no período da produção de dados por qualquer motivo.

Portanto, foram contemplados quinze participantes do estudo que compõem a equipe de ESF, atuantes neste cenário da pesquisa. Um participante foi excluído por apresentar um período de atuação na ESF inferior há seis meses e dois participantes foram excluídos por

estar em laudo médico. Dentre esses, incluíram-se as categorias profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Dentista e Auxiliar de saúde bucal.

Foi realizado contato prévio com a equipe para o levantamento do problema de pesquisa, posteriormente, após aprovação do núcleo de educação permanente em saúde do município, foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa aos participantes, explicando maiores detalhes da proposta, com intuito de maiores esclarecimentos.

3.2.2.4 Produção dos dados

No método convergente-assistencial podem-se utilizar várias técnicas para coletar as informações dos participantes da pesquisa. O ideal no método de PCA é a triangulação de técnicas de produção de dados, instituindo mais de um instrumento para pesquisar determinado tema (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste estudo, optou-se pela observação participante, entrevista semiestruturada e grupos de convergência. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro à agosto de 2016.

3.2.3 Fase de Perscrutação

Esta fase está ligada às fases de instrumentação e análise dos dados. A palavra perscrutar significa examinar, investigar de forma rigorosa o que se pretende pesquisar. Na PCA, a qualidade de realizar a perscrutação está implicada em dois momentos da pesquisa em que o pesquisador deve estar devidamente comprometido. No primeiro, com o desenvolvimento do conhecimento e aplicação na prática assistencial e/ou inovação no campo da prática e no segundo, com o desenvolvimento teórico referente à pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Neste quesito, os autores ainda afirmam:

[...] para o pesquisador atingir esse intento, necessita penetrar na realidade da prática assistencial e conseguir as reais intenções dos participantes em se envolverem nas mudanças e/ou inovação. Assim sendo, a perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto da investigação: físico, técnico, tecnológico, científico, emocional, cultural, social, senso de ética, entre outros [...] (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46).

Assim, descreve-se posteriormente como foi realizada a coleta de informações e a utilização das ferramentas metodológicas para triangulação dos dados.

3.2.3.1 *Observação sistemática participante*

A observação é fundamental para a coleta de dados e essencial no trabalho de campo. Auxilia o pesquisador a identificar e examinar fatos que deseja estudar e aprofundar, no contexto em que ocorrem, em contato com a realidade. É uma técnica com rigor metodológico que necessita de sistematização, planejamento, com objetivos precisos e bem definidos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Trentini, Paim e Silva (2014) enfatizam que o ideal na observação participante, é que a mesma seja completa. As autoras remetem ao referencial de Spradley (1980), na qual essa modalidade consiste no envolvimento do pesquisador, de forma que o mesmo pertença ao grupo de pessoas que estão atuando neste contexto.

Conforme as autoras, devido ao conceito de imersibilidade no método de PCA, o qual traz o envolvimento e inserção do pesquisador como parte da prática assistencial, destacam que no ambiente em que o pesquisador estará imerso, não causará constrangimentos às pessoas observadas, pois o pesquisador é um integrante do contexto. Assim, a observação participante foi realizada nos horários de trabalho em que a Enfermeira pesquisadora atuou no decorrer da prática assistencial.

Diante disso, no contexto da ESF, a observação participante foi imprescindível para captar e registrar o maior número de elementos e impressões sobre aspectos relacionados à humanização no contexto do trabalho. Assim, realizou-se um roteiro para delinear as questões relativas aos objetivos do estudo (APÊNDICE A), auxiliando na coleta dos dados e prevenindo a dispersão do pesquisador. Ainda, por meio deste roteiro, pode-se identificar informações relevantes, as quais, posteriormente, foram registradas em diário de campo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Após, as anotações foram redigidas em programa Microsoft Word, com o intuito de manter o registro dos dados de forma íntegra e segura para posterior análise. Com isso, as anotações de registros importantes para o processo investigativo foram realizadas no decorrer do turno de trabalho, com registro da data e horário das informações coletadas.

Assim, se considerou aspectos relacionados às condições de ambiência, espaço físico, como os trabalhadores se organizavam no contexto do trabalho, bem como captar as atitudes e sentimentos expressos dos trabalhadores. Além do mais, pode-se captar os elementos relacionados à humanização no contexto do trabalho como relações interpessoais na equipe, relações da equipe com os usuários, equipe e gestores.

A imersão e envolvimento do pesquisador no campo de atuação contribuiu para o compartilhamento de experiências, interagindo de forma dinâmica, ativa, vivenciando o dia a dia do serviço. Além do mais, para a observação participante em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde, realizou-se o acompanhamento da visita domiciliar para investigação dos elementos relacionados ao seu trabalho, pois sabe-se que os mesmos realizam na maior parte do tempo suas atividades laborais inseridos na comunidade e externa à unidade de ESF.

As experiências relatadas pelos trabalhadores foram essenciais para a pesquisa em campo, pois todos os elementos inertes ao contexto do trabalho, ambiente e equipe de trabalho, foram imprescindíveis para a investigação minuciosa. Com isso, contribuiu para o desenvolvimento teórico referente à pesquisa e avaliação das condições para mudanças em todo o contexto da investigação.

Polit e Beck (2011), referem que para a efetivação desses propósitos, o pesquisador deve ter livre acesso ao grupo e ter uma relação harmoniosa e de confiança com os sujeitos que estão sendo investigados, com o objetivo de perceber os detalhes do fenômeno investigado.

Além do mais, durante o período de observação participante, a pesquisadora pode realizar algumas ações para efetivar melhorias no contexto do trabalho e prática assistencial, tais como inserção dos trabalhadores da equipe em processos de auto avaliação, organização dos processos de trabalho em conjunto com os trabalhadores.

A observação deu-se no período de fevereiro à abril de 2016, com um total de 136 horas em campo. O conteúdo da coleta de dados da observação participante foi identificado com a sigla NO (“notas de observação”), apresentadas no decorrer dos resultados da pesquisa.

3.2.3.2 Entrevista semiestruturada

A entrevista é um meio eficaz para obter informações relevantes acerca da temática em estudo, de acordo com as singularidades e subjetividade de cada participante. Se remete diretamente à pessoa entrevistada, com objetivo de captar, ideias, crenças, sentimentos, opiniões e só podem ser conseguidos com a sua contribuição. Além do mais, a abordagem segura para se obter as informações, é através da entrevista semiestruturada. O pesquisador elabora um roteiro de temas relacionados ao assunto a ser pesquisado, a fim de aprofundar o fenômeno estudado (MINAYO, 2014).

Ainda, há vantagens com relação a essa técnica, pois o pesquisador pode reformular as perguntas de maneira diferente, com o objetivo de adequar a compreensão das mesmas. Trata-

se de uma de coleta de informações, na qual o pesquisador e o participante da pesquisa encontram-se em uma conversação face a face, para assim, obter conhecimento e compreensão do objeto de estudo, do que as pessoas pensam ou acreditam sobre determinado assunto (MARKONI; LAKATOS, 2010).

Diante disso, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas após o término da observação participante. O instrumento foi constituído de um roteiro inicial, fechado, referente à caracterização sociodemográficos e laboral dos participantes, seguida por questões abertas, às quais estavam relacionadas aos objetivos deste estudo (APÊNDICE B) (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala apropriada na ESF. Assim, foi acordado com os participantes da pesquisa um horário mais apropriado para a realização das mesmas, foram gravadas com auxílio de um gravador digital.

O período de realização das entrevistas foi entre os meses de maio à junho de 2016, com a participação de 15 trabalhadores, sendo que a duração média foi de 40 minutos. Após, as gravações foram ouvidas e transcritas pela pesquisadora.

Os fragmentos de falas estão identificados nos resultados por meio da letra T (que inicia a palavra “trabalhador”), seguida pelo número correspondente à ordem da entrevista. As falas oriundas das entrevistas contém o identificador NE (Notas de Entrevista).

3.2.3.3 Grupos de Convergência

Os grupos de convergência são muito utilizados para técnica de coleta de dados e assistência nas pesquisas de PCA. Podem ser grupos formados com usuários, ou mesmo, por trabalhadores. É necessário que o pesquisador tenha capacidade de coordenar os pequenos grupos, ao mesmo tempo em que realiza a pesquisa e a prática assistencial. A partir do momento em que o pesquisador realiza a experiência de pesquisas com grupos, fomenta a capacidade de melhoria da prática e desenvolvimento do conhecimento teórico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Ainda, as autoras trazem atributos que são essenciais para a coordenação de pequenos grupos, destacando que os mesmos são indispensáveis para o método de PCA e que devem ser realizados utilizando-se da coerência, respeito, paciência, comunicação, empatia e síntese, destacando esse último como fundamental para o processo de pesquisa, o intuito de reunir os elementos diferentes e torná-los únicos (ZIMERMAN, 1997).

Além do mais, o ideal no método de investigação da PCA é o alcance da coesão nos pequenos grupos, porque depende disso para que se atinjam mudanças e ou inovações. Com isso, pode ocorrer um processo que perfaz quatro fases, na qual denomina-se a fase do reconhecimento, fase da revelação, fase do repartir e, por último, a fase do repensar. No entanto, para que o método de pequenos grupos seja eficaz, é necessário e prudente que o pesquisador tenha um auxiliar de pesquisa para as devidas anotações das discussões do grupo e das informações correspondentes à prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

No grupo com os trabalhadores da ESF, as entrevistas individuais e os grupos de convergência foram gravados após autorização dos participantes da pesquisa, com auxílio de dispositivos digitais e de mp3, para que após fossem analisados os dados com maior veracidade. Assim, foram realizados três grupos de convergência com os trabalhadores, sendo necessário um auxiliar de pesquisa para registrar os momentos dos grupos e os dados produzidos, assim como impressões subjetivas dos participantes, gestos e comportamentos.

O local para a realização dos grupos de convergência foi em espaço reservado para este fim, sendo esse um salão da capela da igreja comunitária que se localiza ao lado da unidade. A escolha deste espaço contribuiu para a efetivação dos grupos, pois o local apresenta um amplo espaço, sendo esse mais confortável e acolhedor. Não foi possível a realização destes grupos na própria unidade de ESF, pois a mesma não apresenta espaço físico adequado para comportar e reunir duas equipes.

O turno para a realização dos encontros foi pactuado juntamente com os trabalhadores sendo destinada a quarta-feira à tarde, pois esse é um turno destinado para as reuniões de equipe. Após os resultados dos demais instrumentos de produção de dados e término das entrevistas semiestruturadas, os grupos de convergência foram realizados com o intuito de eleger os problemas que representavam maior demanda dos trabalhadores e que eram considerados relevantes na produção dos dados.

Com o propósito de disparar os processos de convergência da pesquisa, concomitantemente com a assistência, foi necessário estimular os participantes para uma reflexão sobre seu contexto de trabalho, nas três etapas de coleta de dados. Com isso, pode-se avançar na amplitude de diálogo entre os trabalhadores, troca de experiências, fortalecimento do trabalho em equipe, no reconhecimento e na valorização profissional. Também se pode instituir mudanças organizacionais no trabalho e nas formas de enfrentamento de fatores estressantes, desgastantes, que causam o sofrimento e adoecimento do trabalhador.

Nos grupos de convergência, foram realizados processos de reflexão permeados por dinâmicas de grupo, as quais tiveram por objetivo integrar os trabalhadores e suscitar a mobilização dos seus sentimentos e pensamentos.

O diálogo foi estruturado a partir de perguntas disparadoras, no sentido de provocar os participantes a procurarem respostas, a realizarem a crítica e a levantar, entre eles, soluções para os problemas. Além do mais, os participantes foram encorajados a compartilhar suas experiências e, a partir do processo de fala e escuta, pensar, coletivamente, em estratégias de enfrentamento e transformação da realidade.

Diante disso, a atuação do Enfermeiro na área de saúde do trabalhador deve visar algumas mudanças em sua forma de agir, iniciando pelo reconhecimento do contexto na qual o trabalhador está exposto. No momento em que o Enfermeiro contribui para que este trabalhador possa minimizar os efeitos do sofrimento e insatisfação no trabalho, pode colaborar para a perspectiva de ações em saúde do trabalhador e na promoção da saúde. Especialmente quando o Enfermeiro pesquisador está inserido no contexto da prática, em conjunto com estes trabalhadores da ESF.

Após a observação participante e a entrevista semiestruturada, a pesquisadora elencou e compreendeu as necessidades de práticas assistenciais para estes trabalhadores. Tais ações poderiam ser desenvolvidas em espaços de roda de conversa para que estes trabalhadores pudessem compartilhar suas experiências, assim como discutir num esforço coletivo as questões relativas ao trabalho, sendo este um ambiente de criação e de promoção de saúde, quanto um espaço de embotamento, riscos e sofrimento. Evidenciou-se principalmente na entrevista semiestruturada as questões relativas ao sofrimento e adoecimento destes trabalhadores.

Desse modo, realizou-se um convite para a psicóloga do Programa do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF), para que participasse dos encontros com os trabalhadores, transcendendo um o apoio matricial à equipe de ESF.

Assim, descreve-se como foram realizados os grupos de convergência com os trabalhadores de ESF.

- Primeiro Grupo (27/07/2016): Foi realizado no salão da capela da igreja ao lado da unidade de ESF, com duração de 1 hora e 45 minutos. Este grupo teve 10 participantes entre os trabalhadores, pois os demais se encontravam em período de férias. Iniciou-se apresentando para o grupo os objetivos propostos para o encontro, ressaltando a metodologia e que, neste encontro, poderiam ser discutidas as questões relativas ao cotidiano do trabalho, trocas de

experiências e ao enfrentamento de situações do dia a dia do trabalho. Foi explicado sobre a roda de conversa, sobre os aspectos éticos da pesquisa, sigilo e anonimato dos participantes. No primeiro momento do grupo realizou-se uma dinâmica chamada desenho dos pés. Foram distribuídos cartazes para cada um dos participantes e solicitado que os mesmos desenhassem os próprios pés nesta cartolina, não havendo necessidade de retirar os calçados. Após o término do desenho dos pés, levantaram-se questões disparadoras aos participantes tais como: Achar que todos os pés são iguais? Esses pés caminham muito ou caminham pouco? Quais os sentimentos e relação ao trabalho? Assim, os trabalhadores buscaram suas experiências do cotidiano laboral, com trocas e debates entre os mesmos, trouxeram exemplos e elementos das situações vivenciadas. Para a finalização do encontro, foi solicitado que os trabalhadores descrevessem no desenho dos seus pés um compromisso que fariam por eles mesmos, seja no âmbito do trabalho ou para a vida pessoal. Após a leitura dos cartazes, realizou-se uma dinâmica de finalização do encontro, sendo essa chamada “dinâmica dos balões”. Dentro deles haviam palavras de motivação tais como: troca, diálogo, prazer, valorização, apoio, amizade, tolerância, motivação, confiança, criatividade. Com auxílio de uma música de fundo, os participantes erguiam os balões para o alto, após o final da música, estouraram os balões, cada trabalhador retirou uma palavra e relatou o que significava para si. No decorrer, conversou-se sobre o objetivo da dinâmica e, posteriormente, foi realizada a avaliação do encontro grupal.

- Segundo Grupo (10/08/2016): Foi realizado neste mesmo espaço, no salão da capela da igreja ao lado da unidade de ESF, com duração de 1 hora e 15 minutos. Neste encontro houve a participação de 14 trabalhadores entre os participantes da pesquisa. Alguns participantes encontravam-se de férias, retornando neste dia. Assim, foi retomado alguns aspectos e objetivos do encontro, solicitado aos trabalhadores que desligassem os celulares, que evitassem conversas paralelas e que falassem um de cada vez. Ainda, foi apresentado o auxiliar de pesquisa, bem como o seu papel no grupo. Foi realizada a pactuação do horário com os participantes. Após esse momento inicial, neste segundo encontro foi realizado um resgate acerca do que foi discutido no primeiro encontro, para validação dos dados obtidos, questionando aos participantes se os mesmos concordavam com o que emergiu. Após este momento, os trabalhadores foram provocados a realizar uma reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho e posteriormente, após conhecimento prévio dos participantes, uma conceituação teórica destes dispositivos. A partir disso, solicitou-se aos trabalhadores para observar cartazes distribuídos nas paredes do salão com figuras representativas acerca das

falas dos trabalhadores e frases. Assim, foi solicitado aos participantes da pesquisa para dividirem-se em grupos, com o intuito de estimular os trabalhadores a descrever estratégias para o enfrentamento destas adversidades e minimizar os efeitos do sofrimento. Neste segmento, o objetivo do encontro contribuiu para uma gestão coletiva de situações do cotidiano do trabalho. Ao final da atividade em grupo, foi solicitado aos participantes o que poderia ser desencadeado, de forma prática, para se efetivar melhorias no contexto do trabalho. Foi estabelecido pela maioria a necessidade de participação de representantes da gestão para o próximo encontro com os trabalhadores. Assim, finalizou-se o grupo com avaliação do encontro.

- Terceiro Grupo (31/08/2016): Neste encontro com os trabalhadores da ESF, a proposta foi uma aproximação entre gestores e trabalhadores da ESF com o intuito de resgatar o que foi acordado no penúltimo encontro, na qual surgiu a necessidade dos trabalhadores de realizar esta aproximação com representantes da gestão. Assim, esta aproximação trouxe como objetivo um reconhecimento por parte de representantes da gestão das dificuldades e facilidades vivenciadas pelos trabalhadores do cotidiano laboral da ESF. Nesta perspectiva, os trabalhadores conseguiram expor essas dificuldades e os fatores que as desencadeiam, assim como explicar a organização dos processos de trabalho. Por questões éticas do estudo, as falas de representantes da gestão não foram utilizadas para dados da dissertação, mas sim a fala dos participantes da pesquisa. Ainda, para finalizar o encontro, foram distribuídos os cartazes aos trabalhadores com os desenhos dos pés realizados por eles no primeiro encontro. Nestes cartazes, os participantes descreveram um compromisso para sua vida pessoal ou para seu trabalho. Assim, foi levantada uma reflexão do que descreveram nos cartazes e se conseguiram ou não efetivar esse compromisso. Finalizou-se o grupo com avaliação do encontro. Ressalta-se que os grupos de convergência foram gravados após a autorização dos participantes, assim como as entrevistas. Os dados foram redigidos em documento do Word, após transcrição dos mesmos. Os fragmentos de falas foram identificados nos resultados por meio da letra T (que inicia a palavra “trabalhador”), seguida pelo número correspondente à ordem da entrevista. As falas oriundas dos Grupos de Convergência contém o identificador NG (Notas de Grupo).

3.2.4 Fase de Análise

A análise dos dados da pesquisa qualitativa buscou contemplar os significados atribuídos pelos participantes da pesquisa. Teve como finalidade estruturar os dados obtidos

para melhor organização e interpretação, na medida em que o processo avança (POLIT; BECK, 2011).

No método da PCA, as análises dos dados devem ocorrer de forma simultânea, propondo reflexões acerca das informações que são coletadas. Entretanto, devem-se contemplar quatro etapas para análise dos dados, sendo estas: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.4.1 Processo de Apreensão

Nesta fase, o pesquisador deve organizar as informações coletadas. Para evitar desperdício de informações, à medida que for obtendo os dados da pesquisa, o pesquisador deve registrar os mesmos. Para que se tenha a organização dos dados, é necessário que os registros sejam em ordem cronológica, com a data e o número da entrevista ou observação, com posterior identificação do participante (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Assim, as informações foram codificadas com os seguintes códigos para melhor compreensão e organização dos dados, sendo estes: NE (notas de entrevista), NO (notas de observação), NG (notas de discussão em grupo), NA (notas de assistência) (SCHATZMAN, 1973). Ainda, após o aprofundamento e apreensão dos dados obtidos, a pesquisadora utilizou-se de estratégias que auxiliaram na conversão das informações em unidade menores, como o uso da codificação.

Portanto, essa etapa de apreensão foi essencial para que a pesquisadora conseguisse avançar no processo e obtivesse maior compreensão dos dados obtidos. Esta etapa implica em leitura e releitura aprofundada dos dados coletados, concentra-se em extrair e juntar parágrafos com declarações semelhantes e fazer o mesmo com as diversificadas. Para isso, com intuito de facilitar a leitura dos dados, o material foi impresso e encadernado, facilitando a compreensão deste.

A codificação consiste em destacar trechos das transcrições com símbolos, para que assim, possa rastrear as falas semelhantes e significativas para o estudo, as quais são reunidas em categorias (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Assim, para facilitar essa etapa, foram utilizados quadros em documento do Word com as transcrições de falas significativas e outra com a codificação. Deste modo, os códigos utilizados demonstravam as falas significativas com o propósito do estudo.

No Quadro 1 é exemplificado a codificação e categorização de dados, estabelecendo-se marcas de alfabeto para compilação das informações e grupos similares.

Assim, foram encontradas em torno de 223 falas significativas que foram agrupadas em torno de 130 códigos. Os códigos foram constantemente comparados e redefinidos, integrando um total de 12 subcategorias com agrupamento das falas significativas.

Quadro 1 – Exemplo do processo de codificação das informações

A- As percepções acerca da humanização no contexto do trabalho

1. Diminuir a ansiedade torna o trabalho mais humanizado
2. Respeito e cooperação entre a equipe convergem com a Humanização
3. Melhores condições de estrutura é essencial para um trabalho humanizado
4. Acompanhamento psicológico do trabalhador é necessário para um trabalho mais humanizado
5. Valorizar o trabalho e trabalhadores convergem com a humanização
6. Humanização está associada a relação entre usuários e equipe, usuários e gestores
7. Resolução de problemas de usuários vai ao encontro da humanização
8. Acompanhamento de outros profissionais é um fator de humanização no contexto do trabalho
9. Humanização é ter condições de trabalhar e não estar sobrecarregado

B- Desvalorização dos trabalhadores de encontro aos processos de humanização

1. Em sua maioria as capacitações são sentidas negativamente
2. Melhores condições de salário valorizam o trabalhador
3. Falta de reconhecimento quando realizam excesso de atividades
4. Poucas vezes sentem-se valorizados, quando participam de processos de auto avaliação ou pela equipe
5. Sentem-se desvalorizados pelos usuários e gestores em sua maioria, não tem diálogo com a gestão
6. Sentem necessidades de auto estima, ações de valorização

C- As percepções dos sentimentos e sofrimento no cotidiano do trabalho

1. Sentem angústia por um trabalho não efetivo, insuficiente, sentem-se doentes
2. Problemas sociais e de saúde de usuários e famílias causam angústia, choro, sofrimento
3. Impotência, angústia diante de situações de não resolutividade
4. Soma de problemas do trabalho e vida pessoal causam angústia, deprimem
5. Existem momentos de tensão e incômodo em situações de enfrentamento com usuários, sentem-se cansados, pois testados diariamente pelos usuários
6. Os trabalhadores sentem-se frustrados pelo excesso de atividades e tarefas
7. Os trabalhadores sentem-se tristes, desmotivados pela falta de valorização dos gestores, falta de diálogo
8. Percebem a necessidade de apoio psicológico, psiquiátrico, uso de antidepressivos

Quadro 2 – Códigos utilizados para categorização dos dados.

- A) Percepções acerca da humanização no contexto do trabalho
- B) Desvalorização dos trabalhadores de encontro aos processos de humanização
- C) As percepções dos sentimentos e sofrimento no cotidiano do trabalho
- D) Prazer no cotidiano do trabalho
- E) Organização do trabalho e influência nos processos de humanização
- F) Relação trabalhadores e usuários
- G) Relação trabalhadores e gestores e contrapontos com fatores da humanização
- H) Enfrentamento das adversidades
- I) Estratégias defensivas
- J) Experiências positivas no contexto do trabalho
- K) Experiências negativas no contexto do trabalho
- L) Relação trabalho e vida

3.2.4.2 Síntese

A síntese compreende a etapa em que se deve reunir as informações e elementos diferentes, concretos ou abstratos, com o objetivo de mostrar os dados essenciais para o desvelamento do fenômeno. Essa fase consiste em um aprofundamento do pesquisador, com o intuito de imergir nas informações que foram trabalhadas na fase anterior, a apreensão (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, a análise subjetiva das variações e associações das informações foi fundamental para que a pesquisadora constituísse as categorias e subcategorias do estudo. Segue a exemplificação de síntese dos achados mostrados no processo de compilação dos dados, em que emergiu dez tipos de respostas.

Quadro 3 – Síntese dos achados

<p>1) As percepções acerca da humanização no contexto do trabalho corresponde a fatores subjetivos do trabalhador, convergem com a valorização do trabalhador, organização do trabalho e os fatores que interferem como a relação usuários-trabalhadores-gestores</p> <p>2) trabalhadores sentem-se desvalorizados na sua maioria, desvalorizados por baixas condições salariais, poucas ações de capacitação e excesso de atividades</p> <p>3) trabalhadores sentem necessidade de diálogo, rodas de conversa, serem ouvidos, necessidade de ações de valorização.</p> <p>4) a humanização está associada a aspectos subjetivos do trabalhador, pois este necessita diminuir a ansiedade, acompanhamento psicológico, encontra-se em sofrimento</p> <p>5) a subjetividade e experiências do trabalho interferem na vida pessoal</p> <p>6) humanização é ter condições de trabalho, condições de estrutura, o que dificulta no contexto da organização do trabalho.</p> <p>7) o respeito e cooperação entre a equipe é um fator que converge com a humanização no contexto do trabalho</p> <p>8) na organização do trabalho existe um distanciamento entre trabalhadores e gestores, uma relação verticalizada</p> <p>9) os trabalhadores sentem necessidade de reorganizar o trabalho, necessidade de recriar o trabalho</p> <p>10) necessitam do fortalecimento da equipe para minimizar o “peso do trabalho”</p>

Desse modo, contemplando os objetivos de pesquisa e prática assistencial, instituiu-se duas grandes categorias com suas respectivas subcategorias como demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 4 – Categorias e subcategorias definidas no processo de síntese

(continua)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÃO
Humanização no contexto do trabalho em saúde.	Percepções acerca da humanização no contexto do trabalho.	A humanização no contexto do trabalho corresponde a fatores subjetivos do trabalhador, convergem com a valorização do trabalhador, organização do trabalho e os fatores que interferem como relação usuários-trabalhadores-gestores.
	Desvalorização do trabalhador como contra ponto aos processos de humanização.	
	Organização do trabalho na ESF e relação tríade trabalhador-usuários e gestores.	
	Efeitos do trabalho na saúde: uma análise de aspectos causadores de sofrimento/adoecimento do trabalhador.	

(conclusão)

Valorização da subjetividade do trabalhador: um caminhar para a humanização do trabalho em saúde.	Trabalho criativo e valorizado: Construção ampliada de valorização do trabalho em saúde.	Valorização do trabalhador e subjetividade, enfrentamento das adversidades, necessidades de rodas de conversa, atenção ampliada e interdisciplinar aos trabalhadores, estratégias para minimizar os efeitos causadores do sofrimento, benefícios da humanização no contexto do trabalho em saúde.
	Novas perspectivas em saúde do trabalhador e benefícios da humanização no contexto do trabalho.	

3.2.4.3 Teorização

Esta fase transcende para a busca de significados e valores das informações, podendo-se realizar associações, relações entre as categorias e com o referencial teórico da pesquisa. Além do mais, podem-se realizar inferências e interpretações acerca dos dados obtidos, com o objetivo de possibilitar a produção de previsões de fenômeno investigado, denominando teoria (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2.4.4 Transferência

O processo de transferência no método da PCA se constitui no momento em que os resultados são contextualizados e socializados. Os dados obtidos no estudo devem trazer contribuições no enfoque do problema de pesquisa, ao mesmo tempo, em que amplia os resultados para melhorias na atuação prática dos serviços de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para contribuição com o processo de transferência, após a obtenção dos resultados, a autora irá contextualizar e socializar, com intuito de refletir sobre possíveis melhorias na prática dos serviços de saúde.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Visando o compromisso com os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determina a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

(BRASIL, 2012b), todos os participantes tiveram acesso às informações necessárias em relação aos direitos à participação voluntária, isenção de custos, sigilo, anonimato e direito à desistência em qualquer etapa da pesquisa.

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Anteriormente a pesquisa, foi realizado um diálogo com a equipe para esclarecimentos e apresentação da proposta de pesquisa, de forma mais detalhada e consistente. Após, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Gabinete de Projetos (GAP) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município da região central do RS, obtendo parecer favorável (ANEXO A). Posteriormente, foi registrado no sistema Plataforma Brasil, com posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM), com certificado de aprovação e apresentação para apreciação ética número 52051115700005346 (ANEXO B).

Antes de iniciar a coleta dos dados, o pesquisador disponibilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE C), para que o participante tivesse conhecimento do objetivo e a metodologia do projeto, sobre o anonimato e o caráter confidencial das suas informações e para que validasse sua participação voluntária na pesquisa, perfazendo a etapa no Processo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo foi assinado em duas vias, uma ficando em posse do participante e outra, em posse do pesquisador.

Os participantes do estudo foram identificados pela letra inicial de trabalhador e por ordem de numeração, configurando como T1, T2, T3 e assim sequencialmente, respeitando-se anonimato do profissional. Este aspecto se deve a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) que normatiza a ética nas pesquisas com seres humanos.

Foi relatado aos participantes que o presente estudo poderia acarretar desconforto pelo tempo dispensado para a entrevista e lembrar algumas situações desgastantes. Caso fosse necessário, o pesquisador poderia interromper a entrevista e retomar em outro momento mais oportuno. Dependendo do desconforto do participante, se caso ocorresse alterações emocionais e psicológicas, o mesmo poderia ser encaminhado, caso desejasse, a um serviço de atenção psicológica do município.

Desse modo, na etapa da entrevista semiestruturada, constatou-se que dois trabalhadores apresentaram sinais de sofrimento/adoecimento. Assim, conversou-se com os

mesmos acerca da possibilidade de um acompanhamento psicológico pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os trabalhadores concordaram em ser encaminhados para este serviço, após o término da entrevista foi realizado o contato por telefone para o devido encaminhamento do trabalhador.

Os benefícios são exequíveis no momento em que há possibilidades de mudanças e/ou inovações no campo de atuação dos trabalhadores em prol da humanização nos serviços de saúde. Destacam-se os espaços de diálogo entre os trabalhadores, os quais favorecem o trabalho em equipe, os momentos de integração, escuta, em conjunto com a equipe de trabalho na ESF. No momento em que se potencializa os espaços de diálogo, percepção, valorização e subjetividade do trabalhador, contribui-se de forma benéfica e positiva para o desenvolvimento harmônico deste processo de trabalho.

É importante destacar que o pesquisador comprometeu-se com o sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa e as informações levantadas pelos mesmos mediante assinatura do Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (APÊNDICE D).

Este material, após conclusão da pesquisa, estará armazenado juntamente aos TCLE em um armário sob posse exclusiva da coordenadora da pesquisa, localizado na sala 1305B do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, Rio Grande do Sul, Brasil. Decorridos cinco anos do armazenamento do material, o mesmo será incinerado.

É imprescindível a socialização dos resultados finais da pesquisa, sendo que os pesquisadores se comprometem a retornar com os dados obtidos deste estudo para os participantes da pesquisa e para o serviço de educação permanente em saúde, com o intuito de expandir as experiências realizadas com outros serviços de saúde do município ou outros locais e regiões. Além do mais, os resultados serão publicados em periódicos da área da saúde e em eventos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo será apresentada, inicialmente, a caracterização dos participantes da pesquisa. Na sequência serão apresentadas e discutidas as categorias e subcategorias identificadas após análise dos dados.

Verificou-se que os participantes da pesquisa apresentaram idade entre 30 e 60 anos, a maioria do sexo feminino, o tempo médio de atuação na ESF variou entre um ano e quatro meses e 20 anos. Dentre esses trabalhadores, dez apresentam ensino médio completo, três apresentam ensino superior completo e pós-graduação, um com ensino superior incompleto e um com ensino fundamental completo.

Ao questionar se estes trabalhadores tiveram emprego anterior a este na ESF, os mesmos relataram já ter trabalhado em outras atividades diferenciadas do contexto atual tais como: trabalho informal e autônomo, comércio, atendente de farmácia, auxiliar de serviços gerais, cuidador de crianças, professor. No momento atual, cinco trabalhadores relataram ter outro ofício fora do âmbito da ESF para complementação de renda familiar. A maioria dos trabalhadores possui filhos e são casados.

4.1 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE

Nesta categoria será apresentada uma breve contextualização acerca da humanização e o trabalho em saúde e posteriormente serão apresentados os resultados adscritos às subcategorias denominadas: Percepções acerca da humanização no contexto do trabalho, desvalorização do trabalhador como contra ponto aos processos de humanização, organização do trabalho na ESF e relação tríade trabalhador-usuários e gestores e efeitos do trabalho na saúde: uma análise de aspectos causadores de sofrimento/adoecimento do trabalhador.

Inicialmente, o trabalho em saúde é descrito por autores como Merhy e Franco (2006), como um trabalho direcionado para as relações com o outro. Este, não apenas interage com os meios que abrangem as tecnologias duras tais como máquinas, normas, mas sim um trabalho vivo, em que as relações e a coletividade se inserem na dimensão do trabalho.

Ainda, o trabalho em saúde, está inserido em cenários complexos e diversificados e envolto por interesses políticos, econômicos e sociais. Assim, o modelo de Estratégia Saúde da Família contribuiu para uma reordenação e organização dos serviços e ações de saúde, substitutivo ao modelo tradicional de Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. Neste ínterim, a ESF possui como foco a centralidade na família, integralidade da atenção, a

participação social, o trabalho multidisciplinar, o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Neste segmento, espera-se que a ESF possa convergir para uma maior eficácia e resolutividade nas ações em saúde da população em comparação com Unidade Básica Tradicional (UBS), identificando as necessidades da população que estão adstritas em seu território.

No entanto, é preciso repensar no contexto em que a ESF está inserida pois existem, em muitos locais, questões relativas à vulnerabilidade de território. Tais vulnerabilidades compreendem famílias em situações de risco, uso de álcool e drogas, escassez de recursos, condições precárias de saneamento e de moradia. O local da ESF deste estudo apresenta tais características, além de um número de famílias superior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Com isso, os trabalhadores que se inserem neste contexto possuem uma gama de situações que precisam lidar no cotidiano do trabalho, momentos de adversidade e cobranças para desencadear um processo de trabalho eficaz e resolutivo. Nesse sentido, o trabalho não é apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e, até mesmo, o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, 2010b).

A proposta da Política Nacional de Humanização, além de disparar para um programa que contribua para mudanças nos cenários de saúde, busca compreender de forma mais ampla o que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho. Nesse contexto, a PNH aponta para um caminho menos desgastante para o trabalhador, proporcionado ênfase para as experiências intrínsecas na perspectiva do trabalho. Desta forma, a humanização no contexto do trabalho em saúde, concerne em desvelar as situações da subjetividade destes trabalhadores e a possibilidade de criação de estratégias para lidar com as situações que produzem incômodo, dor, insatisfação e adoecimento (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

Assim, no contexto dos trabalhadores participantes da pesquisa pode-se desvendar, através da análise dos dados, a percepção destes trabalhadores acerca da humanização no contexto do trabalho em saúde, o que aponta para situações em que a organização e as relações do trabalho interferem na subjetividade deste trabalhador. Além disso, pode-se investigar as causas do sofrimento no cotidiano laboral em que, muitas vezes, permanecem obscuras e invisíveis no contexto dos serviços de saúde.

4.1.1 Percepções acerca da humanização no contexto do trabalho

Percebe-se nesta subcategoria quais os sentidos e percepções que os trabalhadores de saúde atribuem à humanização no contexto do trabalho. Sabe-se que de acordo com a PNH, a humanização constitui um conjunto de fatores fundamentais para a construção desta política. Humanizar não é apenas a oferta de um atendimento de qualidade articulado aos avanços tecnológicos, mas sim melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Além disso, a humanização enquanto política supõe troca de saberes, diálogo entre os trabalhadores e modos de trabalhar em equipe, de forma que sustente uma construção coletiva e possa efetivar mudanças nos cenários de saúde (BRASIL, 2004).

Assim, estudos trazem uma conceituação polissêmica acerca da humanização, por vezes, desconsiderando os aspectos objetivos que envolvem a materialidade das ações. A humanização remete a características de valor, relações, empatia, porém, sabe-se que deve apresentar um entendimento mais amplo acerca do tema. Parte-se do pressuposto que a humanização é movimento ético-político que traz em si a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, entre eles, usuários, trabalhadores e gestores (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

Tais considerações são redigidas por princípios e diretrizes que fundamentam a consolidação de uma proposta de Política da humanização. São poucos os estudos que trazem a conceituação de humanização em uma esfera mais abrangente e que envolvem os processos de produção da saúde e consolidação de estratégias que otimizem esta política.

No presente estudo, os trabalhadores trouxeram alguns relatos que remetem a fatores subjetivos de conceituação da humanização no contexto do trabalho em saúde, porém alguns deles demarcaram também que a humanização é a efetividade e resolução de problemas dos usuários e a necessidades de estruturação adequada e condizente para as atividades do trabalho em saúde.

Desse modo, os participantes sinalizam para resultados em que as percepções da humanização no contexto do trabalho está associada aos sentidos de cooperação, de troca entre a equipe. Sabe-se que a ambiência, fator intrínseco à humanização, remete a um espaço de trabalho constituído por relações sociais, relações interpessoais e não apenas pelo espaço físico. As falas a seguir ilustram esses achados:

[...] para a humanização do trabalho sinto que está bem melhor, sinto calor humano, sinto respeito, sabe. Agora está humanizado, sinto uma equipe mesmo de verdade. Quando um precisa do outro, tem ajuda [...] (NE T 3).

[...] humanização aqui é quando a gente se reúne, que as colegas começam a falar, na própria reunião, as vezes, até na cozinha, quando começam a conversar, não que te alivie, mas quando falam por exemplo. “Ah fui lá duas, três vezes e não consegui”, “ahh fiz tal coisa de tal jeito”, quando a gente troca figurinhas, isso é bom... Que nem agora a colega chegou ali e falou “não consegui fazer nenhuma visita, cheguei nas duas casas e estavam fechadas”, aí penso que então não é só comigo que é assim [...] (NE T 3).

Nesse sentido, compreende-se os fatores da humanização associados à lógica de espaços construtivos e de troca de experiências demarcadas no cotidiano laboral. Os trabalhadores inferem a necessidade de espaços de subjetivação, contribuindo para o reconhecimento das limitações e dificuldades vividas no desenvolvimento do seu trabalho.

Estudo de Ferreira e Araújo (2014) remete para a humanização como estratégia para modificar o quadro precarização das relações de trabalho, constituindo novas possibilidades de construção de um cenário coletivo e crítico para os sujeitos envolvidos. Assim, quando a relação entre os trabalhadores da equipe constitui-se um fator positivo e acolhedor, conseqüentemente, pode convergir para um potencial de construção do coletivo e fortalecimento da equipe, ao encontro de propostas da humanização.

Ainda, de acordo com a PNH, não há mudança fora dos sujeitos, e sim, a partir da experiência com o outro, no coletivo, em um encontro que propicia a produção do novo, inventando e reinventando-se em um novo modo de fazer saúde. Neste contexto, presume-se a importância de espaços de interação em que a compreensão do vivido pelo outro, constitui um fator de apoio e cooperação entre a equipe de trabalhadores da ESF (BRASIL, 2004).

Em estudo realizado com enfermeiras de uma pediatria de um hospital público em saúde, identificou-se concepções de humanização associadas à cooperação entre a equipe, em que os trabalhadores apresentam relacionamento próximo e compartilhado, o qual é reconhecido de forma unânime pelos participantes. No entanto, a equipe revelou a necessidade de espaços direcionados ao cuidado de si, espaço esse que precisa ser resgatado e efetivado, com intuito de compartilhar suas angústias e sofrimentos, tanto pessoais como profissionais, bem como fortalecimento de vínculos (FREIRE, 2015).

No entanto, apesar dos sentidos de cooperação fortalecer o trabalho em equipe, os trabalhadores relatam percepções da humanização no contexto do trabalho associado à fatores que remetem à subjetividade, tais como, necessidade de amparo psicológico às demandas existentes. As falas a seguir ilustram esses achados:

[...] para mim, humanização no trabalho é ter que me acalmar um pouco, diminuir a minha ansiedade[...] (NE T 1).

[...] humanização é um tratamento psicológico, acho que no momento eu ajudaria muito mais se eu me tratasse primeiro, acho [...] (NE T 6).

A humanização no contexto do trabalho está intimamente ligada a fatores subjetivos que envolvem as situações do trabalho, a um arranjo da organização em que estão envolvidos os sujeitos dos processos de produção de saúde. Segundo essa direção, a PNH desvela a análise do trabalho vivo, em que apresenta uma referência conceitual-metodológica com abordagens sobre o trabalho humano segundo as quais a relação trabalho-subjetividade não deve estar reduzida à luta contra o sofrimento. Para ampliar a compreensão das dimensões acerca do contexto do trabalho, não se deve desconsiderar a realidade do mundo do trabalho, destacando os modos de trabalhar como eixos importantes de afirmação das possibilidades de vida (BRASIL, 2010b).

Percebe-se que a ansiedade presente nos trabalhadores aponta para necessidade de acompanhamento psicológico, tendo em vista os fatores subjetivos que envolvem as situações do cotidiano do trabalho. Precisa-se interrogar e investigar as condições em que este trabalhador está inserido no contexto da ESF, assim como compreender as causas promotoras desta situação.

Para os trabalhadores participantes do estudo realizado por Sanches et al. (2016), a humanização no trabalho implica em ofertar um aporte psicológico aos trabalhadores, ao encontro de propostas de valorização dos mesmos no contexto do trabalho, convergindo com os relatos desta pesquisa. Desse modo, deve-se atentar para propor reflexões acerca do espaço profissional vulnerável a riscos, sejam estes físicos e/ou psicossociais. Desse modo, salienta-se para a necessidade de humanizar também as condições de trabalho, no sentido de consolidar a criação de estratégias para a sua efetivação.

Além do mais, a ambiência no que concerne ao espaço físico e estruturação, diretamente envolvida com a assistência à saúde, também foi relatada pelos trabalhadores da ESF associada ao conceito de humanização no trabalho em saúde. Desse modo constata-se que, para a efetivação de propostas desta política, é fundamental um espaço físico adequado e que ofereça condições de trabalho aos mesmos.

[...] uma unidade nova, porque isso aqui funciona por boa vontade dos profissionais, porque se pensar bem, tu sai da tua casa pra vir aqui atender e às vezes, não tem sala pra ti ou para o médico atender. Acho que é bem frustrante, acho que um posto novo seria o essencial [...] (NE T 4).

[...] acho que humanização do trabalho é termos uma unidade nova, em termos de equipe. Nossa equipe é maravilhosa, é tranquila, fácil de trabalhar, é flexível, mas acredito que o fato estrutural, até para não ter tantos estresses com os usuários [...] (NE T 10).

[...] acho que melhorando as instalações já seria uma coisa muito boa, seria um diferencial muito grande, ter um posto bonito, limpo e organizado[...] (NE T 13).

Estudo de Chernicharo, Silva e Ferreira (2014) realizado com trabalhadores de um hospital público federal, demonstrou a preocupação de trabalhadores e dificuldades evidenciadas acerca da estruturação do local de trabalho e condições do mesmo. Conforme os resultados desta pesquisa, para que os trabalhadores tenham melhores condições para efetivar o seu processo de trabalho, primeiramente dependem de melhorias e modificações na infraestrutura, seguidas de modificações no quantitativo profissional para atender à demanda, da carga horária e da qualidade dos materiais.

De acordo com esse estudo, apesar da divergência entre os locais dos serviços de saúde, a preocupação dos trabalhadores converge com os achados desta pesquisa, pois os mesmos percebem a necessidade de melhorias e a influência que este aspecto pode causar na efetividade do trabalho em saúde, pois a falta de estruturação adequada pode prejudicar o atendimento aos usuários e ainda causar estresse aos mesmos, assim como desencadear sentimento de frustração aos trabalhadores.

Deve-se considerar relevante para a consolidação da ESF, a efetivação de espaços em que o ambiente possa propiciar conforto e bem-estar, tanto para trabalhadores, como para usuários do serviço. A confortabilidade do ambiente é um dispositivo favorável à qualidade do atendimento prestado à comunidade adstrita no território da ESF.

Pesquisa realizada acerca das percepções de trabalhadores de uma ESF descreve que a maioria dos participantes mencionou que o espaço físico não permite o atendimento de forma confortável para usuários e nem para os trabalhadores. Ainda, nesse estudo, foi apontado que mais da metade dos trabalhadores referem que o espaço físico da unidade de saúde não abriga mais de uma equipe de forma satisfatória. Nos espaços do serviço de saúde, relatou-se que os trabalhadores precisam compartilhar os espaços e as salas de atendimento (GARCIAI, 2015).

Desse modo, esse estudo concilia com os achados desta pesquisa, pois os trabalhadores da ESF relatam essas mesmas dificuldades e limitações para efetivar o seu trabalho de forma adequada, pois nesta unidade de ESF existem duas equipes atuantes. A sala para atendimento de enfermagem é compartilhada entre as duas enfermeiras inseridas neste campo de pesquisa e ainda, os agentes comunitários de saúde não possuem uma sala própria para as suas demandas, como digitação de cadastros e visitas domiciliares realizadas, devendo, portanto, realizar uma escala para essa finalidade.

Neste intento, compreende-se que essas limitações são divergentes aos processos de humanização, na qual destitui condições dignas, tanto para trabalhadores, quanto para usuários dos serviços de saúde. Deve-se propor uma reflexão sobre até que ponto um espaço

profissional vulnerável a riscos, sejam estes físicos e/ou psicossociais, favorece a promoção da humanização que se deseja.

Ainda, Garcia (2015) relata que para que o espaço físico de unidades de saúde e ESF, possa ser acolhedor e favorecer os processos de trabalho para mais de uma equipe de saúde da família, é imprescindível ambientes em quantidades e condições adequadas. Pois, apesar de discursos que se expandem para essa prática, não é a realidade que se encontra na maioria dos serviços de saúde da APS. Nesse sentido, as condições desfavoráveis para o desempenho das atividades dos trabalhadores, pode desencadear incômodo para os trabalhadores e gerar frequentes tensões.

Concernente aos resultados desta pesquisa, os fatores de humanização estão interligados a melhores condições de trabalho, pois o excesso de atividades, a demanda de atendimentos interferem no bem estar físico/psíquico dos trabalhadores. Além disso, dependendo das condições de trabalho, essa pode afetar de forma positiva ou negativa a prestação e qualidade da assistência, pois se há excesso de atendimentos, sobrecarga de trabalho, esses podem influenciar no modo como é ofertado os serviços e atendimento à saúde.

[...] Acho que para ter humanização deveria ter uma demanda menor, até para conseguir atender melhor o teu usuário, pois é muita gente para pouco profissional de saúde... ficamos sobrecarregados [...] (NE T 14).

Estudo realizado por Freire (2015), foram destacadas concepções de humanização interligadas com a necessidade de mudanças e reflexões no que se refere à questão da Humanização em relação ao trabalhador. Os mesmos relatam que a PNH, nessa instituição, de modo geral, prioriza a atenção para com o paciente em detrimento dos trabalhadores de saúde. Ainda, conforme os depoimentos e os achados do estudo existe uma sobrecarga de funções de cuidados direcionados ao outro, ou seja, ao paciente e à família. Porém, os participantes referem que não se sentem devidamente cuidados sentindo-se, de certa forma abandonados, sendo esse um fator de preocupação dos mesmos, acarretando uma grande sobrecarga emocional.

Além do mais, os trabalhadores enfatizam que para a humanização do trabalho é necessário ter o acompanhamento de outros trabalhadores em sua rotina de trabalho, pois assim sentem-se mais seguros nas atividades laborais, contribuindo para a efetividade do trabalho:

[...] humanização é o acompanhamento nas visitas domiciliares dos profissionais, isso já é um motivo para nós sentirmos prazer em trabalhar, tendo aquele profissional junto contigo ou um técnico, um enfermeiro ou um médico. Sabemos

que não vamos estar sozinhas lá na comunidade e o que vier pra ti de problemas, sabe que vai ter um profissional do teu lado...nos sentimos bem assim, mais seguras [...] (NE T 11).

Ainda, a humanização no contexto do trabalho está associada a um conceito de valorização dos trabalhadores, pois, quando emergem questionamentos acerca da percepção da humanização do trabalho em saúde, estes remetem à necessidade de um valor acerca da categoria profissional e condições salariais, assim como um valor associado à realização do trabalho efetivo na comunidade e serviços prestados.

[...] é a gente ser mais valorizado, dá mais atenção, valorizar mais o trabalho, vê que estamos lá na frente, a gente é a porta de entrada e de saída, então, essa ligação deveria ser mais valorizada, dar mais atenção, é gratificante, sabe, mas o problema é que está todo mundo desgastado, as pessoas estão ficando doentes, desgastadas, já não tem mais arma pra lutar, acho que tinham que dar mais atenção[...] (NE T 8).

[...] seria ganhar um pouco mais, ganhar pelo menos alguma coisa a mais da secretaria, que não fosse só cobrança, que eles viessem elogiar nós, isso já ajudaria bastante, pois o tempo que a ESF era piloto, era modelo era bom e hoje qualquer coisa é tudo errado aqui [...] (NE T 12).

[...] a humanização para o trabalhador, é isso, ter o mínimo de respeito, ter a valorização do trabalhador [...] (NG T 1).

Na perspectiva da humanização no contexto do trabalho, a PNH contempla a diretriz da valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, considerando as experiências relacionadas ao âmbito do trabalho. Nesse sentido, ao associar a humanização à valorização dos trabalhadores, os participantes confluem esses achados ao aporte conceitual de humanização, pois para que se tenha mais humanização, o trabalhador deve ser valorizado.

Sabe-se que a PNH se utiliza de um referencial em que o valor do trabalho está atribuído à produção de criação, devendo-se investir no potencial inventivo dos sujeitos que ali trabalham e não apenas no processo de produção de repetição. Assim, se contribui para alicerçar o protagonismo dos atores que constroem seus espaços de trabalho (BRASIL, 2010b).

Percebe-se que a valorização torna-se uma condição implicada nas necessidades destes trabalhadores, pois remete que a falta deste valor, deste olhar ao seu contexto de trabalho, pode implicar em processo de sofrimento ao mesmo. Desta forma, percebe-se a necessidade de aprofundamento destas questões, traçando um caminho no sentido de buscar alternativas para repensar o trabalho, enquanto valorização de criação.

Ainda, os trabalhadores desta referida pesquisa mencionam um fator de resolutividade associado ao conceito de humanização, situações em que o trabalhador entrevistou e percebeu

mudanças positivas na vida de usuários e da comunidade. Identificou que o seu trabalho foi resolutivo, ocorrendo um fator de transformação.

[...] é quando tu vê que aquela sementinha que tu planta, sabe, como um usuário que acompanhei deixou de beber e quem trouxe ele pra cá fui eu, então tu vê que tem um resultado, hoje tem uma família, não bebe mais, não usa mais drogas, sabe, constituiu a família dele [...] (NE T 5).

Neste ínterim, percebe-se o esforço e o investimento que o trabalhador exerce para que possa instituir um trabalho mais efetivo na práxis laboral. A compreensão do seu trabalho cotidiano, aliado à transformação da realidade, constitui-se a afirmação de um potencial inventivo na prática dos serviços, alicerçado aos pressupostos da humanização.

Nesta compreensão, a humanização na perspectiva do trabalho busca desencadear um conceito de humano direcionado para humanização como conceito-experiência, afastando-se de denominações voltadas para práticas humanizadas e restritas a ações pontuais nos serviços de saúde que não colocam em análise os processos de trabalho. Tal compreensão, refere-se à efetivação de experiências no dia-a-dia dos serviços e considera as formas humanas, produzidas em meio aos processos de trabalho, como efêmeras e criadoras. Desse modo, a perspectiva da humanização em saúde associa-se em “outro humanismo”, discordando-se da idealização de “homem bom”, mas sim, com a finalidade de desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento do trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

4.1.2 Desvalorização do trabalhador como contraponto aos processos de humanização

Neste segmento, percebem-se fatores associados a questões que remetem à valorização/desvalorização do trabalhador. A maioria dos depoimentos apontam para situações em que os trabalhadores não se sentem valorizados, seja por questões salariais, por falta de ações de educação permanente, falta de reconhecimento pelo seu desempenho no exercício da profissão e desvalorização por parte dos gestores. Sabe-se que o trabalhador que é desvalorizado, tanto financeiramente quanto pela quantidade de tarefas a serem cumpridas cotidianamente, pode não ofertar uma assistência de qualidade e mesmo um trabalho mais humanizado.

No entanto, poucos relatos assinalam para uma valorização dos trabalhadores, em que se sentem reconhecidos pela equipe de ESF e pelos usuários. Percebe-se que os participantes da pesquisa remetem para a necessidade de ações de autoestima, ações de valorização.

[...] precisamos de um trabalho de autoestima, de valorização do trabalhador, da importância que eles têm na equipe e que o trabalho deles, de cada um, faz parte de uma oficina [...] (NE T 1).

Entende-se que a proposta da PNH preconiza princípios e diretrizes para ampliação desta política e efetivação da mesma. Desse modo, a diretriz de valorização do trabalho e trabalhador nos referenciais da PNH, transcende para uma aposta em que haja um novo modo de sentir, um novo modo de pensar, de ampliar as possibilidades de ações nesse modo de viver. Desta forma, espaços de criação, do novo, são impossibilitadas de se efetivar quando há uma forma prescrita de trabalho no contexto laboral. Pois, são estes trabalhadores que vivenciam as experiências do dia a dia, as circunstâncias do inusitado, reais e singulares (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

Ainda os autores Morschel e Barros (2014), referem que o trabalho deve ser visto como um tempo de criação, não pelo tempo cronológico de execução do mesmo. O sujeito trabalhador emerge nesse contexto do trabalho e nesse cotidiano perpassa por inúmeras situações inusitadas e reais, devendo realizar escolhas e estar em relação com o outro. Para que possamos dar conta desta dimensão, devemos pensar em gestão de situações que não estavam previstas.

Percebe-se que existe uma dimensão do trabalho em que transcende o invisível e pode estar irreconhecível e que tal dimensão se encaminha para o trabalho criativo. A PNH aposta e preconiza a valorização desta dimensão do trabalho e reconhece necessidade de investigar essas questões. Assim, esse valor transcende a solidariedade, a justiça, as relações com o outro e a relação histórica e singular com o trabalho. São estes sujeitos inseridos no contexto do trabalho que possuem saberes e experiências que podem ser compartilhadas, com o intuito de construção de um coletivo e de um saber em comum (MORSCHTEL; BARROS, 2014).

Os trabalhadores da ESF percebem a necessidade de transcender a esses valores, em que as suas experiências e seu contexto de trabalho sejam ouvidos, sejam relatados, que suas percepções sejam valorizadas. A PNH demanda para um valor do trabalho como um valor que afirma a vida, demarca para relações transversais e não verticalizadas, partindo de que trabalhar é sempre uma luta de resistências. Deve-se transparecer essa invisibilidade do valor do trabalho criativo e potencializar as experiências ao modo de gerir os processos de trabalho (BARROS; BENEVIDES, 2007).

Ainda, Brasil (2010b), destaca o trabalho na óptica da PNH como

[...] produção de bens e serviços para os usuários, e, também, espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos, contribuindo para a formação e exercício de graus maiores de protagonismo e autonomia [...].

Neste ínterim, é imprescindível repensarmos as questões que remetem a valorização/desvalorização do trabalhador da saúde. Deve-se contextualizar a práxis laboral e as experiências que vivenciam diante do inusitado e imprevisto. Tais ações de valorização podem abranger estratégias e ações com intuito de colocar ao centro a voz do trabalhador. Neste contexto, suas percepções do cotidiano laboral podem contribuir para estratégias de melhorias e o valor criativo do trabalho, o que aposta o referencial da PNH.

4.1.2.1 Necessidade de valorização pelo trabalho efetivo

O contexto do trabalho em saúde na ESF busca como estratégia, ações pautadas nas necessidades de comunidades atendidas, tendo como função a responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita às equipes de ESF. Assim, como ordenadora do cuidado prestado a essa população, deve ter resolutividade nos problemas de saúde das pessoas atendidas (MENDES, 2015).

Desse modo, os trabalhadores da ESF precisam organizar e planejar as ações que possam efetivar uma assistência à população e comunidade de acordo com as necessidades locais. Este empenho dos trabalhadores em efetivar tais ações, muitas vezes, não é reconhecido, não é valorizado, conforme os relatos de alguns participantes.

Por vezes, os trabalhadores necessitam desempenhar atividades no trabalho devido a questões emergentes de saúde local e da comunidade. Tais ações se estendem para além do horário de trabalho e são solicitadas por intermédio de gestores locais. Conforme os relatos, os trabalhadores sentem a necessidade do reconhecimento pelas atividades desempenhadas, pelas funções exercidas na comunidade, seja por usuários, gestores ou mesmo pelos colegas de trabalho.

[...] a partir do momento em que não é valorizado, que quando reclamam tu fala e se elogia, não falam, porque tu fala a reclamação e não fala o elogio, um elogio é sempre bem-vindo para um funcionário [...] (NE T 6).

[...] não me sinto valorizada, nem reconhecida muito menos, a gente é um zé ninguém, se tu não fazer o teu trabalho, não fazer por conta própria, tu não assumir um compromisso, tanto faz como tanto fez. Só que na hora que eles precisam da gente, estamos sempre dispostos a servir né, mas não é reconhecido [...] (NE T 8).

[...] porque, às vezes, não reconhecem mesmo, fazemos uma coisa boa e ninguém enxerga isso, ah que bom que tu fez isso, parabéns. Muitas vezes, não falam isso para a gente, nem os profissionais e nem a comunidade também. Um pouco a gente se sente diminuída, desvalorizada [...] (NE T 11).

Desse modo, percebem-se associações de sentidos de valorização em que os trabalhadores desejam, além de compensações de ordem material (salário), o reconhecimento institucional pela trajetória e implicação com o trabalho em uma esfera do processo e de relações de trabalho. Essa visibilidade do trabalho concreto e o sentido vivenciado pelo trabalhador, é o que constitui o valor ético, direcionado para elementos como respeito, justiça e cooperação, valores que determinam o envolvimento com o trabalho (SANTOS-FILHO, 2011).

Estudo realizado com trabalhadores de Enfermagem da estratégia saúde da família na região Sul do Brasil, evidencia a necessidade de reconhecimento pelo trabalho desempenhado, sendo esta muito importante. Assim, com o intuito de motivar os trabalhadores no desempenho de suas atividades, os participantes remetem para a necessidade da chefia elogiar e reconhecer o seu trabalho, com o propósito de elevar a sua autoestima (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

Neste íterim, dar visibilidade ao valor do trabalho que transcende ao valor criativo e subjetivo do mesmo, vai ao encontro do modelo da PNH. Desta forma, é necessário haver um resgate destes valores relacionados ao trabalho, pautado na produção de criação, em detrimento da produção de repetição, no contexto do trabalho em saúde da APS. O reconhecimento dessa força despendida para um trabalho mais efetivo, em que os trabalhadores necessitam reinventar, enfrentar situações não previstas no cotidiano laboral, deve ser desvelado para a construção de relações dialógicas e transversais e também para que os trabalhadores possam se sentir motivados e satisfeitos pelas atividades laborais (ROZA et al., 2014).

4.1.2.2 Desvalorização por condições salariais precárias

Ainda, as questões que remetem a condições salariais precárias aparecem de forma frequente nas entrevistas, convergindo com a desvalorização do trabalhador de ESF. Sabe-se que condições salariais satisfatórias motivam o trabalhador para o desempenho de suas atividades laborais. Percebe-se que as questões salariais e os direitos básicos como piso salarial e outras reivindicações, são essenciais para o reconhecimento de categorias profissionais o que, muitas vezes, pode ser um fator frustrante para o trabalhador de saúde da ESF.

[...] acho que a gente é mal remunerado, pelas coisas que tu faz, faz um monte de coisa que, às vezes, nem é da tua responsabilidade, mas acaba fazendo [...] (NE T 3).

[...] hoje, se vai depender só do meu salário é escasso para sobreviver, mas em relação a um todo, acho que a gente poderia estar ganhando um pouco melhor [...] (NE T 5).

[...] acho que a gente ganha muito pouco perto do que a gente faz. O mínimo que tinha que ter era colocar o nosso piso salarial, já iria melhorar bastante [...] (NE T 6).

[...] me sinto impotente, que não se tem o que fazer, quando tem paralisação, é perda de tempo e ainda perde o dia de trabalho [...] (NE T 3).

Estudo realizado por Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016), destaca questões relativas à desvalorização de trabalhadores de ESF. Neste estudo, os autores trouxeram os sentidos de concepção de desvalorização e sinalizaram para algumas reflexões que apreendem a valorização dos participantes. Assim, identificou-se neste estudo, que as condições salariais precárias contribuem para a desvalorização do trabalhador, sendo esse um elemento principal, assim como carga horária de trabalho e inúmeras responsabilidades para o desempenho de suas atividades.

4.1.2.3 Poucas ações de capacitação desvalorizam o trabalhador

Além desses fatores, alguns elementos são apontados no decorrer da coleta de dados que remetem à desvalorização dos trabalhadores, dentre eles a escassez de ações de capacitação. Ainda, os trabalhadores sentem a necessidade da retomada desses momentos, porém de forma mais prática e ativa no contexto do trabalho. Sabe-se que as ações de educação permanente em saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Tais ações, são intrínsecas aos processos de valorização dos trabalhadores, inseridos sob a óptica da PNH (BRASIL, 2010b).

Assim, alguns relatos apontam para essas percepções de trabalhadores da ESF:

[...] acredito que falta tempo para educação permanente, uma atualização, uns minutinhos até pra gente sentar e trocar ideias...acredito que poderia ter mais essas ações dentro da equipe, para valorizar o trabalhador [...] (NE T 1).

[...] poucas ações de capacitação, tem muito pouco né, quando trabalhei há seis anos atrás, tínhamos mais acesso a isso, desde que estou aqui a única ação foi a da planificação [...] (NE T 2).

[...] é tudo muito bonito no papel, mas quando vai praticar, não funcionam assim. No papel acontece, mas na vida real não [...] (NE T 9).

[...] capacitação seria a gente entrar numa sala e ter instrutores falando numa tarde ou numa manhã sobre aquele assunto e as situações que a gente pode estar encontrando e como saber lidar com aquela situação e o que fazer. Então, nesse sentido, capacitação não numa palestra geral, uma coisa de uma, duas, três horas e com todo mundo olhando no relógio, mas algo mais específico, a cada três ou seis meses. Tipo oficinas, mas não com muita gente, com uma ou duas unidades [...] (NE T 7).

[...] a gente não tem aquelas capacitações que a gente tinha pra atualização de vacina, até para o bem estar da gente, mas isso aí não tem mais, não existe [...] (NE T 8)

No entanto, apesar das ações de educação permanente serem escassas e os trabalhadores perceberem a necessidade de mais qualificação para contribuir com a melhoria dos processos de trabalho, percebe-se nas entrevistas assim como na observação participante, que os trabalhadores mencionam as ações da planificação como efetivas para ações de educação permanente. Nesse modo, é relevante mencionar a iniciativa do município e gestores para instituir essa atividade com os trabalhadores da APS. Assim, a planificação no município, foi proposta pelos gestores estaduais para estabelecer prioridades e apoiar iniciativas de indução da organização da APS, assim como apoiar estratégias de programação e integração entre os diversos pontos e níveis de atenção da rede de saúde.

A proposta emergiu do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que se propõe a planificação nos municípios, entendido como um processo de planejamento da atenção à saúde. Com isso, foram realizadas onze oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão. A partir disso, foram discutidas questões referentes ao contexto das Estratégias Saúde da Família e do sistema de saúde municipal, com intuito de levantar questões relevantes para a melhoria e organização dos processos de trabalho, assim como fomentar ações de educação permanente com os serviços de saúde.

[...] nestes dias em que foram realizada as oficinas de planificação, as equipes de ESF conseguiram repensar sobre seu trabalho, sendo esse um momento inédito no município, visando qualificar os processos de trabalho das equipes, conforme relato de um trabalhador. Porém, houve uma opinião controversa, que mesmo com as oficinas, continuaríamos na mesma situação, sem mudanças significativas. Pode-se perceber que as equipes reuniram-se para desempenhar as atividades e repensar acerca do planejamento de ações e melhorias no âmbito da ESF, na perspectiva de os trabalhadores serem capazes de transformar os processos de trabalho e instigar a participação de cada trabalhador neste processo de transformação do seu cotidiano de trabalho e do seu gerir [...] (NO, 10/03/2106).

Percebe-se que as oficinas de planificação contribuíram para efetivar ações voltadas para a valorização do trabalhador, instigando para a proposta da PNH. Assim, o modo diferenciado de prática metodológica e a inserção dos trabalhadores os quais foram capazes de

transformar o meio em que vivenciam, favoreceu um modelo mais ativo e participativo no âmbito laboral. A proposta das atividades de planificação objetivou mudanças concretas nos processos de trabalho e na abrangência de qualificação aos trabalhadores.

4.1.2.4 Desvalorização por gestores

Os trabalhadores também mencionaram o quanto sentem falta da valorização provinda dos gestores, o que aparece nas falas a seguir:

[...] às vezes, muitas vezes a gente faz as coisas e não valorizam, a gestão não valoriza, a gestão não valoriza ninguém [...] (NE T 9).

[...] logo que eu entrei me organizava mais, eu anotava, tinha uma sequência. Quando eu entrei nós éramos mais valorizados, mais escutados, nós tínhamos um prefeito que dizíamos olha está ruim, temos que fazer tal coisa e tu conseguia conversar com a gestão. O que agravou nessa gestão atual é que tu não tem diálogo [...] (NG T 6).

As falas ilustram para a necessidade de espaços em que possa se efetivar a troca de diálogo entre gestores e trabalhadores, pois a falta de diálogo e espaços de interação entre os sujeitos que abrangem os serviços de saúde são fatores agravantes no atual cenário em questão. A escuta qualificada dos trabalhadores, de suas dificuldades, dos elementos que limitam a efetivação do trabalho, são interligados a concepção de valorização. Entende-se a necessidade de se instituir momentos em que os trabalhadores possam ser ouvidos por gestores, seja no âmbito do trabalho ou em outros locais, pois assim, poderiam sentir-se mais valorizados.

4.1.2.5 A Valorização é reconhecimento de usuários e equipe de ESF no âmbito laboral

No que tange à percepção de poucos relatos acerca da valorização dos trabalhadores, os mesmos se referem uma valorização por parte dos colegas da equipe de ESF e ainda associada ao reconhecimento de usuários pelo seu trabalho ou quando direcionados para resolutividade dos problemas.

[...] Quando eles dizem “ahh consegui tal coisa, resolvi isso” é uma maneira de reconhecimento [...] (NE T 3).

[...] a gente faz o trabalho na escola, e as crianças na escola que fazem parte da comunidade, já reconhecem a gente, “ahh eu lembro, você é lá do postinho”, eles te reconhecem e já te dão importância, acho que isso é um reconhecimento sim [...] (NE T 2).

Estudo de Guanaes-lorenzie Pinheiro (2016), realizado com trabalhadores de uma ESF, destaca que os usuários reconhecem e valorizam os trabalhadores quando esses proporcionam resolutividade na atenção à comunidade e nos problemas de saúde dos mesmos. No entanto, sabe-se que, muitas vezes, a resolutividade não depende de questões técnicas do profissional, mas de fatores de ordem burocrática e da complexa organização do sistema de saúde.

Ainda, o reconhecimento de usuários pela efetivação do trabalho exercido proporciona um fator de motivação e, apesar de poucos relatos remeterem a isso, é relevante mencionar esses aspectos que convergem com o valor do trabalho efetivo no contexto da ESF.

Neste segmento, destacam-se os sentidos de valorização entre a equipe de ESF, sendo peculiar aos valores de cooperação entre a equipe. Pode-se perceber na observação participante que os trabalhadores da ESF percebem uma interação entre a equipe no âmbito da ESF e um reconhecimento pelo desempenho do trabalho no cotidiano na práxis laboral.

Desse modo, durante o período da observação participante, foi possível contribuir, em determinado momento, para promover processos de valorização entre a equipe de trabalhadores da ESF. As experiências intrínsecas e singulares no contexto laboral de cada trabalhador são importantes para o compartilhamento dos saberes e a PNH preconiza os sentidos de cooperação e valorização das percepções dos sujeitos inseridos neste cotidiano laboral.

Assim, estimulou-se para a efetivação e participação conjunta de processos de auto avaliação entre a equipe de trabalhadores da ESF. Neste contexto, procurou-se contemplar a efetividade de ações do programa do Ministério da Saúde que se denomina Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Desse modo, foi necessário realizar um questionário de auto avaliação, sendo este concebido por itens que mencionam dimensões relacionadas aos processos de trabalho, organização e estruturação da unidade, insumos e materiais, entre outros elementos.

Neste íterim, foi repassado este questionário com a leitura de todos os itens e estabelecida uma nota para cada dimensão avaliada. Com isso, pode-se perceber a identificação de problemas e necessidade de estratégias para adequar melhorias nos processos de trabalho. Acredita-se que este processo de auto avaliação contribuiu para uma reflexão dos sujeitos e grupos implicados, com o intuito de fomentar a autoanálise, a autogestão e a identificação dos problemas. Ainda, contribuiu para formular estratégias de melhorias do serviço e das relações, atuando como um dispositivo indutor da reorganização do trabalho das equipes, potencializando os sentidos de cooperação.

Além disso, percebeu-se que através desse processo de avaliação das equipes, os mesmos conseguiram evidenciar a necessidade de melhorar os indicadores de saúde pertinentes ao PMAQ e que para melhorar esses indicadores dependeria da atuação de toda a equipe, pois um trabalho depende do outro, devendo ser sempre necessário fortalecer os sentidos de cooperação. Assim, a enfermeira pesquisadora levantou essas questões, trazendo na discussão o quanto é importante a participação de cada trabalhador e o desempenho dos seus papéis para que a equipe se fortaleça (NA).

Ainda, foi perceptível na compreensão das falas dos participantes, a necessidade de momentos que possam valorizar os trabalhadores, ressaltando suas percepções reais e singulares.

[...] relatou-me acerca da necessidade de momentos como esse, pois até então não tinham participado de processos de avaliação. Disse, que anteriormente não sentiam-se reconhecidos pelos colegas de trabalho, pois, apenas dois colegas realizavam este processo de auto avaliação, sem interferência do restante da equipe [...] Contou-me que hoje sente-se mais valorizada pela equipe [...] (NO, 02/03/2016, entrevista informal com T16).

A PNH considera que afirmar a saúde como política pública só acontece quando consideramos em que há indissociabilidade entre os modos de gerir processos de trabalho, promovendo a visibilidade da dimensão do trabalho criativo. Assim, mais do que afirmar o nome de uma política, o importante é fortalecer os movimentos inventivos de expansão da vida que se dão no cotidiano (MORSCHER; BARROS, 2014).

De qualquer forma, independente da fonte de onde provem o reconhecimento, os trabalhadores carecem destas manifestações, as quais contribuem efetivamente para a obtenção e manutenção da saúde psíquica dos mesmos.

4.1.3 Organização do trabalho na ESF e relação tríade trabalhador-usuários e gestores

Neste contexto, vale ressaltar como tem sido a contribuição da PNH no âmbito da discussão dos processos de trabalho e da organização de serviços de saúde. Sabe-se que a PNH preconiza alguns princípios em que ressalva a indissociabilidade entre atenção e gestão, assim como torna indissociáveis as discussões nos modos de operar no âmbito dos processos de trabalho e como estes são geridos. Ainda, elucida elementos como a transversalidade e protagonismo dos sujeitos, melhorando a comunicação entre os grupos e dentro dos mesmos.

Ressalta-se que os processos de trabalho também são processos de produção dos sujeitos, visto que o que é humano não é algo estático, mas em constante movimento.

Portanto, o que se produz a partir do humano, também é algo que se move e, sendo assim, também se modifica ao longo de sua execução. Neste sentido, a PNH propõe uma análise pelos diversos sujeitos que constituem o SUS, visto que os cenários da saúde constituem-se de uma complexa trama de relações e experiências intrínsecas observadas na realidade. Desse modo, pode-se utilizar estratégias para estimular novos modos de criar, adaptar e ainda, valorizar a individualidade e autonomia dos sujeitos (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Sabe-se que avaliar as condições de trabalho e atividades laborais aos quais os trabalhadores estão inseridos nos cenários da saúde, são essenciais para a abertura de uma discussão acerca do reflexo de suas práticas. Em situações em que o sistema é falho, burocratizado, não resolutivo, pode-se trazer um significado de responsabilidade do trabalhador na prática dos serviços. Ainda, devido à crescente degradação de estrutura institucional e condições de trabalho, pode gerar repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

Ainda, para que os trabalhadores estejam motivados e sejam promotores de ações humanizadoras, precisam ter condições dignas de trabalho, pois esta é a peça chave de uma construção coletiva que também envolve gestores e usuários (SANCHES et al., 2016).

Neste segmento, os apontamentos desta pesquisa revelam elementos que transitam na precariedade de condições de trabalho, excesso de atividades e burocratização do trabalho. Há uma primazia no estabelecimento e alcance de metas e ações em detrimento à qualidade do trabalho efetivo. Ainda, percebem-se relações distanciadas entre gestores e trabalhadores e conflitos no estabelecimento das relações entre trabalhadores e usuários, demandando necessidade de reorganização nos processos de trabalho. Porém, deve-se reconhecer as relações solidárias e constituídas como um potencial coletivo de cooperação entre a equipe de trabalhadores da ESF, contribuindo para elementos de confiança entre os sujeitos da produção de saúde.

4.1.3.1 A organização na conjuntura real do trabalho

Desse modo, sabe-se que o trabalho da ESF compreende uma amplitude de ações que são ofertadas, buscando abranger os diversos ciclos de vida. Além disso, busca contemplar a elaboração de estratégias em situações endêmicas e epidêmicas, levando em conta os determinantes sociais.

As equipes de ESF atendem às circunstâncias que envolvem a atenção à saúde da população, portanto, demandam de estratégias e preparo técnico dos profissionais para o desencadeamento de suas práticas. Com isso, a eficácia dessas demandas pressupõe um

trabalho em equipe e integração organizada entre os diversos indivíduos com competências distintas. Assim, essa dinâmica complexa e de organização do trabalho demarcam para diferenças entre as prescrições e o trabalho real, o que torna mais complexa as interações entre os indivíduos (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Sabe-se que estas diferenças marcantes no cotidiano do trabalho, são perceptíveis no decorrer das funções exercidas pelos trabalhadores da ESF. Entende-se que o trabalho que está prescrito no conjunto de tarefas e funções está previsto pelo trabalhador, tais tarefas são esperadas e direcionadas em suas competências. No entanto, o que caracteriza o trabalho real, é a realidade das experiências do cotidiano laboral e pelas situações inesperadas que surgem no decorrer deste trabalho o que, em muitas situações, sugere estratégias de mudanças ou condutas (DEJOURS, 2004a).

Assim, relatos apontam para situações em que o trabalho em saúde requer novas formas de gerir, de criar, em que estratégias de mudanças são necessárias para contemplar o trabalho efetivo. Ainda, demarca por condições em que o trabalhador não consegue desempenhar tarefas condizentes com suas funções.

[...] a própria visita, tem horários que não adianta tu ir, tu vai mudando, porque eu faço por rua e tem três, quatro casas daquela rua que não adiantava ir de manhã e daí teria que ser na primeira hora da tarde, tu tem que ir remodelando tudo de novo [...] (NE T 3).

[...] então, a gente não consegue sair muito da unidade, tenta se organizar pra esse trabalho também, que é a questão da orientação e da prevenção, mas nem sempre consegue [...] (NE T 10).

Ainda, percebe-se que o trabalho em saúde é cada vez mais instituído por normas e protocolos que operacionalizam o desenvolvimento das tarefas e funções pertinentes a cada trabalhador. Neste contexto, compreende-se uma insatisfação dos trabalhadores, decorrente de fatores limitantes à efetividade das suas funções:

[...] chega lá e tem que escrever numa papelada, o meu serviço mesmo eu acho que está perdido, ultimamente, porque é só papel, não tem como tu não ter uma papelada para preencher, é muito papel [...] (NE T 6).

[...] ultimamente estou desempenhando só a função de preencher papel, de orientação eu tento passar, quando estou preenchendo entre um papel e outro [...] (NE T 4).

[...] chego nas casas e tem quatro papeis para responder, quando vê já passou mais de uma hora e tem que responder para cada um e quando retorna tem mais dois papeis para responder e as pessoas querem falar dos problemas delas e tu não consegue... Como eu era no começo, está bem diferente, não vejo resolutividade, vejo produção, mas não resolutividade [...] (NE T 6).

Compreende-se que existem dificuldades na efetivação das tarefas pertinentes às práticas laborais dos trabalhadores que, em algumas situações, não conseguem desencadear atividades que são próprias do contexto da ESF como ações de promoção e prevenção de saúde. Ainda, apresentam dificuldades na execução de tarefas pertinentes ao seu papel e práxis laboral, devido ao cumprimento de preenchimento de papéis e cadastros que são essenciais para o acompanhamento das famílias. No entanto, percebe-se que, em algumas situações, há a necessidade de remodelar o seu trabalho, utilizando-se de estratégias para recriar e reinventar o que estava prescrito no cotidiano do trabalho.

As ferramentas que organizam a prestação dos serviços e saúde, assim como a incorporação de protocolos, facilitam e orientam as atividades laborais porém, muitas vezes, dificultam o cumprimento do trabalho. Estas situações trazem o desafio de tomada de iniciativas e remodelações na conduta dos trabalhadores. As práticas diárias e as atividades efetivas mostram o quão variável é o tipo de atitude dos trabalhadores mediante tais situações. As atitudes compreendem desde posturas ativas com tentativas e estratégias de solução, assim como atitudes de imobilidade, com dificuldades na compreensão ou governabilidade de suas funções (SANTOS-FILHO, 2011).

Na perspectiva do trabalho em saúde, há que se destacar que toda atividade tem possibilidade de ser adaptada e reajustada diante das normatizações e protocolos que surgem pois, para se atingir um resultado eficaz, uma finalidade, nem sempre se consegue com execução rigorosa da organização prescrita do trabalho.

Para Dejours (1997), esse modo de agir se expressa como “atividade útil coordenada”, sendo essa atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita; aquilo que em uma tarefa não pode ser obtida pela execução rigorosa do prescrito; aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres para levar em conta o real do trabalho.

No entanto, precede-se para alguns apontamentos que ainda primazia para a eficácia do trabalho obtido associada a uma quantificação e cumprimento de metas e resultados em detrimento à qualidade da práxis laboral. Estes apontamentos transcendem no decorrer da observação participante e mesmo pelas entrevistas com os trabalhadores.

[...] hoje não tem essa qualidade, só números que a prefeitura quer, só números...é números e tem que atingir as metas, tem que fazer aquilo e se não faz somos cobrados [...] (NE T 12).

[...] além das inúmeras funções que temos, ainda precisamos digitar todos esses cadastros, temos que atingir o número de cadastros para terminar o quanto antes [...] (NO, 10/03/2016, entrevista informal com T6).

Nesse sentido, compreende-se para os achados desta pesquisa que apresenta características de um modelo de organização do trabalho que faz referência a um nível de quantificação, controle e obtenção de metas.

Acrescido a isso, destaca-se para fatores históricos associados a transformação das práticas do trabalho em saúde, em que transcende para uma reestruturação produtiva e transição tecnológica da saúde. Desta forma, pode ocasionar repercussões na dinâmica organizativa e mesmo na prestação de serviço aos usuários. Estas modificações nos cenários da saúde, acompanhando questões mercadológicas tradicionais demarcam para acentuação de um trabalho fragmentado, estruturado por meio de processos instituídos e atos prescritivos, configurando-se como uma lógica instrumental-dura de incorporação de recursos (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Assim, pensando para reflexões pertinentes aos modelos e diretrizes propostas pela PNH, há uma ruptura com concepções em que o trabalhador é um executor neutro de prescrições matematizadas e cronometradas, sem perceber as reais conjunturas da qualidade e frequência da atividade realizada. A PNH aposta em uma recusa de uma perspectiva taylorista, segundo o qual o trabalhador eficaz obedece às normas e produtividade, na qual predomina uma racionalidade técnica em oposição à subjetividade do trabalho (ROZA et al., 2014).

Os trabalhadores da ESF apontam para a perspectiva de um trabalho em que os conduz, balizados por exigências do rendimento produtivo, o que se percebe através das falas, em uma crítica por cobranças externas e falta de qualidade no trabalho exercido. Neste ínterim, se identifica que o trabalhador reconhece essa desqualificação associada ao trabalho como crítica às estratégias de dominação nos processos de produção de saúde.

Estudo realizado por Shimizu e Junior (2012), aponta para elementos considerados como fatores críticos ao modo de organização do trabalho em ESF, localizada no Distrito Federal. Tais elementos destacam a pressão exercida no trabalho, em que há cumprimento de prazos para a realização do mesmo, cobranças de resultados, fiscalização de desempenho no trabalho e os resultados desejados não condizentes com a realidade, revelando um enfoque voltado para o incremento da produtividade.

Ainda, estudo realizado acerca de condições de trabalho e adoecimento em trabalhadores da saúde, as autoras apresentam apontamentos que demarcam para uma baixa

satisfação de trabalhadores tendo em vista normas rígidas de organização do trabalho, baseadas em prioridades não compartilhadas e em cobrança de produtividade (ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012).

Desse modo, deve-se atentar para os fatores que transcendem para a quantificação do trabalho efetivo na conjuntura da realidade da organização do trabalho em saúde na ESF. Corroborando com isso, Merhy, destaca a incorporação de atos prescritivos, centrados em insumos e procedimentos em oposição às necessidades dos sujeitos, o que causa inferências nas relações estabelecidas no contexto do trabalho, prevalecendo o trabalho morto em detrimento do trabalho vivo (MERHY, 2002).

Neste segmento, é necessário repensar nesse dinamismo, pois a PNH aposta no ser humano diante da sua existência concreta, na sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Deve-se refletir coletivamente sobre tais questões no âmbito do trabalho e da organização, pois, o trabalho em saúde, cada vez mais precisa considerar os elementos e as características que o constituem. Além disso, considerando os modos das relações sociais que se estabelecem, a lógica de produtividade e a transição tecnológica na saúde, tem se reduzido a inventividade e autonomia do trabalhador. Ainda, se destaca a fragmentação associada à realização dos procedimentos, à hierarquia de organização dos serviços, mesclando num ambiente de trabalho também atravessado por diferentes tipos de riscos aos trabalhadores (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Acrescido a isso, há que se destacar para características marcantes na lógica do trabalho em saúde no contexto da ESF. Tais elementos se constituem por apresentar um excesso de atividades desempenhadas pelos trabalhadores da ESF, com sobrecarga de funções e dificuldades em realizar outras tarefas externas à unidade. Tais apontamentos demarcam para o consenso na perspectiva da lógica da produtividade e dos movimentos de transição tecnológica da saúde. Assim, revelam-se alguns depoimentos que despontam nesse contexto:

[...] estamos com mais famílias cadastradas do que deveríamos ter, assim fica difícil de acompanhar todas as famílias, ainda mais com muitas funções que precisamos fazer e ainda mais digitar todos esses cadastros [...] (NO, 03/03/2016, entrevista informal com T 7).

[...] a gente precisa as vezes sair daqui da unidade e fazer outras coisas, a gente sente essa necessidade, do que ficar só aqui dentro o dia todo [...] (NE T 2).

[...] percebo que tem setores que estão bem carregados, não sei se é pelo excesso de população, não consegue fazer o serviço que seria na real e que deveria ser feito, inclusive nós, estamos muito sobrecarregados pelo excesso da população, isso acarreta em toda a equipe, alguns estão mais sobrecarregados e outros nem tanto [...] (NE T 5).

A complexidade das configurações que regem o trabalho em saúde, perpassam pelo cenário amplo que abrange a estruturação da organização institucional dos serviços de saúde. Desse modo, compreende-se as dificuldades evidenciadas no decorrer do trabalho influenciado de uma conjuntura abrangente de APS, condicionadas às adaptações do modelo de saúde vigente. Compreende-se que a ESF, sendo eixo reorganizador da atenção básica, trouxe a relevância de problemas relacionados frente às demandas sociais e demográficas existentes. Percebe-se, conforme os relatos, que existe uma sobrecarga de trabalho entre os trabalhadores da ESF também influenciada pelo excesso de população adstrita no território.

Neste ínterim, entende-se que estas variáveis afetam diretamente a realização do trabalho efetivo pelos trabalhadores e ainda, a atenção aos usuários e comunidade da ESF. Na compreensão do âmbito do território, ressalta-se a realidade de saúde desta população, considerando sua complexidade social, econômica e cultural. Apesar da ESF ser um modelo de reorientação favorável quando comparada à UBS tradicional, requer inúmeros desafios diante das necessidades atuais vigentes e da precariedade de ações mais consistentes na organização e planejamento da APS a nível institucional (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Deve-se atentar para a realidade que se estabelece no âmbito dos cenários da atenção primária em saúde pois são fatores limitantes ao trabalho efetivo, o extravasamento de um número de população superior ao que é preconizado pelo MS. Desse modo, a resolutividade e a prestação de serviços à população podem ser comprometidos no âmbito da ESF. Além do mais, essa “demanda de assistência”, por excesso de população ou tarefas condizentes com o cargo em questão, pode tornar-se um fator prejudicial à saúde dos trabalhadores.

4.1.3.2 A precariedade na estruturação física da ESF

Neste delineamento, durante a observação participante e entrevistas, foi possível compreender o contexto de precariedade na estrutura física da unidade em que os trabalhadores da ESF executam o seu trabalho. Deve-se mencionar esses elementos, pois se entende que os fatores de humanização no contexto de trabalho, levam em consideração as condições em que os sujeitos estão inseridos nesta realidade.

Entende-se que a PNH aponta para o conceito de ambiência como fator intrínseco aos processos de humanização. Essa refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde, devendo, portanto, proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010c).

Nesse sentido, a humanização, em conformidade com uma ambiência adequada, compreende alguns eixos que são norteadores, tais como um espaço que vise à confortabilidade, a ênfase nas relações interpessoais e ambiência como facilitadora do processo de trabalho. Com relação à confortabilidade, esse faz menção à elementos qualificadores dos espaços nos cenários da saúde, tais como a cor, o cheiro, o som, a iluminação e arquitetura do ambiente local. No segundo eixo, esse estabelece a produção de subjetividades e encontro entre os sujeitos que englobam o espaço de atuação. No terceiro eixo, traz apontamentos que vai além da arquitetura, buscando estabelecer um ambiente aspirado pelos usuários e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2010c).

Neste íterim, compreende-se que a realidade da estrutura da ESF, ainda está em contraponto ao que se preconiza aos ideais de humanização, pois, a unidade não apresenta uma estrutura adequada e condizente com o manual de estrutura física das unidades de saúde do MS e não apresenta confortabilidade e privacidade adequada aos fatores de ambiência. Alguns relatos e observações ilustram esse achado:

[...] percebe-se que as salas e consultórios são inapropriadas para o atendimento aos usuários e insalubre para os trabalhadores, não apresentando ventilação adequada, algumas salas não apresentam janelas, o que pode acarretar um risco para os trabalhadores. Ainda, o espaço físico da ESF não comporta duas equipes, dificultando o andamento do trabalho, pois não há salas suficientes para todos os trabalhadores desempenharem suas funções... o próprio atendimento aos usuários é prejudicado. Não há sala de reuniões ou um espaço na unidade para que se possa realizar as atividades de grupo e educação em saúde. A sala de recepção não comporta os usuários, a mesma possui um espaço pequeno e inapropriado para os dias de verão. Percebi que a privacidade de usuários fica comprometida, pois as salas não apresentam acústica adequada. As salas de atendimento apresentam divisórias, porém durante as consultas, pode-se ouvir as conversas e atendimentos prestados aos usuários por quem encontra-se na recepção da unidade [...] (NO, 26/02/2016).

[...] a estrutura física deixa a desejar milhões de vezes, porque falta um monte de coisa, falta uma cozinha decente, falta uma sala para os próprios agentes de saúde, que não tem onde colocar os cadastros. Precisa ficar “pipocando”, porque não tem uma sala, até para a questão dos cadastros, tem que esperar um dia específico pra poder ocupar os computadores [...] (NE T 3).

[...] sigilo aqui fica comprometido. Não dá pra falar muito alto porque as paredes tem ouvido de tão fininhas que são. Se for falar em sigilo, tem que cochichar, devido a estrutura não ter a acústica adequada. É uma casa alugada e adaptada e não pode ser mexida, ambiência tanto para os usuários como para os trabalhadores é inadequada [...] (NE T 1).

De acordo com o Brasil (2010 c), a privacidade e individualidade são elementos constituintes à ambiência para a proteção da intimidade de usuários. Esta pode ser garantida por utilização de divisórias ou elementos móveis que permitam a privacidade, facilitando o

processo de trabalho e acústica adequada. Além disso, a individualidade permite distinguir as diferenciações de cada usuário, compreendendo que cada um veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, criar ambientes que ofereçam aos usuários espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam aos mesmos preservar sua identidade.

Além do mais, a confortabilidade pressupõe acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências. Pensar em confortabilidade, também é estar atento para questões relativas ao cotidiano dos usuários e trabalhadores, a sua cultura e seus desejos, com intuito de não perder essas referências. Na concepção deste elemento, deve-se resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construir um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido, deve-se conhecer e respeitar os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva, com a preposição de se instituir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desmistificando espaços de atuação em saúde que se caracterizam-se como frios e hostis (BRASIL, 2010c).

Estudo realizado por Duarte, Avelhaneda e Parcianello (2013), com trabalhadores de ESF, localizado no Sul do Brasil, corrobora para os achados desta pesquisa, em que a estrutura física da ESF torna-se um aspecto que afeta a saúde da equipe de trabalhadores. O estudo aponta que a unidade de saúde apresenta más condições de estrutura, com necessidades urgentes de reforma e ampliação, apresentando precárias condições de trabalho em que os trabalhadores estão expostos.

Ainda, neste mesmo estudo, os entrevistados percebem que o espaço físico é pequeno para atender às necessidades da equipe e também dos próprios usuários. Aliado a isso, a falta de insumos e materiais prejudicam o andamento do trabalho no serviço de saúde. Os participantes remetem para sentimento de indignação, sofrimento e impotência, diante de necessidades que vão além de suas competências.

Somado a isso, estudo de Shimizu e Junior (2012), demonstrou situações em que ocorre um desgaste e insegurança pelos trabalhadores de uma ESF/DF, por conviver com a insuficiência de materiais considerados básicos para o desempenho das suas atividades como insumos, instrumentos, equipamentos e espaço físico inadequado para a prestação dos serviços e a efetivação do trabalho.

Aliado a isso, os achados desta pesquisa revelam para resultados condizentes com os estudos anteriores, pois os trabalhadores da ESF percebem um incômodo relativo à estruturação inadequada e que não comporta duas equipes de ESF, como demonstram os fragmentos de falas a seguir:

[...] horrível, péssima, isso aqui em primeiro lugar não é posto de saúde, no máximo seria para uma equipe e não para duas, mas quando eu entrei já era assim e os usuários aumentou muito, então está complicado, tem que mudar [...] (NE T 12).

[...] é o que a gente tem, mas não é o que está no papel. Viemos pra cá, jogados de paraquedas, conseguimos um puxadinho aqui, falta estrutura para trabalhar, como vamos trabalhar em um lugar assim, tudo improvisado [...] (NE T 9).

Historicamente, a maioria das unidades de saúde possui infraestrutura deficiente e funciona em prédios adaptados. Dessa maneira, a precariedade dos espaços físicos destinados à realização das atividades de saúde a serem oferecidas à comunidade também é um fator histórico e real em várias localidades do país. Pressupõe-se que qualquer espaço é adequado e a oferta de serviços de saúde deve ser realizada em qualquer ambiente, independente de confortabilidade e arquitetura, sendo ela condizente ou não com as normas reguladoras dos serviços públicos de saúde (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

Somado a isso, estudo realizado em Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do país, problematizou os elementos da ambiência associado a uma insuficiência de espaço arquitetônico, localização inadequada de setores e as condições ambientais a que estão expostos, como ventilação, ruídos, poeira e espaço físico não condizentes com uma estruturação adequada. Logo, os participantes percebem que o ideal seria um local fixo e não uma estrutura alugada, pois dessa forma apresenta uma insegurança e instabilidade emocional aos sujeitos. Os participantes compreendem a influência de fatores ambientais na construção de um espaço mais humanizado e terapêutico (WILLRICH et al., 2013).

Neste ínterim, uma ambiência adequada busca constituir de formas, dimensões e volumes que configuram e criam espaços, sendo esses agradáveis e adequados para as pessoas que convivem e circulam em determinado local. Essa composição deve proporcionar bem-estar dentro dos espaços coletivos e de uso comum. Desse modo, o ambiente condizente com uma estruturação adequada e humanizada nos serviços de saúde e locais de trabalho, pode contribuir para aumentar a eficiência, produtividade e proporcionar instalações acolhedoras ao encontro de propostas referentes à PNH (BESTETTI, 2014).

Além do mais, presume-se que o local desta pesquisa apresenta condições de estruturação física, confortabilidade, privacidade, entre outros fatores insuficientes e

condizentes com a realidade de outros locais de saúde que perfazem a APS. Muitos estudos relacionados à humanização constituem-se na ênfase hospitalar em detrimento a um número menor de pesquisas relacionadas ao âmbito da APS. Nesse sentido, é necessário, cada vez mais, aprofundar investigações nestes cenários de saúde, pois as condições em que os trabalhadores são expostos e uma estruturação inadequada podem ser geradores e precursores de insatisfação e desumanização no contexto do trabalho em saúde.

4.1.3.3 Relação tríade trabalhadores-gestores-usuários

Neste segmento, os apontamentos dos resultados denotam para uma discussão acerca da compreensão de elementos que transitam para as relações entre os sujeitos que compõem os cenários dos serviços de saúde. A PNH aposta em uma busca de uma percepção mais ampliada da saúde e de sua relação com as situações de trabalho e as formas como nos relacionamos e nos organizamos nos serviços de saúde.

Para Campos (2005b), é imprescindível repensar nos significados e modos como se organiza o trabalho, não apenas na finalidade de produzir bens e serviços necessários, mas também no sentido de cuidar da constituição dos sujeitos e dos coletivos. Assim, o trabalho também está implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades.

Ainda para Dejours (1993), a organização do trabalho está regida pela divisão de tarefas e divisão de homens, sendo esta última a existência de repartição de responsabilidades, hierarquia, comando e controle, sendo essa mobilizante em torno dos investimentos afetivos como amor, ódio, solidariedade e confiança, constituintes nos cenários dos serviços de saúde.

Assim, na área da saúde, existem variabilidades no território de atuação, além das diferenças entre os trabalhadores, existem diferentes formas de organização dos serviços e como estes são geridos. São variáveis a localidade de atuação dos trabalhadores, a cultura local, a população que está inserida no território de atuação. Além disso, o trabalho em saúde é marcado pela relação direta com usuários do serviço pois, assim como os trabalhadores, os usuários possuem histórias de vida, demandas e queixas específicas, valores e crenças diferentes.

Neste contexto, a compreensão dessas variabilidades inseridas na dimensão dos cenários da saúde, das relações que transitam na organização dos serviços são necessárias para o entendimento da efetivação de certos princípios que constituem a PNH.

Desse modo, coloca-se em discussão como está sendo operado a ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. O princípio da transversalidade abrange o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, transformando os modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, ao questionar o modo de operar e como efetivar esses princípios, pode-se conciliar e incorporar nas práticas cotidianas dentro do SUS. Esses princípios direcionam-se para o tratamento de processos de trabalho e das relações que se estabelecem no âmbito das organizações. Assim, a PNH aposta e estimula trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, colocando em análise as implicações desses atores com o processo de produção de saúde, com intuito de efetivar princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão (BRASIL, 2008a).

Desse modo, presume-se a relevância de se investigar as limitações e suficiências das relações inseridas no cotidiano da organização da práxis laboral. Diante desse contexto, a relação entre trabalhadores, usuários e gestores são qualificadores da análise da efetividade de princípios direcionados à PNH. Assim, no contexto da ESF, local desta pesquisa, os resultados apontam para um distanciamento entre os sujeitos que perfazem o âmbito do serviço de saúde. Tal distanciamento implica na fragmentação da relação tríade gestores, usuários e trabalhadores, necessitando da busca de estratégias para transformar essas limitações existentes na realidade da experiência concreta e vivida. Alguns relatos e observações ilustram esse achado:

[...] neste contexto, o que se percebe, em muitos momentos, é um distanciamento dos usuários com os trabalhadores e, muitas vezes, uma comunicação ineficaz, alguns usuários são relutantes e apresentam hostilidade para com os trabalhadores da referida ESF. Os próprios trabalhadores relatam uma agressividade verbal diante de alguns usuários e líderes comunitários, sendo que em muitos momentos há situações de desrespeito com os trabalhadores, ocorrendo um enfrentamento e desgaste [...] (NO, 02/03/2016).

[...] quem está certo né, as vezes o meu certo pra eles é o errado, então temos que achar um meio termo e até achar um meio termo acaba discutindo ou não entendendo o que ele está falando ou não entende o que a gente fala [...] (NE T 10).

Diante disso, percebe-se um cenário complexo entre sujeitos dos serviços de saúde, seguindo por adversidades nas relações entre trabalhadores e usuários, dificuldade na

comunicação e incompreensão entre esses. Se há uma falta de entendimento entre os mesmos, deve-se pensar em quais meios edificar estas relações e assim, estabelecer estratégias que possam produzir aproximações entre os sujeitos, abrindo-se à processos de criação como um exercício de poder.

O trabalho em saúde no cotidiano dos serviços se apresenta como produção de saberes e sujeitos, constituindo-se de diferenciações entre esses, redigidos por desejos, necessidades, interesses e conflitos. Tais regimes de produção, de saberes e de si, entram em relação, ao mesmo tempo em que são produzidos por eles (OLIVEIRA, 2012).

Compreende-se que nos cenários dos serviços de saúde, a PNH propõe como experimentação a constituição de espaços onde possa se efetivar a prática de debates, momentos de disputa, negociações e pactuações para o enfrentamento dos diversos desafios inerentes à produção de saúde. Demarca para o encontro dos sujeitos e criação de valores, práticas e relações que se efetivem no cotidiano dos estabelecimentos, constituindo-se de estratégias que coloquem em análise a experiência (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Destaca-se para estudo realizado por Assunção, Tavares e Serra (2012), no qual apontam para a baixa satisfação de trabalhadores de ESF, percebem inúmeras demandas e necessidades da população, muitas vezes, agravadas pelos contextos de intensos riscos sociais e violência a que ficam expostas os trabalhadores nos locais de atendimento e a falta de suportes variados para o desenvolvimento das ações.

Compreende-se que a realidade dos serviços de saúde não é diferente nos diversos contextos do cotidiano de trabalho, entende-se que os trabalhadores da saúde, em especial na APS, vivenciam situações complexas neste campo de interação. Percebe-se que os trabalhadores, inseridos nos serviços concretos onde atuam, vivenciam o processo de produção em saúde em suas máximas contradições e desafios, esse sendo um cenário de aproximações e conflitos entre interesses de seus atores diretos (usuários, trabalhadores e gestores).

Este cenário complexo de interações manifesta-se por uma dubiedade, pois os trabalhadores necessitam interiorizar e prescrever o que está previsto pelo sistema e, ao mesmo tempo, implica com as demandas de quem põe o sistema em prática (os trabalhadores) e de quem o consome (usuários). Assim, nesse campo de interações, espera-se de um lado, os valores e regras do sistema, de outro, a pressão das demandas dos usuários (muitas vezes em direções contrárias ao que o sistema propõe e oferece) e ainda, pode apresentar precárias condições de trabalho e de provisão de meios para realizar o trabalho e as metas (SANTOS-FILHO, 2011). Alguns relatos e observações descrevem esse achado:

[...] acho que é uma relação de respeito, mas os usuários não tem esse mesmo respeito com o profissional. A gente é obrigado a tratar de forma educada, ser imparcial, tentar ajudar e resolver, só que as vezes eles te cobram tanto[...] (NE T 6).

[...] nas falas é decorrente o sentimento de insatisfação em alguns momentos, pois os trabalhadores são cobrados de usuários para resolução de seus problemas e demandas de saúde e muitas vezes não conseguem dar conta dessas demandas e ainda, são cobrados em alguns momentos pelos gestores, devido a algum exame ou encaminhamento de usuários que não foi resolvido. [...] (NO, 08/04/2106).

Nesta atual conjuntura, percebe-se que os trabalhadores entendem uma cobrança e pressão de usuários pela resolução de suas demandas. Tais cobranças recaem nos trabalhadores que estão nos cenários da APS, pois se entende que a APS exerce a função de ordenação do cuidado e responsabilidade pelo território e sujeitos adscritos. Deste modo, ocorrem muitas situações de enfrentamento e desgaste com usuários por uma complexidade de um sistema público de saúde que apresenta entraves de ordem burocrática, institucional e de organização instituídas nos cenários de atuação.

Somado a isso, é relevante mencionar a perspectiva dos trabalhadores da ESF diante das dificuldades no âmbito laboral, corroborando para necessidades de transformação e mudanças que possam efetivar as interações entre os sujeitos. Reforça a exigência de diálogo entre as partes que compõem os cenários do trabalho em saúde, no sentido da explicitação de seus interesses.

[...] a gente nota que deu uma boa diminuída nesta questão da agressividade do usuário para com o posto e a equipe e com a questão dos agentes também, porque antes era bem mais complicado, era bem mais pesado do que agora [...] (NG T 10).

[...] questão cultural deles de que tudo é responsabilidade do agente e que tudo é responsabilidade da unidade, isso aí ainda dá tempo para mudar [...] (NG T 15).

Ainda, de acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, a relação entre trabalhadores e gestores vai de encontro ao caminho de uma perspectiva inclusiva da PNH. Pois, neste contexto os trabalhadores relatam falhas na comunicação e relações verticalizadas entre gestores e trabalhadores, desvalorização e necessidade de participação dos gestores na realidade concreta do cotidiano laboral da ESF. Referente a isso, os fragmentos de fala a seguir demonstram essas constatações:

[...] falta de comunicação, se tiver que cobrar uma coisa de mim, eles vem e cobram, já nunca veio pra dar uma conversada, pra estar junto, isso não [...] (NE T 2).

[...] sem relação, totalmente sem conversa, totalmente imparciais, eles mandam e a gente tem que obedecer, porque se tu tenta se impor e querer o contrário, não vai dar certo, vai sofrer perseguições, vai ter retaliações, isso é obvio, totalmente sem

diálogo nenhum[...]então somos a mão de obra barata, porque a prefeitura manda a gente fazer qualquer coisa e a gente tem que obedecer, porque não tem diálogo, a gente tenta, tenta e sempre tem barreiras[...] (NE T 6).

[...] se a gestão também tivesse mais diálogo, estivesse mais perto, conhecesse mais como que trabalha a equipe, talvez seria um pouco melhor, essa comunicação seria melhor. Tem uma falha de comunicação, acaba vindo aquela ordem direta. Aí por vezes acontece de ter que fazer e colocar goela a baixo na gente, fazer no cabresto e pronto [...] (NG T10).

Nesta pesquisa, nos deparamos com questões levantadas pelos trabalhadores e que, geralmente, são imperceptíveis ou mesmo ignoradas no contexto do trabalho. Nesta direção, os apontamentos das falas remetem a uma organização no trabalho em que as relações entre os trabalhadores e gestores apresentam falhas e comunicação ineficaz. Entende-se que este território de conflitos são tomados como analisadores da capacidade de intercomunicação entre os grupos e sujeitos que contemplam os cenários do trabalho em saúde.

São essas experiências concretas dos trabalhadores de saúde que fazem emergir os questionamentos acerca do que predis põe o conceito da humanização nos serviços de saúde, resultantes do processo que se vive no coletivo e nos conflitos presentes no cotidiano laboral. É essencial investigar a manifestação ativa e protagonista dos trabalhadores, como vivenciam ou transformam a realidade da degradação existente de uma organização em que há dificuldades para se instituir relações transversais.

Nesta perspectiva, estudo realizado por Trad e Rocha (2011), no contexto da ESF, trouxe como resultados características comparativas com o cenário em questão, contribuindo para processos investigativos acerca da humanização do trabalho em saúde. Neste estudo, as questões que remetem para as relações entre trabalhadores e gestores do município são mediadas por exigências e cobranças. De um lado, os trabalhadores pressionam para obterem melhores condições de trabalho, de outro, os gestores exigem maior produtividade, desvelando para uma tensão existente entre ambos os sujeitos. O planejamento e avaliação são reduzidos, direcionados para a prática de metas e tarefas determinadas pelo nível central.

Ainda, neste segmento, é desvelador os contrapontos que caracterizam as relações advindas do cenário desta pesquisa, demarcando por relações conflitantes e excludentes, traduzido pela experiência intrínseca dos trabalhadores da ESF. Entende-se que as relações entre gestores e trabalhadores apresentam divergências ao que se preconiza por transversalidade e protagonismo dos sujeitos, com demarcação de um distanciamento nas relações existentes, com postura de externalidade para orientação ou comando. As relações

apresentam-se verticalizadas, com organizações mais rígidas e inflexíveis na dinâmica do trabalho, como mostram os fragmentos das falas a seguir:

[...] muitas ordens vem de cima para baixo sem nos perguntar, ninguém pergunta pra gente se temos condições de ir e ainda se não formos e dizer que não vamos em convocação, ameaçam cortar nosso ponto como já aconteceu [...] (NO, 16/03/2016, entrevista informal com T8).

[...] uma trabalhadora relata que é necessário que a própria equipe se organize, pois as outras unidades já estão se organizando e se não fizer isso vai vir uma imposição de gestores para o que se deve fazer, “deve ser assim e pronto”, sendo necessário aguardar [...] (NO, 30/03/2016).

As falas evidenciam a necessidade de um entendimento dos fatores que demarcam estes pontos de ruptura nos modos de conexões. Ainda, sabe-se que diante deste cenário em questão é desafiante a implementação de estratégias que possam transformar e reparar esse panorama. Pois, existe um paradoxo no sistema de saúde no Brasil, de um lado, existe a institucionalidade do SUS situada em fortes princípios democráticos e com claras diretrizes para modelos participativos de gestão reorganização da atenção e, de outro, a tendência dos serviços, na prática, se organizarem de modo a dificultar ou a não induzir a participação ativa e protagonista dos sujeitos (SANTOS-FILHO, 2011).

Desse modo, a PNH interroga uma racionalidade administrativa hegemônica nos serviços, que concentra e ordena o tempo de forma totalizadora, restringe espaços de inventividade e fortalece mecanismos que controlam, em uma perspectiva de comando. Essa política traz questionamentos acerca da produção de sujeitos que se desresponsabilizam dos processos de mudanças no trabalho e de descrença no poder de agir dos trabalhadores. Neste efeito, as propostas condizentes com esta política são desafiadoras ao traçar estratégias metodológicas que produzam mudanças nas práticas dos serviços de saúde, desejando como humanização do trabalho a afirmação da possibilidade de uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Ainda, estudo realizado por Beck et al. (2009) com enfermeiros de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, trouxe como resultados referente à humanização das condições de trabalho, uma insatisfação relacionada à atenção da secretaria municipal de saúde para com os trabalhadores, pois a maioria dos participantes qualificaram como regular e ruim com relação a essa questão. Nesse sentido, esses dados mostram a relevância para a necessidade de se investigar por parte de gestores essas questões, com intuito de buscar melhorias neste sentido. Ainda, este estudo contribui para a mobilização e postura ativa dos

trabalhadores diante de suas necessidades e insatisfação, pois estas podem repercutir na busca conjunta de soluções e enfrentamento de mudanças neste cenário.

Acrescido a isso, há de se analisar o paradoxo existente na realidade da experiência dos trabalhadores da ESF diante do cenário em questão, com o que se preconiza pelos princípios e conceitos acerca do modelo teórico-político da PNH. Logo, são insuficientes os modos de operar os aspectos organizacionais acrescidos na perspectiva da PNH, diante das configurações das relações instituídas no cenário de saúde.

Neste sentido, a PNH nomeia como caminho da tríplice inclusão, no processo de produção de saúde, caracterizado como a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), inclusão do coletivo e de analisadores sociais, compreendidos como análise do que está estabelecido e dos conflitos que emergem, provocando outros modos de implicação, outros modos de ser e estar no trabalho em saúde (BRASIL, 2008).

Somado a isso, traz alguns princípios que se configuram como operativos para organização do trabalho e as relações estabelecidas na perspectiva da PNH, destacando o princípio da transversalidade, na qual remete para a possibilidade de conexão/confronto entre grupos, inclusive no interior de um mesmo grupo, revelando um grau de abertura à alteridade. Em um serviço de saúde, a transversalidade pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes grupos. Ainda, esta ideia de comunicação transversal pode ser entendida como uma dinâmica multivetorializada, em rede, na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividades (BRASIL, 2008a).

Ainda, destaca o princípio do protagonismo dos sujeitos e coletivos, pois este traz a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar essencial nos acontecimentos. Desse modo, o processo de produção da saúde remete ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis no processo de produção de sua própria saúde e de seu próprio trabalho. Pensar na autonomia destes sujeitos é prover o protagonismo nos coletivos de que participam, com capacidades de reconstruir regras de funcionamento para si e para o coletivo (BRASIL, 2008a).

Direcionado a esses conceitos, o delineamento que se busca compreender torna-se um complexo desafio avaliativo no campo da humanização. As relações instituídas entre trabalhadores, gestores e usuários devem ser repensadas com intuito de gerar efeitos ou mudanças nesta perspectiva, nos grupos, nas pessoas e relações. Percebe-se no campo de pesquisa processos incipientes na conjuntura de um modelo que possa estar direcionado à óptica da PNH, com necessárias transformações nas relações sociais que envolvem usuários, trabalhadores e gestores em suas práticas cotidianas no serviços de saúde.

Contudo, diante desse quadro, é inerente relatar as percepções dos trabalhadores da ESF para mudanças essenciais no âmbito laboral, pois tais achados resgatam uma reflexão acerca de modos de trabalhar e formas de se efetivar a articulação entre os diferentes grupos, diferentes hierarquias. Os trabalhadores apontam para estratégias de aproximação participativa de gestores ou coordenadores de região da realidade concreta e das experiências vividas pelos atores envolvidos no âmbito da ESF, tais falas a seguir ilustram esse achado:

[...] acredito que a gestão peca muito nesse sentido, deviam estar mais juntos com a gente, participar aqui, fazer uma reunião, deviam estar mais presentes [...] (NE T 10).

[...] a gestão não assumiu um compromisso de realizar, ia lá apresentava aqueles quadros lindos, que tudo funcionava, mas não via a realidade para ver se realmente estava funcionando como deveria, no papel é tudo muito lindo, mas a realidade não é essa[...] (NG T 6).

Em tal direção, uma estratégia para enfatizar e compreender esses analisadores do trabalho é restituir formas de fazer circular a palavra, criando espaços de debates coletivos. Constituindo-se assim, em uma lógica que se contrapõe à lógica taylorista-fordista, fortalecendo a aprendizagem e desenvolvimento de competências com a própria experiência. Competência como capacidade de tomar decisões frente às adversidades e variabilidades do meio, enfatizando novos modos de exercitar as relações de trabalho e de geri-lo, na contramão dos processos autoritários e verticalizados de gestão (ZARIFIAN, 2001).

Desse modo, chama-se atenção para estas questões advindas das experiências de trabalhadores da ESF, pois na realidade concreta são poucas as iniciativas e adequações à modelos restritos e impositivos de organização do trabalho. Este cenário, desencadeado por relações mais distanciadas, motiva desencadear práticas ampliadas, buscando um deslocamento dessas questões para o âmbito dos processos de trabalho e discussões entre os sujeitos dos cenários de saúde em uma perspectiva de análise. É desafiador a promoção de práticas que possam efetivar a construção e mobilização dos sujeitos, almejando para relações entre trabalhadores e coletivos em uma expectativa de configurações institucionais mais articuladas e comprometidas.

4.1.3.4 Cooperação e comunicação eficaz entre equipe de trabalhadores da ESF como fator positivo para a organização do trabalho

Neste segmento, os achados da pesquisa revelam para percepções dos trabalhadores da ESF em que os sentidos de cooperação entre a equipe de trabalhadores que compõe o cenário do estudo, apresentam-se de forma integrada, direcionada para uma comunicação eficaz e modos de conexões que favorecem o potencial coletivo do trabalho em saúde.

Apesar disso, sabe-se que a realidade em muitos serviços de saúde não se configuram desta maneira, pois podem apresentar dificuldades na constituição efetiva de um trabalho integrado em equipe. Ao desvelar essas questões pela própria equipe, podem emergir diferentes situações, podendo gerar conflitos na esfera dos saberes, poderes e afetos.

Diante disso, desvelar as experiências relativas às relações instituídas entre a equipe de trabalhadores, é um fator contribuinte para potencializar as discussões que, muitas vezes, estão invisíveis no cotidiano do trabalho. Com isso, pode auxiliar para a exploração de pontos de conexões, limitações e ainda, estabelecer estratégias para minimizar os obstáculos e atuar como um grupo articulado no contexto do trabalho. A PNH aposta em relações efetivas, na lógica do trabalho em equipe, destacando para concepções em que fomenta a construção de coletivos e redes trabalho-afetivas (SANTOS-FILHO, 2011).

Nesse sentido, os trabalhadores, participantes desta pesquisa, compreendem que o trabalho em saúde é demarcado por um trabalho em equipe, apresentando estabilização nas relações de confiança entre os mesmos, manifestando-se pelas falas recorrentes para os sentidos de cooperação, como destacado nas falas a seguir:

[...] na equipe os colegas aceitam, participam, entram em um consenso, é votado, é aceito sugestões [...] (NE T 14).

[...] todos tem voz dentro da equipe, uma equipe que acaba acolhendo as decisões e são tomadas de forma conjunta, não tem aquela uma só decide, faz com que todos participem, a tomada de decisão todos participam, a gente tem voz, sempre está perguntando o que fica melhor para o outro, isso é um diferencial, não temos aquela coisa fechada, é flexível [...] (NE T 10).

A dimensão de cooperação é considerada uma das principais bases de constituição de uma equipe. Para Dejours (1993), este conceito é o que funda o coletivo de trabalho e que faz com que um coletivo torne-se eficiente e eficaz. Esta cooperação só pode funcionar pela vontade dos sujeitos, apresentando-se em estreita relação de dependência com a confiança.

Além disso, a cooperação direciona-se cada vez mais pela maneira como os indivíduos envolvem-se nas relações e nas comunicações. Portanto, deve-se atentar para as dimensões comunicacionais e subjetivas da cooperação, revelando como se manifesta na organização das equipes na perspectiva do trabalho em saúde. Nesse contexto, a pesquisa aponta para um processo de comunicação eficaz entre os trabalhadores da ESF, pois, em muitas situações no contexto do trabalho, surge a necessidade de comunicação entre os colegas de equipe, como forma de apoio e confiança mútua entre os mesmos.

Diante de dificuldades direcionadas à rotina do trabalho, as trocas solidárias e a cooperação auxiliam na retomada das atividades laborais, como mostram os fragmentos da observação participante e relato de entrevista:

[...] assim, neste dia de trabalho alguns momentos foram importantes para que os trabalhadores pudessem reconstruir momentos de adversidades, existe uma comunicação eficaz entre a equipe de trabalhadores, com inexistência de divergências ou dificuldades na relação da equipe. Em alguns momentos de parada para o café, intervalo, os trabalhadores relatam uns para os outros essas dificuldades no contexto do trabalho, em uma espécie de desabafo entre os mesmos, como uma forma de enfrentamento de situações desgastantes. Nota-se que existe entre a equipe um processo de cooperação e comprometimento para com o trabalho. Estes momentos de “desabafo” um com os outros servem como um amparo para situações de adversidades no cotidiano laboral, pois os próprios trabalhadores relatam ser fundamental para que possam reconstruir sua rotina de trabalho. [...] precisamos desses momentos, pois isso nos fortalece, nos ajuda muito, precisamos de um tempinho para nós, nem que seja um café para conversar[...] Percebe-se um auxílio mútuo entre os trabalhadores, um sentido de cooperação, uns opinam e relatam o que melhor fazer nessa ou outra situação. São estes espaços de conversa informal entre os trabalhadores que auxiliam na retomada das atividades do contexto laboral [...] (NO, 29/02/2016).

[...] eu vejo que cada um faz a sua parte e se precisar ajudar o outro, ajuda. Acho que está assim “entrelaçado” um no outro, se tu está apertada vem uma e ajuda, se a outra colega está apertada, tu vem e ajuda. Existe uma ajuda mútua [...] (NE T 3).

Estudo realizado com trabalhadores da ESF revela resultados paralelos nas questões que remetem às relações entre a equipe, em comparativo com os resultados desta pesquisa. Demonstram solidariedade entre os trabalhadores, confiança mútua e cooperação, além de liberdade para expressarem-se em relação ao trabalho. É importante destacar esses achados para que os problemas encontrados, na realidade da execução do trabalho, sejam visíveis e tornem-se objeto de ação coletiva, podendo auxiliar na retomada e reelaboração de normas e rotinas do trabalho (SHIMIZU; JUNIOR, 2012).

Ainda, em estudo realizado por Trad e Rocha (2011), ao analisar a humanização do trabalho no contexto da estratégia saúde da família na região Nordeste do Brasil, os resultados apontam que os trabalhadores relataram ter uma boa convivência em equipe, classificando as

relações entre eles como boas, cordiais, amigáveis; demonstraram ser fundamental o diálogo como via de superação dos momentos de conflitos e dificuldades no relacionamento. Além do mais, os depoimentos apontam que a proximidade e a confiança entre os trabalhadores, estão associadas com o tempo de consolidação das equipes, sua estabilidade e articulação entre os mesmos nas atividades laborais.

Contudo, de acordo com Santos-Filho (2011), ao desvelar a compreensão acerca da trama das relações intuídas no âmbito dos cenários dos serviços de saúde, pode-se explicitar incômodos e mesmo intolerância dos trabalhadores com as características exigidas pelo trabalho em equipe na realidade complexa dos serviços de saúde. São desafios que estimulam o movimento de interlocução com o outro, lidando com incertezas e descobertas, visto que, são elementos que constituem o concreto das vivências e experiências do cotidiano dos trabalhadores.

Os elementos que apontam para a consolidação de um trabalho em equipe e integrado nas relações entre os trabalhadores da ESF, apesar de estar diante de um cenário precário e com estruturação física inadequada, buscam uma aproximação com valores relativos ao respeito, solidariedade, cooperação, contribuindo para potencializar os sentidos de prazer associados ao trabalho. Assim, percebe-se que as problemáticas advindas das práticas laborais podem ser solucionadas, remodeladas com o apoio mútuo entre a equipe de trabalhadores, minimizando os empecilhos encontrados.

4.1.4 Efeitos do trabalho na saúde: uma análise de aspectos causadores de sofrimento/adoecimento do trabalhador

Nesta categoria, os achados desta pesquisa apontam para uma necessidade de ampliar o debate acerca da dimensão trabalho e subjetividade nos cenários dos serviços de saúde. Esta dimensão a ser explorada nos contextos atuais, contribui como analisadores da realidade e experiências imersas no cotidiano dos trabalhadores da saúde, levando-se em consideração a vulnerabilidade dos trabalhadores diante de um cenário tão complexo.

Torna-se um desafio, promover processos investigativos acerca desta dimensão do trabalho, pois ao desvelar sinais que possam ser indicativos de alerta, deve-se pensar o que precisa mudar, quais estratégias utilizar para minimizar os efeitos que podem ser nocivos à saúde do trabalhador.

Sabe-se que o trabalhador pode ser afetado tanto por desordens físicas, como psíquicas no contexto laboral, podendo influenciar as relações que o circundam e, ainda, afetar o seu

rendimento no trabalho. As questões relacionadas à subjetividade, advindas dos cenários da saúde, muitas vezes, permanecem obscuras e invisíveis, sendo necessário uma maior aprofundamento investigativo das diversas causas das desordens psíquicas que afetam a saúde dos trabalhadores. Ainda, as situações que causam problemas psíquicos podem derivar das relações no ambiente de trabalho, condições de trabalho, entre outras (BARROS; BENEVIDES, 2007).

No que tange aos cenários da atenção primária em saúde, há de se destacar as características peculiares, pois, compreende-se uma soma de diversos elementos que podem desencadear desordens psíquicas aos trabalhadores. Para autores como Maissiata et al. (2015), os trabalhadores da APS podem experimentar com mais intensidade alguns sentimentos como impotência e estarem mais vulneráveis ao sofrimento por apresentarem um estreito vínculo com o território, usuários e por vivenciarem situações que podem comprometer a integridade moral e física do trabalhador que atua em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários.

Além do mais, as adversidades habituais no trabalho do setor público tais como as questões de infraestrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, subvalorização pelo governo e população, podem contribuir para mobilizar e desestabilizar os investimentos e interesses dos trabalhadores. Nesse sentido, podem resultar em diferentes tipos de comportamentos, como negação, recuo, resistência, superação, improvisação, assim como divergir para saídas criativas e inventivas, também desgastantes, geradoras de sofrimento (SANTOS-FILHO, 2007).

Assim, nesta lógica de pensamento, a PNH propõe interrogar e desvelar fatores de adversidades do contexto laboral e interrogar as questões que podem repercutir na saúde dos trabalhadores, assim como os efeitos causadores de desgaste emocional. Nesse sentido, a PNH se caracteriza por um modelo reorientador que busca explorar aquilo que marca a condição de protagonismo em quaisquer situação do trabalho (BARROS; PASSOS, 2005).

Sabe-se que o sofrimento, a resistência, obstinação e situações de fracasso fazem parte do cotidiano do trabalho. Logo, adoecemos quando não conseguimos construir as regras no trabalho. Com isso, os dispositivos da PNH buscam aliar essas possibilidades ilimitadas dos trabalhadores de criar e recriar suas próprias relações com o mundo. Isso, não significa ignorar as situações de precarização do contexto do trabalho, mas ampliar o poder deste trabalhador. Ainda, compreende-se que a PNH traz como objetivo investigar os efeitos do trabalho na saúde, uma vez que o trabalho pode repercutir como uma construção ou destruição

da saúde. Muitas vezes, é preciso fracassar para trabalhar e, a partir desse sofrimento, trazer a resolução dos problemas (BARROS; SANTOS-FILHO, 2011).

Portanto, cabe investigar as questões avaliativas que instigam a compreender como os trabalhadores/equipes lidam com as situações adversas, observadas atualmente em vários âmbitos do trabalho em saúde. Pensando na perspectiva da PNH, é intrínseco investigar não apenas ao que remete os sentidos das adversidades como insatisfações gerais, desgaste, sofrimento, adoecimento, afastamentos, fragmentação das práticas, trabalho isolado, “solidão no trabalho”, mas também, explorar o protagonismo em meio a essas situações, evidenciando as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentamento das adversidades (SANTOS-FILHO, 2010).

Desse modo, destacam-se os achados desta pesquisa em que a maioria dos depoimentos convergem para apontamentos que sinalizam o sofrimento/adoecimento dos trabalhadores da ESF. Durante o período da observação participante, foi possível compreender no cotidiano do trabalho, aspectos relacionados como a precarização das condições do trabalho, insatisfação dos trabalhadores, violência no trabalho, desvalorização dos trabalhadores, algumas poucas falas remetiam à valorização dos mesmos e ainda, elementos que caracterizavam uma sobrecarga e excesso de atividades relatadas pelos próprios trabalhadores.

Ainda, percebeu-se durante este período de observação um processo de enfrentamento diante de situações inusitadas que surgiram no decorrer do contexto laboral e a capacidade dos trabalhadores de se reorganizar nesses momentos. Porém, o que não transpareceu foram as questões que remetem ao sofrimento/adoecimento do trabalhador, diferentemente do que ocorreu no período das entrevistas com os participantes, na qual ficaram evidentes os aspectos e causas que originam desgaste psíquico dos trabalhadores da ESF. Nos grupos de convergência surgiram os relatos no âmbito coletivo, explicitando as questões individuais de cada trabalhador relativas ao sofrimento, desgaste psíquico emocional.

É relevante mencionar para os dados desta pesquisa, que durante o período das entrevistas, também por questões éticas do estudo, dois trabalhadores apresentaram desconforto, alterações emocionais e psicológicas com sinais de sofrimento/adoecimento. Neste momento, conversou-se com os mesmos acerca da possibilidade de um acompanhamento por um serviço de atenção psicológica do município, caso desejassem, e os mesmos concordaram com a sugestão. Foi realizado contato telefônico com o serviço de referência e, posteriormente, esses trabalhadores foram encaminhados para o respectivo serviço, sendo devidamente assistidos.

Ainda, durante as entrevistas, foi perceptível a relevância deste momento para os trabalhadores, pois os mesmos sentiram-se acolhidos e valorizados no cenário de atuação. Foi um momento em que emergiram questões significativas e singulares da vida e cotidiano destes trabalhadores, suas angústias, anseios, expectativas, assim como outros sentimentos que sinalizavam para fatores desgastantes, geradores de sofrimento.

Diante deste quadro, foi nas entrevistas com os participantes da pesquisa que se pode aprofundar os elementos que contribuíram para a percepção dos fatores de sofrimento/adoecimento dos trabalhadores. Neste contexto, poderia haver uma certa resistência dos participantes em relatar e aprofundar as questões levantadas, pelo fato da pesquisadora estar inserida como enfermeira assistencial do cenário da pesquisa. No entanto, ao invés disso, os mesmos não foram relutantes em exclamar suas experiências, lutas cotidianas e como lidam e enfrentam essas situações adversas.

Conforme os relatos dos participantes, os mesmos sentiram-se aliviados por ter a oportunidade de desabafar e repensar nas questões que remetem a sua vida e trabalho, até mesmo por não ter a oportunidade de participar de outros momentos como esse. Conforme o relato de uma trabalhadora, a mesma disse que nesse momento da entrevista teve como relatar as situações que a afligiam, pois em casa não poderia falar destas questões e que este momento serviu como um alívio para suas angústias.

4.1.4.1 Causas do sofrimento e adoecimento do trabalhador e situações adversas

Neste segmento será relatado as configurações que apontam para as causas e as situações do cotidiano do trabalho, no cenário desta pesquisa, que desencadeiam sinais de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

Tais fatores se originam de múltiplas questões originadas do contexto laboral, assim como, questões que remetem ao acúmulo de problemas advindos do contexto pessoal e familiar. Dentre essas, destacam os problemas relacionados às relações com superiores hierárquicos e gestores, situações de adversidades com usuários, assim como os problemas sociais e familiares de usuários do território da ESF. Não se pode deixar de mencionar os fatores que ocasionam excesso de atividades e grande demanda de atendimentos.

Dentre os fatores relacionais, como já mencionado na categoria anterior, direcionados à organização do trabalho, são evidentes que os problemas advindos de relações rígidas e inflexíveis com gestores municipais podem ocasionar desgaste e instabilidade emocional pelos trabalhadores, assim como sentimentos de desvalorização relatado pelos mesmos,

contribuindo para fatores geradores de sofrimento psíquico, como destacados nos achados a seguir:

[...] parece que, muitas vezes, é sempre culpa dos trabalhadores, não nos ouvem... já estamos doentes [...] (NE T 09).

[...] acho que tanto eu como os meus colegas estamos desmotivados, estamos desvalorizados, porque querendo ou não a outra gestão valorizava mais a gente como profissional, a gente tinha como falar ah está ruim isso, tu tinha como ligar pra lá e resolver, tu conseguia chegar para falar, não era essa burocracia [...] Então querendo ou não a gente tentou várias reuniões, várias conversas e não tem conversa, não tem diálogo, então tu acaba sentindo isso na pele [...] (NE T 6).

[...] acho que essa cobrança da gestão pra gente, qualquer coisa eles estão cobrando, eles não vem aqui nos ajudar, eles não vem para conversar com nós e dizer o que estamos fazendo de errado, eles não vem dar um elogio para nós, é muita cobrança, muita cobrança, estamos cansados [...] (NE T 12).

Tais percepções esclarecem as divergências emergentes ao que se preconiza de ideais de humanização dos serviços de saúde e contexto do trabalho. Neste íterim de instabilidade de relações, não se pode considerar uma comunicação transversal e direcionada para o protagonismo dos sujeitos que compõem os cenários da saúde. Desta forma, há de se interrogar as relações que se constituem no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, pois se deve considerar que estes sujeitos concretos engajados nas práticas locais podem ser capazes de transformar os seus espaços de atuação.

Desse modo, depara-se com insistentes fragmentações operadas pelo modo de gerir um suposto trabalho estático, estável e controlável. Na constituição da PNH, é priorizada a construção de processos coletivos e de gestão dos processos de trabalho, fazendo-o coletivamente, se reinventando pelos encontros que o constituem, afastando-se de um entendimento abstrato sobre as trocas humanas. Na compreensão destes cenários de adversidades e conflitos, forma-se o próprio campo de luta como ponto de partida para exigência de diálogo entre as partes que compõem o trabalho em saúde, sendo fundamental tratar essa relação na esfera da organização instituída (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Neste conjunto, é imprescindível repensar no campo da subjetividade, a instabilidade emocional dos trabalhadores diante de um cenário em que se perpetuam relações complexas e destituídas de espaços coletivos em que possa circular a palavra e debates no âmbito da organização de saúde.

Todavia, compreende-se que a organização do trabalho pode influenciar no estado de saúde dos trabalhadores, pois essa resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações, ficando evidente os fatores responsáveis pelas

consequências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador. Ainda, as organizações que apresentam hierarquias mais rígidas e inflexíveis tendem a potencializar o sofrimento, pois não reconhecem as iniciativas de adaptação de seus membros hierarquicamente inferiores permitindo a quantificação, a simplificação e o controle, podendo contribuir para o sofrimento vivenciado pelos mesmos (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Estudo realizado com trabalhadores de ESF apontam para dificuldades de integração e diálogo entre as equipes e coordenação/gestão das SMS, sendo este um fator importante para o funcionamento adequado do planejamento e gestão das equipes de ESF, além de ser uma demanda constante dos trabalhadores. A relação entre os sujeitos (trabalhadores e gestores) é percebida como tensa, mediada por exigências e cobranças, e ainda, os momentos de avaliação e planejamento são reduzidos, centrados no cumprimento de metas e tarefas dirigidas pelo nível central (TRAD; ROCHA, 2011).

Ainda, estudo realizado por Maissiata et al. (2015), com trabalhadores da atenção básica em saúde apontou para um delineamento em que o sofrimento é decorrente da falta de motivação e reconhecimento pelo esforço do trabalho realizado, contribuindo para a desvalorização e indignação, que podem potencializar o esgotamento profissional. Este estudo corrobora com os achados desta pesquisa, pois os trabalhadores da ESF remetem à sentimentos de desmotivação, tristeza, falta de estímulo, cansaço relacionados ao trabalho.

Neste segmento, outras causas sinalizam para alterações psíquicas dos trabalhadores que podem repercutir no processo de sofrimento/adoecimento. As situações recorrentes são de adversidades nas relações estabelecidas com os usuários do território adscrito da ESF ocasionando, conforme os relatos dos participantes, angústia, cansaço, desgaste emocional, entre outros.

Entende-se que o trabalho em saúde é demarcado pelos encontros entre os sujeitos que compõem os diversos cenários. No entanto, essa dimensão relacional, nem sempre é favorecida e está livre de complicações, ao contrário, as relações humanas são marcadas por tentativas, nem sempre exitosas, de busca de harmonização de interesses distintos. Desse modo, entende-se que os encontros entre os trabalhadores e usuários podem ter efeitos negativos ou positivos, se essa relação for de embate, pode ser desgastante, ocasionando efeitos danosos aos trabalhadores (BROTTO; ARAÚJO, 2012).

Diante disso, os fragmentos da observação participante e relatos das entrevistas ilustram esse achado:

[...] nós estamos aqui para trabalhar e não pra se incomodar desse jeito, fica muito difícil de trabalhar assim, ter que chegar a esse ponto de chamar a guarda, isso me incomoda muito [...] (NO, 29/02/2016).

[...] então isso acaba dando um desgaste emocional na gente muito grande, porque tu é cobrada, é exigida, tem funções, tem deveres, só que além disso, os usuários te sugam muito, te puxam muito assim, ah porque tu é obrigada a fazer isso [...] (NE T 6).

[...] só que assim, eles testam a gente diariamente, os da minha área perguntam para as minhas colegas e os da área delas perguntam pra mim, é um teste diário, isso cansa a gente, se tu não falar a mesma língua que nem a colega falou, eles vem aqui no posto e te detona [...] (NG T 12).

Os achados identificam situações em que os trabalhadores sentem-se cobrados, exigidos, culpados pelos problemas dos usuários ou por situações de não resolutividade de problemas. Por momentos, há circunstâncias em que emergem ameaças e agressões verbais de determinados usuários, causando incômodo e desgaste emocional aos trabalhadores. Ainda, nos dias atuais há uma mudança do perfil do usuário que, por meio dos avanços tecnológicos, chega à atenção primária muito mais informado e exigente no que se refere à resolutividade de suas necessidades de saúde.

Tal resultado, não é diferente de outros cenários da atenção básica, pois as situações de ameaça e violência são frequentes no cotidiano dos trabalhadores. No estudo realizado por Maissiata et al. (2015), identificam-se elementos de esgotamento profissional de trabalhadores da atenção básica em saúde, relacionados às ameaças interpostas por alguns usuários que os trabalhadores elencam como violentos, gerando isolamento e submissão, à qual é somado com a insegurança e ao estresse no trabalho diante de mortes, doenças e ameaças, vivenciadas durante sua jornada de trabalho. Ainda, para os agentes comunitários de saúde, podem ocorrer sentimento de insegurança e desgaste emocional por realizar visitas domiciliares à vizinhos, familiares e/ou pessoas com quem eventualmente tiveram ou tenham conflitos.

Corroborando com esses achados, estudo de Duarte, Avelhaneda e Parcianello (2013), apontam para aspectos estressores como roubos, xingamentos, agressões e ameaças à equipe de enfermagem no contexto de uma ESF como elementos que afetam a saúde de quem trabalha na referida unidade. Ambientes considerados inseguros para o desempenho das atividades laborais fazem com os profissionais estejam constantemente em situação de alerta. Neste conjunto, sabe-se que os trabalhadores da ESF, a partir do alto grau de exigências e responsabilidades que assumem, necessitam estar mais próximos da realidade dos indivíduos, contribuindo assim, para desencadear riscos físicos e/ou psíquicos, tornando-os susceptíveis ao estresse e sofrimento.

Nesse sentido, as características apontadas, desvelam para conflitos com os sujeitos, usuários do serviço, que podem conduzir a um processo de risco/adoecimento ou mesmo vulnerabilidade do trabalhador de saúde. Ainda, podem repercutir em dificuldades no estabelecimento de relações mais efetivas e de vínculo entre os sujeitos na dimensão relacional do trabalho, que possa reverter em benefícios a quem é atendido, assim como a quem atende (BROTTO; ARAÚJO, 2012).

Estas relações mais distanciadas podem refletir na realização do trabalho em saúde e até na efetividade prática de atividades voltadas para a comunidade. Devido a isso, deve-se pensar em estratégias que possam efetivar a articulação entre os sujeitos e minimizar os efeitos de sofrimento dos trabalhadores.

[...] agora de organizar um grupo de hipertensos, organizar um grupo de gestantes, planejamento familiar, saúde mental na roda, tentamos implementar isso aqui depois de um curso. Percebo que tem sempre barreiras pra fazer, ou a comunidade não ajuda ou eles não vem e aí tu já fica decepcionada [...] (NE T 6).

[...] então são coisas ou não que tu acaba perdendo o estímulo para trabalhar, porque o nosso serviço mesmo é um serviço muito infeliz, depende da boa vontade das pessoas [...] (NE T 6).

Ainda, diante deste quadro, estas situações que surgem no cotidiano do trabalho, são caracterizadas pelos trabalhadores como geradores de sofrimento, pois, por momentos não conseguem investir esforços para mobilizar este cenário e reverter essas condições que podem causar vulnerabilidade ao trabalhador. Reconhecem esses entraves existentes nos processos de trabalho, porém precisam repensar em alternativas para o enfrentamento diante de dificuldades encontradas. As falas a seguir desvelam para tais elementos:

[...] os usuários veem no profissional da unidade aquele salvador, tem que resolver e as vezes isso torna o trabalho um pouco mais pesado, aí só chorando [...] (NE T 1).

[...] o trabalho do agente comunitário é um trabalho bom, um trabalho maravilhoso, é gratificante, sabe, mas o problema é que está todo mundo desgastado, as pessoas estão ficando doentes, desgastadas, já não tem mais arma pra lutar [...] (NE T 8).

[...] cada um reage de uma forma, eu choro, me angustio, deslancha e não deslancha sabe. Aí tu fica, o que a comunidade te cobra [...] (NE T 3).

[...] acho que hoje em dia eu sinto isso, nosso sofrimento maior é a relação paciente com a gente, relação dos pacientes com funcionários, porque até um ano e pouco atrás o sofrimento maior era dentro da equipe, entre a equipe, hoje já não, temos uma conversa muito boa. O peso maior dessa caminhada está sendo entre o paciente e a equipe, usuário e a equipe [...] (NG, T 5).

Na óptica da PNH, é inerente trazer ao centro o trabalhador, investigando as relações que abarcam os processos produtivos, desvelando para suas experiências no cotidiano das unidades de saúde. Ainda, promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade do trabalhador de compreender as situações de trabalho, de forma a circular a palavra e criar espaços em que possa refletir para as situações inusitadas que ocorrem no dia-a-dia do trabalhador (BARROS; SANTOS-FILHO, 2011).

Além do mais, estes espaços em que trazem a experiência dos trabalhadores contribui como fonte de percepção e interpretação do que causa o adoecimento e a saúde, desencadeando ações que possam alterar o curso de nocividade perante os ambientes de trabalho. Produzindo-se conhecimento sobre isso, abre-se a possibilidade de transformação das situações de risco ou mesmo de vulnerabilidade (BARROS; SANTOS-FILHO, 2011).

No que tange às percepções de causas que podem ocasionar sinais de sofrimento/adoecimento dos trabalhadores, é imprescindível relatar os fatores que remetem aos aspectos sociais e de necessidades a que estão expostos alguns usuários da comunidade, que são atendidos no contexto da ESF. Tais elementos se caracterizam pela precariedade das condições sociais das famílias acompanhadas e a fragilidade na saúde de usuários da comunidade. Os fragmentos, abaixo, ilustram esses achados:

[...] as pessoas estão entrando e pedindo pra sair, porque não aguentam, porque tu trabalhar com o povo é uma coisa muito desgastante, cada dia te depara com problemas, ainda mais nessas áreas que as pessoas são carentes de tudo, de dinheiro, de auto estima, são jogadas na beira da rua, cada dia tem um problema [...] (NE T 8).

[...] própria situação precária em que ele estava, pela situação debilitada de saúde dele e claro que já era em decorrência da falta de cuidados anteriores e do próprio auto cuidado deles, mas aquilo me angustiou bastante [...]aí a tua parte tu faz, mas quando a coisa assim, não ajuda, não faz, aí é um sofrimento interno muito grande [...] (NE T 1).

[...] tu até consegue ah deixa o saco da comunidade do lado de fora e pega o teu, quando tu sai para o trabalho deixa o teu e pega o da comunidade, mas na verdade querendo ou não tu absorve alguns problemas, porque dizem ah tu não pode absorver, mas tem coisas que não tem como [...] (NE T 9).

Sabe-se, que os trabalhadores da saúde se deparam no seu cotidiano com situações complexas e diversificadas. Nesta dimensão de fatores, os problemas advindos do contexto das famílias podem interferir e contribuir para a instabilidade emocional dos trabalhadores. Pois, no contexto da ESF, alguns usuários que estão debilitados e com necessidades de cuidados permanentes no domicílio dependem de um atendimento da equipe de trabalhadores da ESF de forma contínua. Diante disso, os trabalhadores envolvem-se com as situações e

problemas advindos dessas famílias, podendo desencadear sinais de angústia e sofrimento aos mesmos.

Ainda, os problemas de carência e condições sociais desfavoráveis de uma comunidade pode ser desgastante para os trabalhadores, principalmente para os agentes comunitários de saúde, pois estes profissionais estão mais próximos das famílias em sua residência e do contexto em que vivem.

Estudo realizado por Lopes et al. (2012), constatou que a convivência e o envolvimento emocional com os problemas sociais da comunidade contribuiu para situações geradoras de sofrimento de agentes comunitários de saúde. Os mesmos relatam que sofrem diante de condições como miséria, prostituição, uso de drogas, violência intrafamiliar, enfermidades e morte a que estão expostos os usuários daquele território.

Ainda, estudo de Maissiata et al. (2015), corrobora com os achados do estudo anterior em que os agentes comunitários de saúde tornam-se susceptíveis ao envolvimento emocional, por serem moradores da mesma comunidade em que trabalham, criando laços afetivos com essas pessoas. Neste segmento, ao conviverem com o sofrimento do usuário assumem uma carga psíquica que pode levá-los ao esgotamento profissional.

Lopes et al. (2012) aponta que o contato frequente com usuários e o envolvimento com as famílias, assim como a entrada nos domicílios e o conhecimento das demandas com impossibilidade de ações mais efetivas, podem ocasionar sentidos de prazer ou sofrimento para os agentes comunitários de saúde. O estudo de Lopes ratifica com os achados desta pesquisa, porém os sentimentos de desgaste emocional, angústias e sofrimento não são inerentes apenas aos agentes comunitários de saúde, mas também aos demais trabalhadores de saúde do contexto da ESF.

Ainda, no cenário desta pesquisa, são visíveis os problemas relacionados ao uso de drogas, violência familiar, negligência no contexto das famílias, o que pode repercutir em riscos e alterações emocionais aos trabalhadores da saúde.

Nesta linha de raciocínio, ainda, os trabalhadores da ESF relatam sentimentos de angústia, frustração, impotência, diante de questões que não conseguem ter resolutividade para os problemas dos usuários e advindos da comunidade. Tais sentimentos podem inferir em alterações emocionais e psíquicas dos trabalhadores, pois os mesmos relatam que conseguem intervir em até certo ponto, após, dependendo das situações, não conseguem mais efetivar e resolver os problemas dos usuários.

Isso se deve a fatores como a burocracia do sistema de saúde, empecilhos de ordem burocrática ou, por vezes, pelas próprias escolhas dos usuários. Os fragmentos que seguem exemplificam esta afirmação:

[...] já fazia dois anos que ele estava esperando pra marcar, aí o usuário diz o que a senhora vem fazer na minha casa, entendeu, aí se torna frustrante, aí que a gente fica mais sentido né, pois tu resolve até um ponto, chegou ali não tem mais o que tu possa fazer[...] (NE T 8).

[...] às vezes é frustrante porque tu quer resolver algum tipo de problema, não tendo resolutividade, fica meio que atado, isso te frustra, te angustia [...]eu choro, porque na verdade não tem o que tu fazer, a gente fica atada [...] (NE T 3).

[...] meu trabalho, às vezes, eu me sinto assim angustiada, porque parece que o que eu faço as vezes é insuficiente [...] aí essa angustia que fica, de realmente não fazer o trabalho efetivo é que angustia e que deixa a gente doente [...] (NE T 1).

[...] tem coisas que por mais que a equipe tenta ajudar bastante, a gente até consegue mas as vezes tem algumas barreiras, como numa visita que tu vai e eles perguntam, ahh deixei um oftalmologista há oito meses lá e tu sabe que demora e tu vai dizer o que, que está lá e demora, aí tu vê toda uma evolução de doenças, uma usuária da minha área estava aguardando um cardiologista há três anos e ela teve um infarto, aí depois que ela faleceu, ligaram pra dizer que o cardiologista foi marcado [...] (NE T 6).

Os trabalhadores que atuam no contexto da ESF são responsáveis por diversas atividades no âmbito do trabalho e por uma complexidade de fatores que envolvem as equipes de saúde da família. Tais funções, são constituídas pela avaliação dos indicadores de saúde na área, reconhecimento da realidade das famílias sob sua responsabilidade, identificação dos problemas de saúde mais comuns e efetivação de estratégias para enfrentamentos destas problemáticas, planejamento e inserção de atividades educativas, além de prestar assistência direta aos usuários no âmbito da unidade e nas casas das famílias (CARREIRO et al., 2013).

Com isso, implica o envolvimento dos trabalhadores para a consolidação dessas atividades e para a resolução dos problemas de saúde. Porém, para atingir esta finalidade, também dependem de fatores externos e institucionais, sendo estes desafios de ordem mais complexa e que devem ser remanejados por instâncias superiores dos serviços de saúde. Diante disso, a efetividade e resolução dos problemas de saúde de usuários é, muitas vezes, impossibilitada, não por ineficiência dos trabalhadores, mas pela complexidade da organização e funcionamento do sistema de saúde (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

No contexto da ESF, o trabalhador encontra discrepâncias entre o ideal e o que se constitui na prática do âmbito laboral. Não obstante, os trabalhadores sentem-se responsáveis por, muitas vezes, não conseguir a resolutividade dos problemas de saúde de determinados usuários, pois, sabem que fazem parte do sistema de saúde. Ainda, devido a isso, os próprios

usuários culpam os trabalhadores pela não resolutividade de seus problemas, ou pela demora dos encaminhamentos e exames, o que gera desgaste emocional (CARREIRO et al., 2013).

Ainda, devido à fatores que condicionam à não efetividade das ações e práticas inerentes às funções dos trabalhadores, as falas seguintes remetem à sentimento de impotência e frustração diante das experiências cotidianas, pois os trabalhadores querem atender as demandas dos usuários, por ser a essência do seu trabalho.

[...] às vezes me sinto cansada, sai com aquele pique todo, mas as vezes parece que o teu trabalho não está sendo efetivo [...] (NE T 5).

[...] às vezes me sinto impotente né, porque as vezes tu consegue ajuda outras vezes não... Mas tem vezes que tu não consegue resolver os problemas, vai até onde dá, daí tu te frustra que não conseguiu fazer nada [...] (NE T 8).

[...] impotência, me senti inútil, senti que não fazia diferença nenhuma diante da minha área, não tinha vontade [...] (NE T 9).

[...] eu me acho impotente mesmo, porque daí eu vou lá com todo o gás e oriento e penso agora vai dar certo e volta lá e continua tudo a mesma coisa, daí o que eu falei não adiantou muito sabe [...] (NG, T 4).

É importante mencionar que quando o trabalho constitui-se de uma imagem de indignidade, um sentimento de inutilidade, direcionado para um trabalho despersonalizado e sem significação, esse reflete para o sofrimento. Porém, se no entanto, o trabalhador identifica significação humana e social na sua atividade, quando tem relevância para a família, amigos e ainda, elucida para sentimento de utilidade, o trabalho constitui como uma fonte de satisfação e prazer (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Nesse sentido, compreende-se para características que sinalizam para o desgaste e sofrimento psíquico dos trabalhadores da ESF, apesar das dificuldades encontradas no decorrer de suas atividades, os mesmos não deixam de demandar esforços para concretizar as suas funções no âmbito do trabalho.

Para o estudo de Lopes (2012), a resolutividade do trabalho de agentes comunitários de saúde no contexto da ESF, está direcionado à efetividade e possibilidade de solucionar os problemas dos usuários, ainda, se torna resolutivo quando reflete na melhoria das condições de saúde da comunidade. Os autores relatam a resolutividade associada à materialização do trabalho, sendo que, o trabalhador consegue atribuir sentido ao empenho dispensado para a realização das suas funções. Nesse sentido, o trabalho pode gerar um estímulo positivo, satisfação e identidade profissional dos trabalhadores no contexto da ESF.

Ainda, nesta linha de pensamento, em associação referente às causas geradoras de sofrimento/adoecimentos dos trabalhadores da ESF, os fatores que desencadeiam excesso de atividades e funções desempenhadas pelos mesmos, são constituintes de riscos e vulnerabilidades relacionados ao desgaste emocional e alterações psíquicas.

As exigências relacionadas ao trabalho aumentaram ao longo dos anos devido a diversos fatores. Dentre essas: destacam-se o aumento da demanda, pelo aumento da população adstrita no território da ESF e reduzido número de cobertura de unidades de saúde para a população; inserção da tecnologia do trabalho, constituindo-se um avanço na informatização do município, porém devido a isso, os trabalhadores, em especial, os agentes comunitários de saúde, precisam realizar um cadastramento no sistema informatizado de todas as famílias da sua micro área de atuação; exigência por produtividade e, conseqüentemente, o aumento às exigências no trabalho, acrescidas ao cotidiano laboral.

Neste conjunto, além disso, a complexidade do trabalho na ESF é direcionado por diversas características do processo de trabalho, pois existem inúmeras situações que exigem do trabalhador a resolução diante da adversidade. Ainda, precisam reconhecer e descrever os problemas de saúde advindos do território e comunidade.

Assim, alguns relatos contribuem para ilustrar esses achados:

[...] muitas vezes agora, com o passar do tempo estou me sentindo bem cansada, estressada, porque a comunidade não te dá folga, muita carga, muitos problemas que tem que resolver [...] (NE T 11).

[...] me sinto frustrada, porque queria ir uma vez no mês na casa dos pacientes e não tem como, mesmo a cada dois meses, também não vai dar pra todo mundo [...] (NE T 5).

[...] decepcionada, porque eu não consigo fazer o meu trabalho direito, não consigo fazer o que eu fui designada no concurso para fazer [...] (NE T 6).

No contexto atual da realidade brasileira, os trabalhadores de ESF encontram uma série de dificuldades no âmbito do trabalho. Dentre essas, o excesso de trabalho e sobrecarga de funções é visível diante de um aumento de demanda por atendimentos.

Sabe-se que o Ministério da Saúde define um número limite de pessoas vinculadas a um determinado território de ESF, porém a realidade não é essa em diversos locais dos serviços de saúde. Uma unidade de ESF pode ser responsável por território com aproximadamente sete mil pessoas ou mais, como é o cenário da pesquisa em questão. Muitos estudos apontam para os fatores que causam sobrecarga nos trabalhadores de ESF, uma das causas principais é a grande quantidade de famílias sob responsabilidade da equipe e a

carência dos serviços da atenção básica em alguns municípios (KATSURAYAMA et al., 2013).

Ainda, diante disso, essas condições contribuem para a equipe assumir uma duplicidade de papéis, apresentando sinais de cansaço, estresse, frustração, decepção, representados pelas falas anteriores dos trabalhadores nesta pesquisa.

Sendo assim, os autores Katsurayama et al. (2013), relatam que diante destes fatores, pode haver um obstáculo à proposta do MS de propor um modelo de ESF voltado para características preventivas e promocionais. Nesse conjunto, quando as condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, desencadeando um reflexo de má qualidade do atendimento ofertado à população, o sofrimento mental resultante da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no seu conteúdo significativo da função pode resultar na manifestação de doenças psíquicas e/ou somáticas.

Algumas falas ilustram os achados que evidenciam as dificuldades das equipes de efetivar um trabalho voltado ao que é preconizado pelo MS em detrimento ao modelo curativo. Muitas destas dificuldades encontradas são desencadeadas pelo excesso de atividades e funções, assim como pelo aumento da população atendida.

[...] não conseguimos realizar nosso trabalho de ESF, estamos sempre apagando incêndio, é isto que a gente faz, está muito longe de ser uma ESF, é difícil sair da unidade para fazer outras coisas [...] (NE T 15).

[...] não faz prevenção, faz assistência e tratamento imediato, tu não faz um trabalho como deve ser da própria ESF, que é saúde da família, que trabalha com prevenção, promoção e prevenção da saúde [...] (NE T 1).

[...] nós somos uma equipe de ESF ou nós somos uma Unidade Básica? Até então a gente tem esse problema... Tinha né! Então as duas equipes sabem, nós sabemos o que somos, uma Estratégia de Saúde da Família. Mas muitas vezes não veem a gente como isso. Ai tu acaba remando, andando contra a maré... Tu tem que trabalhar prevenção, orientação, e aqui não existe isso. Ou não existia, agora a gente tá conseguindo, aos pouquinhos organizar [...] (NG T10).

[...] acho que a prevenção é a base de tudo. Acho que tínhamos que trabalhar sim mais com a prevenção. Esse trabalho curativista não é o melhor [...] (NE T 2)

Para o estudo de Maissiata et al. (2015), com trabalhadores de saúde da atenção básica, os fatores relativos à sobrecarga e estresse alcançaram as maiores médias na avaliação, nos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho ocorreu um prevalência do esgotamento profissional. Nesse sentido, esse resultado aponta que os trabalhadores da APS vivenciam o sofrimento.

Ainda, diante de condições que sinalizam para alterações psíquicas dos trabalhadores, as questões que remetem à problemas recorrentes da comunidade e usuários no contexto da ESF aliado à problemas advindos da vida pessoal e de família dos trabalhadores da saúde constituem-se em uma soma de fatores que podem repercutir no sofrimento/adoecimento dos trabalhadores. Neste segmento, as falas a seguir ilustram esses achados:

[...] o que me faz sofrer é uma série de coisas, que nem te disse pra mim hoje é essa história da diabetes, a história do meu filho ter saído de casa, sinto falta, a história de tu ir nas casas e nem sempre tu conseguir resolver [...] é difícil de lidar com isso, porque assim, tirando o que tu vive aqui dentro ou o que tu vive no serviço, tem todo o resto lá fora. Tem marido, filho, pai, mãe, conta pra pagar e todo o resto de problemas fora daqui, claro que tu não pode misturar uma coisa da outra, mas tudo junta [...] (NE T 3).

[...] então foi uma mistura de coisas que me levou a essa desmotivação para trabalhar, é uma coisa bem ruim mesmo, um sufocamento que tu sente [...] então tudo isso mexe, embora tu saiba que não pode misturar o pessoal com o profissional, tem horas que não consegue, é humano né, mas hoje estou melhor [...] (NE T 9).

[...] não só do trabalho, mas de tudo que eu tenho e em casa também, então tu absorve muita coisa, não só daqui, mas também vem de casa, então tu já vem cansada de casa para o trabalho [...] (NG, T12).

[...] aí tu vai trabalhar e chega na comunidade, tem gente que te recebe bem mas tem gente que te desconta um monte de problemas que não tem nada a ver e fica falando, sabe tu nunca desliga, aí tu fica pensando lá nos teus problemas. Acho que está tudo acumulado, demais assim, muita coisa [...] (NG T 6)

O trabalho revela-se como um fator central na vida das pessoas, sendo relevante na formação da identidade e inserção social das mesmas, porém devido a diversos fatores e adversidades no contexto do trabalho, esse pode ser também fonte de estresse e adoecimento (DEJOURS, 2004b). É inerente destacar:

[...] o trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais [...] (DEJOURS, 2004b).

Portanto, alguns relatos dos participantes da pesquisa retratam características que predispõe para alterações emocionais e sofrimento psíquico, ligado à eventos estressantes desencadeados no contexto do trabalho aliado a assuntos pessoais e de suas vidas, reais e singulares. As questões que remetem a fatores estressantes no contexto do âmbito laboral, são múltiplas e complexas, como mencionado em segmentos anteriores. Desse modo, são devidos às demandas existentes, os conflitos entre os sujeitos, falta de resolutividade, assim como

problemas sociais advindos de usuários e comunidade. Com relação ao contexto pessoal, existem preocupações por parte dos sujeitos acerca de questões financeiras, problemas com os filhos, problemas conjugais, preocupações com a saúde.

Neste contexto, deve-se considerar que as pessoas respondem às situações de forma individual, pois cada pessoa tem diferentes níveis de tolerância a situações estressantes. Algumas são perturbadas por pequenas mudanças, outras são afetadas por estressores de maior complexidade ou quando a exposição a esses fatores de estresse perdura por um prolongado período de tempo. Ainda, compreende-se que pequenos eventos originados no cotidiano dos indivíduos podem agir de maneira cumulativa e gerar grandes fontes de sofrimento mental. Porém, depende de como cada sujeito enfrenta esses eventos. Neste ínterim, deve-se considerar o trabalhador como um sujeito ativo, pensante, que possui histórias de vida, chora, deseja, sonha e busca o melhor. Esse sujeito possui um espaço social definido, com laços sociais e afetivos que vão junto com ele para o local de trabalho (RESENDE et al., 2011).

Ainda, é importante mencionar que alguns trabalhadores da ESF possuem licença estudante, porém precisam realizar as suas funções do trabalho, com compensação de carga horária e ainda, realizam curso de ensino em turno noturno, acarretando sobrecarga e acúmulo de atividades. Além disso, cinco participantes da pesquisa do sexo feminino, relataram ter outro ofício fora do âmbito da ESF para complementação de renda familiar, acarretando mais horas de trabalho, com triplas jornadas.

Em um estudo realizado com 36 trabalhadores de unidades saúde da família de João Pessoa/PB, os trabalhadores descrevem as dificuldades que vivenciam nas relações e problemas de casa associadas ao trabalho, influenciando a sua saúde mental. Pois, esses advêm da dupla e muitas vezes, tripla jornada de trabalho, decorrente de outros vínculos empregatícios, assim como o trabalho doméstico, o que acarreta empecilhos para a dedicação à família e ao lazer. Além disso, essa sobrecarga de funções e dupla/tripla jornada supõe uma divisão emocional entre as exigências do trabalho e das necessidades da família, o que pode ocasionar uma culpa, tornando as mulheres mais vulneráveis ao desgaste mental (CARREIRO et al., 2013).

Ainda, estudo realizado com 141 agentes comunitários de saúde, no estado de São Paulo, apontou índices elevados de exaustão emocional aliados ao esgotamento profissional e de transtorno mentais comuns como a depressão, nos agentes desta pesquisa. Ainda, constatou que essas alterações são advindas às demandas do trabalho e aos aspectos pessoais desses trabalhadores (SILVA; MENEZES, 2008).

Neste segmento, os achados desta pesquisa corroboram com esses estudos, pois, algumas das falas anteriores dos participantes são advindos de trabalhadores que apresentam sobrecarga de atividades, devido a curso de ensino em turno noturno e trabalho realizado fora do âmbito da ESF para complementação da renda.

Ainda, é inerente mencionar, que durante as entrevistas com estes trabalhadores, os mesmos relataram o quanto sentiram-se mais aliviados em desvelar essas situações que os afligem, assim como, as questões que remetem aos problemas do trabalho aliados à preocupação com situação pessoal de suas vidas e família. Alguns dos participantes, relataram que o que disseram nas entrevistas, não conseguem falar em casa, com seus familiares, pois os mesmos, poderiam não compreender suas queixas e aflições.

Percebe-se o quanto é imprescindível, espaços de escuta e conversa com trabalhadores de saúde, para que esses verbalizem seus questionamentos e aliviem suas angústias, contribuindo para momentos de reflexão das suas necessidades e demandas relativas ao trabalho. Presume-se que espaços de trocas pode ser benéfico aos trabalhadores, convergindo com os fatores de humanização.

No que tange as demandas existentes no contexto dos trabalhadores, é importante destacar para os achados desta pesquisa, em que os trabalhadores da saúde, em específico os agentes comunitários de saúde, percebem como fatores de sofrimento a questão da necessidade de morar no território onde trabalha, dificultando a imposição de limites entre o morador e o profissional. Esses conflitos são ocasionados pelo fato deste trabalhador ocupar lugares distintos em sua área de atuação, por momentos, são vistos como agentes de saúde, em outro momento são moradores, ora são parentes (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Desse modo, o fato de residir no mesmo território e na comunidade em que trabalham, pode acarretar em desgaste emocional aos agentes comunitários de saúde. Pois, pessoas que moram no mesmo bairro ou vizinhança, nem sempre possuem os mesmos interesses ou se relacionam bem, podendo ocasionar momentos de conflitos, inimizades e disputas (LOPES et al., 2012).

Ainda, essa exigência implica em falta de privacidade dos agentes comunitários de saúde, pois em muitos momentos, os usuários os procuram fora do horário de trabalho. Alguns relatos mencionam o quanto é perturbador e incômodo para os mesmos, a obrigatoriedade de ser morador da área.

Em entrevista, um agente de saúde descreve situações em que precisa disfarçar-se para sair de casa, por vezes, coloca um capuz na cabeça, óculos escuros, coloca maquiagem, tenta mudar ao máximo, para que os usuários não o reconheçam. Ainda, não frequenta mercado,

padaria ou outro estabelecimento que está inserido na sua área, evita ao máximo andar de ônibus, porque sabe que assim, podem reconhecer e perguntar, questionar e discutir, pois os usuários não sabem separar o profissional do morador.

Além disso, alguns trabalhadores de saúde relatam que os usuários os procuram em dias de descanso e feriados, mesmo que estejam em momentos de lazer com suas famílias, os usuários não são relutantes em procurar os agentes de saúde no seu domicílio, o que acarreta desconforto aos mesmos. As pessoas os reconhecem como vizinhos e não como trabalhadores de saúde, ocasionando dificuldades aos mesmos em distinguir essas questões.

Neste conjunto, é importante relatar os achados de uma pesquisa, em que foi realizada com 116 agentes comunitários de saúde, atuantes em bairros de Uberlândia (MG), na qual apresentou grau de ansiedade moderado e uma parcela mostrou ansiedade grave. Esse fato, mesmo que presente níveis moderados de ansiedade, sugere como provável consequência de características próprias da profissão. Pois, o agente de saúde, deve residir na área de atuação há pelo menos dois anos e apresenta características de solidariedade, iniciativa e liderança, o que repercuti em responsabilidades direcionadas aos mesmos para atenção aos usuários do seu território (RESENDE et al., 2011).

Ainda, estudo realizado por Cremonese, Mota e Traesel (2013), com agentes comunitários de saúde de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul, constatou que os participantes não visualizam como um problema, a condição de morar e trabalhar na mesma área, divergindo com os resultados encontrados nesta pesquisa. Pois, entende-se que naturalizou um labor sem hora ou local, o que pode acarretar em conflitos entre os membros das famílias. Nesse sentido, o trabalhador pode desencadear sentimento de ansiedade em querer resolver os problemas enfrentados pelos usuários, assim como sentimento de frustração, pela impossibilidade de suprir todas as demandas da comunidade.

Neste íterim, a condição de residir na comunidade de atuação, com intuito de efetivar maior contato entre a população e a rede de atenção básica, coloca o agente de saúde em uma situação de dualidade, em que é agente e sujeito de forma simultânea. Com isso, dificulta o ato de trabalhar e de morar, pois é um fator limitante a esses trabalhadores, conseguir impor delimitações entre essas duas ações, o que pode repercutir em sofrimento psíquico ao trabalhador (CREMONESE; MOTA; TRAESEL, 2013).

4.1.4.2 Sinais de alerta para o sofrimento/adoecimento dos trabalhadores da ESF

Neste segmento, os resultados apontam para depoimentos em que os trabalhadores da ESF sinalizam para um desgaste emocional e alterações psíquicas decorrentes das inúmeras causas que abrangem o contexto do trabalho, assim como depoimentos que revelam um potencial agravante para processos de sofrimento/adoecimento dos trabalhadores.

Estas alterações podem acontecer devido às dificuldades encontradas no processo de trabalho, tais como as causas precursoras de alterações emocionais relatadas no segmento anterior, o que pode levar a frustração desses trabalhadores ao perceberem a impossibilidade de alcançarem seus objetivos. Os depoimentos a seguir revelam esses achados:

[...] são coisas que tu vai guardando né, sinto uma coisa muito ruim, ultimamente ando mais chorona que nunca, é muito ruim, a sensação é horrível, de tu querer fazer, de querer ajudar e não conseguir [...] acho que preciso de um psiquiatra e ficar um mês internada pra relaxar a minha cabeça (NE T 6).

[...] então faz dias que eu não quero sair de casa, chega final de semana não quero sair de casa, quero ficar no meu quartinho, de luz apagadinha, quietinha, sabe de pijama. Então assim, isso tá complicada a coisa, tem dias que eu não tenho vontade de sair pra trabalhar, eu vou porque tem que ir [...] (NE T 3).

[...] não tenho vontade de fazer nada, só de dormir, fora quando eu não tenho aula, só durmo, eu sei que tenho que fazer exercício físico porque eu tenho dor nas pernas, por causa do peso, sabe que tem que fazer um monte de coisa e não tem vontade de nada. Chega final de semana tenho um monte de coisas pra fazer, não tenho ânimo de pegar e começar a fazer [...] (NE T 6).

[...] de uns dois anos pra cá, estou ficando muito cansada, não consigo mais chegar na segunda feira e levantar e ter vontade de trabalhar como fazia antes [...] ai não sei, é bom de trabalhar, gosto, só que desanima, tipo hoje é segunda feira e já estou cansada, porque está remando, remando e não vê sair do lugar [...] (NE T 12).

Neste contexto observa-se a fragilidade emocional dos trabalhadores, com sentimentos de desânimo, cansaço, falta de vontade de sair e ir trabalhar, percebe-se uma obrigatoriedade nesse sentido, sem estímulo ou motivação para a atividade laboral.

Para Mendes (2007), o sofrimento no trabalho, pode ser um aspecto que impulsiona a mobilização do trabalhador diante das adversidades vivenciadas no contexto laboral, ao mesmo tempo em que pode favorecer a doença psíquica. O sofrimento pode ser vivenciado pelo esgotamento, o qual se dá pela percepção de estresse, insatisfação, sobrecarga, frustração, insegurança ou medo. A falta de reconhecimento constitui-se um fator determinante para o início do sofrimento, uma vez que, o trabalhador sofre ao sentir que seu esforço não é valorizado, repercutindo em sentimento de indignação, inutilidade e injustiça.

Não obstante, o sofrimento torna-se patogênico no momento em que não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, causando aborrecimento, medo, sentimento de impotência, quando já foram utilizados de todos os recursos defensivos, deslocando-o para uma descompensação. Assim como, assemelha-se a uma luta do indivíduo de encontro à forças ligadas à organização do trabalho e sua subjetividade está bloqueada. No entanto, quando o sofrimento pode ser convertido em criatividade, traz benefícios para a identidade, aumentando a resistência do indivíduo ao risco de desestabilização psíquica e somática, perfazendo o trabalho como um mediador para a saúde (DEJOURS, 2011).

Nesse sentido, desfazer a relação entre sofrimento e trabalho passa a ser um desafio a ser enfrentado com os trabalhadores. Pois, quando se propõe condições para reinventar, recriar os processos de trabalho, dando visibilidade às práticas, instiga-se para a luta contra o adoecimento. A política de humanização propõe analisar essas questões, frente a face do contexto do trabalho, demarcando para os aspectos subjetivos nos processos de trabalho, indicando a inseparabilidade entre trabalhar e subjetivar (BARROS; BENEVIDES, 2007).

Além disso, é recorrente a necessidade de apoio e suporte de outros núcleos profissionais, em especial, um psicólogo para atender as demandas existentes no contexto das equipes de ESF. Os trabalhadores sentem que espaços em que possam ser ouvidos, em que possam suprir suas necessidades e aflições, contribuem para minimizar e enfrentar os aspectos que causam ansiedade, angústia e sofrimento diante das experiências e adversidades enfrentadas no cotidiano do trabalho. As falas a seguir descrevem para esses apontamentos:

[...] então acaba acumulando tudo isso, nunca a gente teve um atendimento psicológico para cuidar do trabalhador, então[...] (NE T 6).

[...] porque a gente não tem com quem desabafar, não tem com quem falar e não tem nem como falar, é uma angústia muito grande [...] (NE T 8).

[...] faz tempo que a gente pede que tenha psicólogo pra gente poder colocar tudo que a gente tem pra fora, entendeu, isso já é alguma coisa, se sente mais leve, acho que seria muito bom [...] (NE T 8).

Os achados da pesquisa demonstram que os fatores associados ao estresse e sofrimento psíquico, levam a necessidade de se buscar alternativas para enfrentamento, sendo que cada vez mais, essas alterações tem afetado os trabalhadores da saúde. Dentre os diversos agravos mentais que ocorrem com esses profissionais, é imprescindível destacar a depressão e ansiedade como um dos mais frequentes (BRAGA et al., 2013).

Diante disso, percebe-se a necessidade de se efetivar alternativas condizentes com as necessidades dos trabalhadores deste contexto, pois emergem demandas subjetivas aliadas a

alterações psíquicas destes sujeitos. Nesse sentido, desvenda-se para a necessidade de explorar essas dimensões, contribuindo para a existência de maneiras de transformação de situações vivenciadas pelos trabalhadores da saúde.

Ainda, torna-se um fator de alerta desencadear espaços no cotidiano dos trabalhadores, instituindo-se ações que contribuam para estratégias de reflexão, em que possa perpetuar a problematização dos acontecimentos, confrontação de saberes e experiências advindas do contexto do trabalho. Pois, diante deste cenário, alguns trabalhadores relatam já estar em uso de medicações e antidepressivos, como via de superação dos problemas enfrentados.

[...] estou tomando antidepressivo, muita ansiedade, mais pelo trabalho, mas estou tranquila, está dando para superar [...] (NE T 4).

[...] sinto assim, que as pessoas exigem muito e eu não estou conseguindo resolver as dúvidas delas, os problemas delas, não consigo fazer mais, não consigo resolver mais e aí a gente começa na fluoxetina já, uma angústia muito grande que a gente tem [...] (NG, T8).

Dados da Organização Mundial da Saúde (2016) apontam para a relevância de se aprofundar as questões que remetem aos transtornos psíquicos em trabalhadores. Pois, estima-se que até 2020 a depressão configura-se entre as enfermidades que mais atingem a população mundial, acarretando uma das principais causas de incapacidade no trabalho. Pode ser considerada uma doença clínica grave, uma reação, um estado emocional, desadaptada e incapacitante.

Ainda, a ansiedade, é uma alteração emocional mencionada várias vezes entre os participantes desta pesquisa. Este sentimento demarca por fatores difusos de isolamento e insegurança que leva a pessoa a sentir-se ameaçada no seu íntimo. Essa sensação apresenta-se nos indivíduos por diversas vezes, na qual experimentam transformações intensas e vivem com frequência sinal de alerta quando percebem novas situações que podem caracterizar-se como uma ameaça à sua vida. Estes sinais e sintomas surgem em inferência de processos de adoecimento no trabalho, em que o trabalhador, não consegue despender forças e dar conta das exigências do trabalho, o que com isso, pode repercutir em sinais de frustração, desgaste e/ou desânimo, sobre forma de perturbações orgânicas pelo corpo (BRAGA et al., 2013).

As pessoas ansiosas perturbam-se facilmente, maximizando efeitos negativos de eventos externos, não se apresentam confortáveis e nem motivados para instigar mudanças, apresentando dificuldades em controlar as suas emoções e reações. Ainda, pode acarretar uma forma improdutiva no dia a dia, desencadeando prejuízos na sua vida pessoal e do trabalho (RESENDE et al., 2011).

Corroborando com os achados desta pesquisa, estudo realizado por Lopes et al. (2012), com agentes comunitários, menciona resultados em que estes trabalhadores referem apresentar sofrimento mental e o adoecimento relacionados à atividade laboral, quando questionados acerca das situações geradoras de sofrimento no trabalho. Pois esses desvelam para o uso de antidepressivos como estratégia de enfrentamento para as situações estressoras no trabalho. Ainda, nesta mesma pesquisa, os autores citam estudo de Silva e Menezes (2008), em que aponta para o uso de medicações como calmantes, tranquilizantes ou antidepressivos em 17% dos ACS investigados.

Ainda, outro estudo aponta que a depressão é uma doença frequente no contexto de trabalho de agentes comunitários de saúde, na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes do estudo percebem esses efeitos na sua saúde devido aos vários fatores circunstanciais do âmbito laboral. Para minimizar esses efeitos realizam a psicoterapia e fazem uso de medicação, além de outros elementos que buscam para o enfrentamento e superação dos diversos desafios (CREMONESE; MOTA; TRAESEL, 2013).

Portanto, de acordo com os achados desta pesquisa no contexto da ESF, pode-se compreender as demandas significativas dos trabalhadores e as situações, experiências intrínsecas no percurso do seu trabalho, na qual abrangem adversidades, lutas cotidianas e situações conflitantes geradoras de vulnerabilidade. Ainda, verificou-se a necessidade de espaços de interação, trocas e convivências, com intuito de potencializar a circulação da palavra e a capacidade de criação, favorecendo o reconhecimento, a saúde e a emancipação dos trabalhadores.

As questões que remetem aos sinais de sofrimento/adoecimento dos trabalhadores, são mais visíveis e significativas para os participantes. Pois, ao questionar aos mesmos durante as entrevistas, quais práticas assistenciais poderiam ser realizadas, pensando em questões que remetem à humanização no contexto do trabalho, os mesmos foram unânimes em mencionar necessidades de práticas voltadas para valorização dos trabalhadores, rodas de conversa, conversas motivacionais, acompanhamento com psicólogo para as equipes de ESF.

Diante disso, destaca-se a aplicabilidade do método da pesquisa convergente assistencial, na qual possibilita a aproximação entre a pesquisa e a prática assistencial. Este método propõe a investigação como instrumento para mudanças e inovações nas práticas assistenciais nos diversos cenários em que a enfermagem atua. Nesse sentido, pode-se contribuir com descobertas para minimizar ou mesmo solucionar problemáticas vivenciadas no campo de pesquisa, possibilitando um retorno aos participantes do cenário em questão.

Ainda, a PCA possibilitou um impacto positivo, na medida em que potencializou inovações no cenário da prática, pois o enfermeiro enquanto pesquisador aliado à prática assistencial contribuiu para a instituição de um grupo com os trabalhadores das equipes, com intuito de desencadear espaços para a promoção da saúde no contexto laboral. Tais espaços de debates favorecem para a construção de aprendizagem no coletivo, de forma a influir a subjetividade dos trabalhadores e valorizar os sujeitos atuantes no cenário do serviço de saúde.

Não obstante, incender práticas assistenciais com a finalidade de produção de saúde no trabalho para equipe de trabalhadores no contexto da ESF, converge com o exercício profissional do enfermeiro. Além do mais, a necessidade de integração de outros núcleos profissionais são características das demandas existentes entre os participantes da pesquisa, o que conduz a uma abertura para o diálogo interdisciplinar.

4.2 VALORIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE DO TRABALHADOR: UM CAMINHAR PARA A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE

Nesse conjunto, esta categoria apresenta as ações práticas assistenciais inerentes ao processo da PCA. Neste delineamento, é fundamental perceber as reais necessidades dos indivíduos no contexto dos diferentes grupos, para isso, o método dispõe da propriedade da dialogicidade, com a finalidade de propor a construção de novas abordagens no cenário de saúde ou mesmo inovações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Assim, a proposta de efetivação de um grupo com os trabalhadores na qual fossem abordadas questões que transcendem ao cotidiano destes sujeitos, tais como as situações de adversidades no contexto laboral, circunstâncias de vulnerabilidade, com troca de experiências e reflexões sobre o pensar e o fazer, partiu dos próprios trabalhadores do cenário de atuação. Além disso, os grupos de convergência contribuíram para o propósito de instigar a promoção da reflexão, construindo um espaço de deliberação, em que os trabalhadores pudessem compreender as experiências vivenciadas, com possibilidades de trocas e debates, aliado à uma mobilização dos sujeitos para o enfrentamento das situações inusitadas.

Somado a isso, a imersibilidade do pesquisador no campo investigativo foi fundamental para a compreensão de elementos no âmbito laboral durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa. Essa propriedade configura-se como um compromisso do pesquisador em imergir no campo de assistência em que acontece a investigação, esse tempo

de imersão equivale a uma coleta de dados posicionada no interior das situações coletadas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Ainda, a PNH busca investigar os processos de subjetividade em consonância com o âmbito laboral. Concerne em instigar os trabalhadores que vivem e trabalham a pôr em palavras um ponto de vista sobre seu contexto de trabalho, trazendo a fonte de percepção e interpretação do que causa o adoecimento e saúde. Além do mais, no âmbito do Humanizausus, é essencial constituir espaços no cotidiano de trabalho em que haja a perpetuação de debates coletivos, em que possa trazer ao centro o trabalhador, investigando os diversos elementos que perfazem o ambiente do serviço de saúde (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Não obstante, a humanização no contexto do trabalho propõe uma configuração investigativa, não de forma a quantificar ou objetivar as práticas dos trabalhadores, mas questionar, problematizar as experiências e subjetividades que abarcam os processos produtivos, assim como as relações que os constituem. Desta forma, resgata o objetivo de motivar o trabalhador a compreender as situações do trabalho e suas limitações, buscando estratégias de ascensão e valorização do trabalhador nos cenários de atuação (BARROS; SANTOS-FILHO, 2011).

As subcategorias seguintes mencionam como resultados deste processo investigativo prático-assistencial, a valorização da subjetividade dos trabalhadores no contexto da ESF. Neste conjunto, inseriu-se nos grupos de convergência a psicóloga do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) em conjunto com a enfermeira pesquisadora do cenário de atuação. Nestes grupos, institui-se um diálogo interdisciplinar, com efetivação de espaços e rodas de conversa com intuito de promoção à saúde no contexto laboral, com intenção de gerar mudanças e construir estratégias coletivas que possam potencializar a humanização no contexto do trabalho.

4.2.1 Trabalho criativo e valorizado: Construção ampliada de valorização do trabalho em saúde

Neste segmento, ressalta-se a importância de espaços alternativos para a reflexão das demandas relativas ao trabalho, na tentativa de buscar estratégias e melhorias nos ambientes de atuação dos serviços de saúde. Ainda, presume-se que estes espaços possam contribuir para fortalecer o coletivo de trabalho, promovendo momentos de criação, construção e aprendizado, na tentativa de obstar que as questões relativas às adversidades do contexto do trabalho possam interferir negativamente na vida pessoal dos trabalhadores da saúde.

Assim, buscou-se o propósito de efetivar os grupos com os trabalhadores, com objetivo de desencadear momentos em que são verbalizadas as opiniões, confrontação de saberes, movimentos inventivos de expansão da vida que se dão no cotidiano. Trata-se da possibilidade de movimentos em que haja produção de saúde, construção de solidariedade, grupalidade e democracia, fatores inerentes ao propósito da humanização. Nesta convergência de fatores, as estratégias engendradas pela PNH perspectivam a formulação e apoio à mobilização dos trabalhadores para produção de saúde em ambiente laboral, convocando-os no seu potencial criador, para disparar novos modos de fazer (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Diante do contexto do trabalhador no âmbito do SUS, são visualizadas a precarização das condições de trabalho, violência no trabalho, situações de desvalorização do trabalhador, na qual pode se encaminhar para um processo de sofrimento/adoecimento do mesmo. Diante disso, deve ser necessário interferir neste contexto, investigando os aspectos que causam desgaste e vulnerabilidade dos trabalhadores, assim como constituir espaços de ascensão da valorização do trabalhador. Pois, sabe-se que a valorização da subjetividade deste trabalhador e valorização do seu conhecimento advindos de sua experiência são intrínsecos aos processos de humanização (SANTOS-FILHO, 2010).

Desse modo, os grupos de convergência promoveram um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho aliada à perspectivas de transformação no cenário em questão. Acrescido a isso, é desafiante instigar novas abordagens com enfoque investigativo prático assistencial abrangendo outros núcleos profissionais, pois, compreende-se uma amplitude de limitações, necessidades, desejos que estão visíveis no âmago dos trabalhadores.

Durante o período investigativo assistencial, foram realizados três grupos de convergência com os trabalhadores da ESF. A média de duração dos encontros foi de, aproximadamente, uma hora e meia cada.

O local destinado para a realização dos grupos foi em um espaço reservado, sendo esse um salão da capela da igreja comunitária que se localiza ao lado da unidade de ESF. Este local foi escolhido, pois apresentava ser um espaço mais amplo e acolhedor para a realização da atividade. Além disso, designou-se a realização dos grupos na quarta-feira pela tarde, no turno da reunião das equipes, conforme pactuado com os trabalhadores do local.

Ainda, na efetivação dos encontros, procurou-se instigar um processo de reflexão permeado por dinâmicas de grupo, com intuito de integração entre os trabalhadores e mobilização de aspectos subjetivos. No decorrer do diálogo, foram realizadas perguntas

disparadoras, com intuito de a problematização de acontecimentos e provocar os participantes a procurarem respostas, assim como estratégias para enfrentamento diante das limitações e adversidades no cotidiano laboral. Presume-se que os grupos contribuíram para instigar novas perspectivas nos cenários dos serviços de APS e ainda, auxiliar na minimização dos efeitos de sofrimento/adoecimento do trabalhador de saúde.

Nessa linha de pensamento, é inerente mencionar alguns atributos que foram essenciais para o transcorrer da técnica de pequenos grupos. Tais elementos envolvem a coerência, respeito, paciência, comunicação, empatia e síntese, com destaque para esse último, que consiste na reunião de elementos diferentes com finalidade de fundi-los num todo coerente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Para a adequação da técnica, foi necessário um auxiliar de pesquisa para as devidas anotações das discussões do grupo e assim conseguir obter as informações necessárias correspondentes à prática assistencial.

O primeiro grupo foi realizado com a participação de dez trabalhadores, pois os demais encontravam-se no período de férias. Quando os trabalhadores chegaram no local, foram distribuídos os crachás com os seus nomes, sendo explicado aos mesmos que esses foram utilizados apenas para identificação durante o processo de pesquisa, garantindo o sigilo e anonimato. Na sala havia disponível um lanche aos participantes, contribuindo para trazer um ambiente mais confortável e acolhedor.

Após, os participantes foram direcionados aos seus assentos, formando-se um círculo para que todos pudessem ser vistos e as falas serem compartilhadas com maior proximidade entre os sujeitos, possibilitando uma comunicação mais dinâmica e produtiva. Iniciou-se apresentando os objetivos propostos para o encontro, apresentando os auxiliares da pesquisa e explicando aos trabalhadores acerca dos aspectos éticos, sigilo e anonimato dos participantes.

Pactuou-se o horário para finalização do encontro e ainda, solicitou-se que colocassem seus celulares no silencioso para não haver qualquer interferência. Foi conversado sobre a necessidade de não mencionar nomes nas falas e pactuado que as conversas ditas na roda não fossem mencionadas em outro lugar ou para outras pessoas que não estivessem presentes. Foi ressaltado acerca da gravação dos dados para posterior análise na pesquisa.

Ainda, a pesquisadora, inserida no processo investigativo assistencial, relatou aos participantes que todas as falas eram importantes no decorrer do encontro, que não existiam respostas certas ou erradas, nem mesmo julgamentos acerca das respectivas falas. Solicitou-se para que os participantes falassem um de cada vez, para que assim o diálogo pudesse fluir de forma mais clara e compreensível.

Após o momento inicial do encontro, realizou-se uma dinâmica chamada “Desenho dos pés”. Nesta atividade, os participantes foram solicitados para desenharem os próprios pés nas suas cartolinas, distribuídos para cada um deles, sem necessitar retirar os seus calçados. Após o término do desenho, a pesquisadora levantou questionamentos para incitar as discussões acerca do cotidiano do trabalho. Tais questões foram: Achrom que todos os pés são iguais? Esses pés caminham muito ou caminham pouco? Quais os sentimentos e relação ao trabalho?

As perguntas realizadas ao grupo desencadearam discussões amplas e problematização dos acontecimentos e experiências advindas do contexto laboral. Foram realizadas trocas e debates entre os mesmos, com exemplos e elementos das situações vivenciadas. Durante o percorrer do encontro, alguns assuntos que emergiram foram percebidos durante o período da observação participante, assim como foram relatados durante o período das entrevistas. Destaca-se para situações em que os trabalhadores relataram sentimentos de cansaço, desestímulo, falta de reconhecimento pelo empenho nas atividades realizadas no cotidiano laboral. Algumas falas referem a esses achados:

[...] caminham muito, estão calejados, sim, eu ando caminhando meio cansada, estou sentindo que eu caminho mais cansada [...] (NG T12).

[...] pelo menos ter o mínimo, mínimo de respeito e reconhecimento né, aí tu faz e faz, chega na unidade e se não dá certo eles detonam a gente, detonam seja lá pra quem for, e aí qualquer coisa o fulano diz que eu não vou fazer visita, que eu não vou na casa dele, ah porque a fulana não faz nada pra mim, existe muito desrespeito. Daí tu chega em casa e pensa, logo aquela fulana que eu fiz tudo por ela, tanta coisa que eu fiz, até minha medicação da hipertensão eu dividia com ela e ela me detonou [...] (NG T8).

Após vários relatos dos trabalhadores acerca destas vivências, a psicóloga do NASF levantou questionamentos acerca destas situações, indagando sobre os sentimentos e percepções dos participantes frente a estas questões. Ainda, instigou o grupo a refletir sobre essas dificuldades e a partir de que momento essas percepções foram se intensificando, perguntou aos demais colegas se os mesmos também tinham essas inquietações.

Neste encontro, ainda emergiram as vivências dos agentes comunitários de saúde, em que referiram sentir-se incomodados por residir no mesmo território de atuação, por serem cobrados, exigidos pelos usuários e comunidade acerca de seus horários e de suas funções. Alegaram que o agente de saúde não pode ter casa, não pode ter família, não pode ter ninguém, assim como não pode adoecer.

Porém, durante as trocas de conversas, os participantes relataram que a cooperação entre os trabalhadores da equipe é um fator positivo, sendo um amparo para os mesmos, diante de situações conflitantes. A fala a seguir ilustra esse achado:

[...] até que a gente não sente um peso tão grande porque tem o apoio da equipe, porque a gente chega e conversa e resolve tudo que tem que resolver, temos um relacionamento muito bom, sabe, se não acho que a gente tinha até se internado [...] (NG T8).

A pesquisadora, então, completou a interpretação do participante, justificando a importância da cooperação entre a equipe e a valorização dos sujeitos.

[...] percebe-se na fala de vocês, algumas dificuldades vivenciadas no cotidiano, como aborrecimentos, inquietações. Porém, o grupo traz a questão da cooperação entre a equipe como um fator positivo, essa percepção é importante, pois o apoio entre os colegas de trabalho é fundamental para que consigam enfrentar esses desafios[...] (NA, pesquisadora).

Após essa explanação, a pesquisadora questionou aos participantes se os mesmos conseguem perceber outros elementos positivos, além do fator de cooperação, mencionado anteriormente. Os participantes afirmaram que o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, constitui uma força para somar o trabalho da equipe, fortalecendo os trabalhadores e auxiliando nas atividades da comunidade e com usuários.

Além disso, foram questionados acerca dos elementos que contribuem para desencadear o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores, tais como as questões referentes às relações entre usuários e equipe. O pesquisador instigou os participantes a refletirem sobre esses achados e o que poderia ser feito para minimizar esses fatores.

Desse modo, alguns trabalhadores manifestaram que a conduta dos profissionais frente a isso pode ser direcionada dentro da unidade também, ou seja, se acontece algum desentendimento, é preciso chamar este usuário para um local apropriado e conversar com o mesmo, tentar explicar e orientar de maneira em que o diálogo possa ser claro e compreensível entre ambos. Ainda, os participantes elucidaram que esse é um trabalho em conjunto que todos podem fazer para fortalecer a comunicação entre equipe e usuários.

Neste conjunto, conforme o segmento dos achados, a psicóloga trouxe sugestões e orientações à equipe para essas questões do cotidiano, conforme segue o relato:

[...] o que a colega traz é bem importante, porque vocês trouxeram aqui essa questão da impotência, da frustração de não ser resolutivo, mas isso não é só responsabilidade do agente de saúde de dar essa resposta para o usuário, a equipe também tem essa responsabilidade e o usuário e a família também tem a responsabilidade pelo cuidado do seu parente ou pelo seu cuidado. Então, uma parte desta frustração, desta impotência, temos que ver também que não depende só de

nós, claro que a gente não vai conseguir resolver todos os problemas, orientar, e as vezes é difícil só a orientação, quantas vezes a gente fala sobre alimentação saudável, atividade física, mas a gente também as vezes não consegue fazer. Então, é um trabalho como a colega fala de formiguinha, um processo longo, mas também temos que perceber que tem essa parcela de responsabilidade da família e do usuário e estamos juntos com eles para poder qualificar esse cuidado. Não se sintam as únicas responsáveis por esse cuidado, vocês fazem parte de uma equipe, as orientações que tem aqui na unidade vocês também passam no domicílio. E vocês percebem quantas coisas que existem e que são positivas, iniciaram com essa fala mais pesada, falaram das dificuldades, das frustrações mas reconheceram outras coisas que são positivas, a equipe está mais integrada e conseguem contar mais uns com os outros, é importante a gente reconhecer isso também, que temos estratégias para melhorar, até mesmo esse relacionamento com o usuário, tem um usuário um pouco mais distanciado, então como a colega disse que passa uma vez na semana, nem que seja pra perguntar como o senhor está, aquela preocupação de estar com o outro, isso faz a diferença, com o tempo eles percebem que vocês estão próximos, são estratégias que vão surgindo em que vocês conseguem se aproximar um pouco mais dos usuários. É importante fazer esse levantamento, ver quais são os usuários que vocês percebem mais essas dificuldades [...] (NA, psicóloga).

Neste segmento, no andamento do grupo, ainda emergiram sentimentos relativos à angústia, sentimento de impotência, incômodo pelas situações do contexto do trabalho e nesse conjunto, os trabalhadores constituíram um potencial reflexivo para troca de estratégias diante destas circunstâncias.

[...] eu ficava muito angustiada, com aperto no coração de ouvir coisas que a gente sabe que não é verdade, eu chorava, ficava angustiada, aí minha filha disse, mãe deixa esses problemas do trabalho lá fora no portão, entrou em casa tu é a minha mãe, dona de casa, ou se não eu fazia caminhada, caminhava uma hora, com fones de ouvidos, ouvido uma música, parece que passa aquilo [...] (NG, T4).

[...] mas aí vocês façam uma coisa, temos um grupo no whatsapp por exemplo e não falamos nada de trabalho fora do horário de trabalho, nosso grupo é para distração. Então, cinco horas fechou o posto, não agendamos mais consultas, é uma maneira de não levarmos o trabalho pra casa [...]penso que para os nossos pacientes, nossos usuários, a gente responde no nosso horário de trabalho, aí eles vão se acostumar que não adianta ligar fora do horário de trabalho, é uma maneira de a gente não levar pra casa [...] (NG T2).

Ainda, os participantes incluíram tentativas para minimizar as questões dos usuários procurarem os agentes de saúde fora do horário de trabalho, por vezes referindo que não estão em casa ou saíram. Nesse sentido, entendem que os usuários precisam ter essa compreensão, que vizinho e amizade é uma coisa, relação de trabalho é outra. Uma participante mencionou que começou a pensar sobre isso e utilizar essa estratégia, o que melhorou bastante.

Aliado a isso, as questões relativas à desvalorização por gestores da saúde com os trabalhadores da ESF, surgiu no decorrer da realização do grupo. Os participantes mencionaram sentirem-se desrespeitados, referem haver um distanciamento, falta de diálogo, sentem-se diminuídos pelos gestores pela falta de compreensão, por desvalorização.

[...] dos 126, foi diminuindo, dos 120, tem uns 100 trabalhando, o resto está tudo afastado por licença por distúrbio psicológico, depressão e é aí o motivo né, como a colega falou quem não está tomando fluoxetina, já está no caminho, está no caminho de um tratamento psiquiátrico, psicológico, pelo jeito que tá [...] (NG T6).

Neste ínterim, percebem a necessidade de gestores estarem mais próximos às equipes para compreenderem o funcionamento dos processos de trabalho e a realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde. Se a comunicação fosse mais eficaz, seria satisfatório para ambos. Diante desses relatos, a pesquisadora instigou os trabalhadores a refletir sobre possibilidades de como efetivar esta aproximação, ainda o que poderia ser feito para que essa comunicação fosse mais próxima e resolutiva. Desta forma, poderia minimizar as falhas de comunicação entre equipe e gestores de saúde.

Os trabalhadores constituíram um momento de reflexão diante deste questionamento, em que convergiu para a manifestação da necessidade de participação do coordenador nas reuniões de forma periódica com as equipes de ESF. Com isso, contribuiria para que os gestores pudessem ter ciência das problemáticas vivenciadas no contexto do trabalho.

Após, um longo diálogo entre os participantes do grupo, com trocas, debates, exemplos de situações do percurso do trabalho, o pesquisador realizou uma explanação acerca dos achados, contribuindo para o desencadear deste processo de reflexão. Ainda, através da dinâmica do desenho dos pés, estimulou os participantes a uma nova perspectiva.

[...] vocês percebem em todas as falas e relatos de vocês são bem importantes, pois são vivências de trabalho de vocês e objetivos, então como vocês mesmos evidenciaram é uma caminhada bem longa, muitas vezes é difícil, muitas vezes tem obstáculos e nem uma caminhada é igual a outra né, tanto dos agentes de saúde como dos trabalhadores dentro da ESF, percebemos que cada trabalhador tem as suas particularidades, alguns se sobrecarregam mais e outros menos, acredito que essa troca de hoje foi bem importante, pensar o que o colega faz que eu poderia fazer em tal situação, o que eu poderia fazer para tentar minimizar essas angústias. Essa troca que vocês trouxeram aqui também ajuda tentar solucionar os problemas, tentar se reerguer, porque sabemos que a nossa caminhada não é fácil, então nesse cartaz que vocês colocaram os pés de vocês, vamos pedir para colocarem um compromisso que fariam para vocês, pode ser no âmbito do trabalho ou para a vida pessoal de vocês [...] (NA, pesquisadora).

Assim, os trabalhadores trouxeram falas pertinentes sobre suas vidas e trabalho, descrevendo suas percepções, anseios, desejos, assim como um comprometimento para desencadear seus bem estar psíquico e social. Algumas falas ilustram esses achados:

[...] mais a parte pessoal, descansar mais, comer menos e me divertir mais, descansar para aproveitar a família, passear um pouco, arejar a cabeça, por que você mesmo sabe que o nosso dia a dia é muito corrido, na verdade preciso de uma psicóloga! [...] (NG T11).

[...] eu prometo sofrer menos, ou não sofrer tanto, me acalmar, eu prometo, não sei se vou conseguir cumprir [...] (NG T4).

[...] eu me comprometo a programar mais festas para a equipe, primeira festa chá de bebê [...] (NG T10).

[...] eu coloquei no trabalho e no pessoal um pé em um, um pé em outro, tentar desligar mais, tentar desligar dos problemas do trabalho não trazendo para a vida pessoal [...] (NG T13).

[...] eu coloquei tentar ser mais feliz e ter mais paciência, por que eu quase vi Jesus, então vou ter que aprender a cuidar mais de mim [...] (NG T12).

Desse modo, a pesquisadora esclareceu a importância das colocações e das falas dos participantes para a reflexão do próprio cuidado, auto percepção e estratégias para melhorias da qualidade de vida, assim como desvelou para a importância da contribuição das experiências de cada trabalhador nesta caminhada.

A finalização do encontro foi realizada com uma dinâmica chamada “dinâmica dos balões”. A pesquisadora solicitou para que todos os participantes ficassem em pé, após foi distribuído um balão para cada um, dentro dos balões continha uma palavra, sendo essa de motivação tais como: troca, diálogo, prazer, valorização, apoio, amizade, tolerância, motivação, confiança, criatividade. Com auxílio de uma música de fundo, os participantes erguiam os balões para o alto, após o final da música, estouraram os balões, cada trabalhador retirou uma palavra e relatou o que significava para si. Entre essas, alguns relatos ilustram esses achados.

[...] a minha palavra é troca, eu acho que temos que trocar tudo que sabemos, o que eu sei eu falo pra colega, o que ela sabe ela fala pra mim, também em relação ao paciente, por que o que eu sei eu ensino e as pessoas também me ensinam, é uma troca de conhecimento tudo que a gente sabe a gente troca com os colegas e com as pessoas que a gente convive no meio [...] (NG T8).

[...] o prazer, de compartilhar, de comer, de conviver assim com os colegas e é esse o objetivo [...] (NG T11).

[...] a minha é valorização, valorizar cada um, valorizar a convivência [...] (NG T2).

[...] a minha é apoio, acho que faz parte, precisamos de um apoio sempre, hoje em dia ninguém é cem por cento, então isso é importante para todos, para a equipe, sinto vocês como uma família, então é bem bom me apoiar em vocês, e no que eu puder ajudar eu vou apoiar [...] (NG T10).

[...] a minha é o que eu acho que a gente está buscando pra sair para trabalhar todos os dias, que é a motivação [...] (NG T6).

[...] a minha é criatividade, preciso dela para trabalhar todos os dias [...] (NG T12).

Assim, neste final do encontro, a pesquisadora comentou sobre a dinâmica realizada, assim como sinalizou para a contribuição deste processo reflexivo. As palavras motivacionais auxiliaram na retomada da percepção de fatores essenciais e, muitas vezes, invisíveis diante das adversidades do cotidiano dos trabalhadores. Além disso, foi solicitado aos mesmos que comentassem uma breve contextualização e avaliação acerca do encontro grupal e roda de conversa, assim como os sentimentos em relação a esse momento e ainda a socialização para a proposta do novo encontro.

Os trabalhadores mencionaram que este grupo foi favorável e positivo para os mesmos, sentiram-se à vontade para as suas exclamações, sentiram-se mais leves ao compartilhar todas as suas angústias. Para os participantes, este foi um momento de desabafo, necessitando ser repetido mais vezes.

[...] eu acho que é bem positivo. Não vi o tempo passar, a gente não notou que o tempo tinha passado tão rápido, acho quando tá bom, o tempo passa muito rápido, e a gente acaba não notando [...] (NG T6).

A proposta para o próximo encontro ficou determinada pela maioria dos participantes para um período de 15 dias, porém alguns manifestaram a opinião de que os grupos poderiam ser realizados de forma semanal.

Neste segundo grupo de convergência, após transcorrido o período de 15 dias, realizou-se o encontro no mesmo espaço físico. Neste encontro houve a participação de 14 trabalhadores entre os participantes da pesquisa, pois alguns encontravam-se em período de férias, retornando às atividades laborais. Ainda, esteve presente a psicóloga do NASF para auxiliar nas demandas existentes.

O ambiente foi organizado para melhor conforto dos participantes, com disposição de um lanche e preparação de material necessário para o encontro. Neste primeiro momento foi distribuído novamente os crachás para identificação com os nomes dos trabalhadores e para aqueles que retornaram das férias foi solicitado que preenchessem seus nomes nos crachás.

Assim, com o propósito de esclarecer aos participantes que não estavam no primeiro encontro, foi retomado esclarecimentos quanto aos objetivos do projeto e explicações acerca do funcionamento do grupo, assim como os aspectos éticos e sigilo das informações. Foi realizada a pactuação do horário, juntamente com os participantes, para a finalização das discussões. O período de duração deste encontro foi de uma hora e quinze minutos.

Neste segmento, foi realizado um breve resgate das questões que emergiram no último encontro, com o propósito de validar os dados obtidos, questionando-se aos trabalhadores acerca da concordância com as percepções encontradas. Os participantes que

estavam presentes no último grupo mencionaram concordar com os achados e ainda, os que não estavam presentes sentiram-se contemplados com os dados que surgiram, sentindo as mesmas inquietações, angústias e dificuldades vivenciadas, assim como os fatores positivos que surgem no decorrer do trabalho.

Com o intuito de suscitar as discussões sobre a temática da humanização no contexto do trabalho em saúde, o pesquisador instigou os participantes do grupo para essa reflexão. Questionou-se aos trabalhadores, qual a compreensão acerca desta temática e como vivenciam na prática essas questões. Os participantes trouxeram relatos e manifestaram a sua opinião, alguns percebem que a humanização no contexto do trabalho é ter o mínimo de respeito, remetem a um conceito associado à valorização do trabalhador.

Outros trabalhadores relataram já ter ouvido falar sobre a Humanização e que na perspectiva do trabalho está interligado à relação de usuários com a equipe, gestão e equipe, na qual por diversos problemas é prejudicada. Outros relatam que a humanização é ter condições mais favoráveis de trabalho, que não tenha tanta demanda para poucos profissionais.

Após o levantamento das percepções dos participantes, a pesquisadora define a conceituação acerca da humanização no contexto do trabalho.

[...] no que tange à política, Política Nacional da Humanização, ela traz uma referência de atendimento humanizado ao usuário e algumas diretrizes que perfazem a política, uma delas estabelece uma questão referente ao trabalhador que é a valorização do trabalho e trabalhador de saúde. Assim, trago que a humanização no contexto do trabalho em saúde implica nas relações entre os sujeitos que perfazem o cotidiano laboral e valorização destes diferentes sujeitos capazes de transformar os seus processos de trabalho. A troca de experiências, do vivido do trabalhador, da fala, da escuta são fundamentais para o caminho da humanização. É trazer ao centro o trabalhador de saúde, é fazer uma análise coletiva dos espaços do cotidiano laboral, constituindo-se de estratégias de enfrentamento para as situações inusitadas que surgem no decorrer do cotidiano. São estes momentos de trocas, de escuta, que podem trazer minimização do sofrimento do trabalhador [...] (NA, pesquisadora).

Assim, com o desenvolvimento destas questões e explanação da temática, a pesquisadora solicitou aos trabalhadores para observarem alguns cartazes que foram confeccionados e estavam colados na parede do salão. Os cartazes apresentavam figuras representativas das questões que emergiram do último encontro e foram descritas frases com as principais questões levantadas tais como: desmotivação, sentimento de impotência, angústia, desvalorização do trabalhador, dificuldades na relação equipe e usuários, desvalorização pela gestão, distanciamento gestão-equipe e também os pontos positivos levantados como a cooperação entre a equipe, atuação de equipe multiprofissional.

Figura 1 – Imagens dos cartazes confeccionados pela pesquisadora na realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

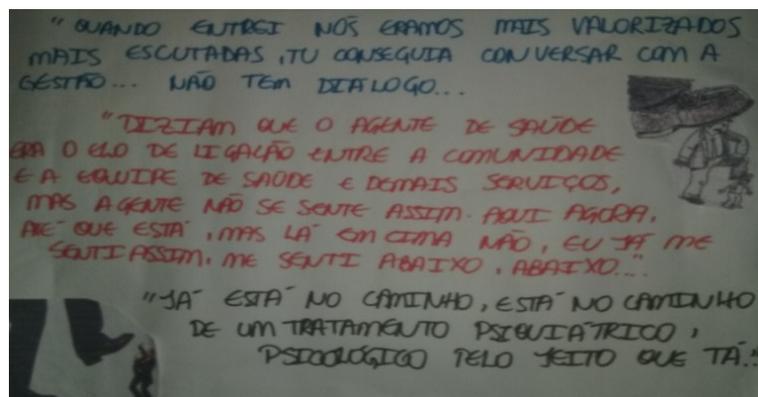
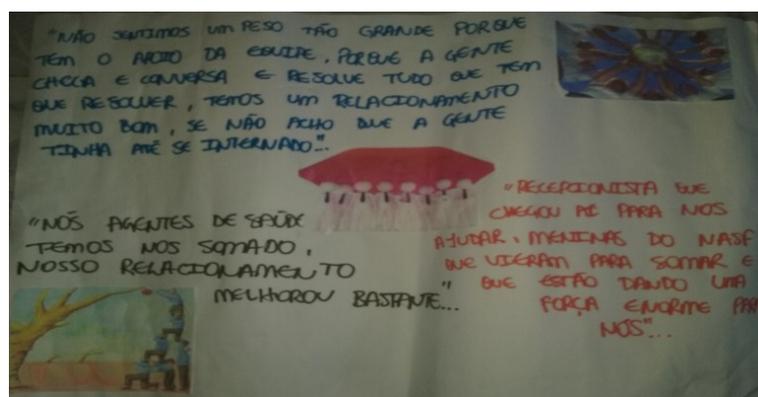


Figura 2 – Imagens dos cartazes confeccionados pela pesquisadora na realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016



No momento seguinte, solicitou-se aos participantes para que os mesmos relatassem suas percepções diante dos cartazes, como se sentiam perante as figuras e as falas ilustradas. Os trabalhadores afirmaram que, muitas vezes, sentem-se desrespeitados por usuários e gestão, desvalorizados, citando um exemplo de uma situação ocorrida naquele dia de trabalho, com sinalização de desrespeito por parte de um usuário.

Outra participante trouxe um relato acerca das dificuldades no cotidiano do trabalho em que, muitas vezes, trabalha fora de horário, sem o reconhecimento de ninguém por isso, como em um dia que teve que levar um encaminhamento de um usuário às 22 horas da noite, pois o mesmo só se encontrava em casa naquela hora e assim mesmo, não foi agradecida por isso.

Ainda, emergiu um relato sobre a impotência encontrada no dia a dia do trabalho pois, muitas vezes, vai até a casa da pessoa, orienta, fala e parece que não consegue resolver aquilo, ou por falta de material ou por falta de medicamentos. No entanto, um participante

complementou as falas que, apesar das dificuldades, a equipe é muito unida, não se sentem diferentes uns dos outros, sentem-se iguais, desta forma percebendo que a equipe se fortalece.

Após os comentários iniciais, o pesquisador solicitou aos participantes para se dividirem em pequenos grupos e cada grupo ficou responsável por um cartaz com as falas e figuras ilustrativas que haviam sido colados nas paredes do salão. Assim, foi solicitado que cada grupo desenvolvesse uma situação-problema correspondesse àquele cartaz. Exemplo, um grupo ficou com o cartaz correspondente as dificuldades na relação equipe e usuário, foi solicitado para este grupo que pensasse em uma situação-problema acerca disso e uma possível solução que poderia minimizar esta problemática. Os participantes que ficaram com o cartaz que remete à cooperação da equipe, devia elencar pontos que possam potencializar ainda mais esse fator.

Anteriormente a isso, a pesquisadora esclareceu aos participantes sobre como realizar uma situação-problema, sendo essa toda e qualquer situação onde se deseja obter uma solução, é uma situação do cotidiano que exige o pensar do indivíduo para solucionar. Foi explicado que este propósito tem como intuito contribuir para a promoção do pensamento crítico-reflexivo, na qual todos podem sintetizar as ideias, tomar decisões e resolver as controvérsias, exercitando a tomada de decisão em grupo. Assim, podem contribuir para trazer uma solução de acordo com a realidade encontrada.

Ainda, a pesquisadora enfatizou que este processo pode despertar soluções criativas, de forma a perpetuar o diálogo, não dependendo apenas de experiências individuais, mas da colaboração de todos os participantes do grupo, contribuindo com debates acerca dos valores, opiniões, princípios.

Figura 3 – Imagem da realização do segundo grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016



No decorrer do encontro, formaram-se seis grupos entre dois e três participantes, foi distribuído cartolinas para cada grupo, para que pudessem escrever e após realizar a apresentação, foi pactuado com os participantes um tempo médio para a execução da atividade, em torno de 15 minutos. Assim, transcorrido esse tempo, os participantes explanaram as situações que desenvolveram e possíveis soluções para amenizar ou modificar os achados. A seguir algumas situações ilustram esses achados.

[...] o nosso cartaz é sobre a situação da gestão com a equipe, que deveria ser mais valorizado, mais escutado, pois não tem diálogo! Uma situação que ocorreu foi da secretaria de saúde ligar e exigir que a gente resolvesse o problema de uma usuária, mas teria que ser naquele momento. Sendo que a gestão lá, sabe como a gente trabalha, ou deveria saber. A gente já vem trabalhando algum tempo sobre a questão do agendamento, até porque a gente tem uma demanda grande, se não organizar, não conseguimos atender. Bom, a solução seria haver mais respeito da gestão com a equipe e que consigam alguém, algum representante dessa gestão para vir nas reuniões, não todas as reuniões da equipe mas, periodicamente, uma vez por mês, a cada dois meses, mas que venha pra ver a nossa realidade. O que estamos fazendo realmente, qual o nosso serviço [...] (NG, T14).

Outra situação encontrada foi relevante para este processo de reflexão, os sentimentos de angústia e impotência que são encontrados nas vivências dos trabalhadores. O grupo que estava de posse desse cartaz contribuiu para desenvolver estratégias e soluções que possam minimizar esses sentimentos.

[...] ficamos com o cartaz que fala sobre os sentimentos de angústia e impotência. Nós colocamos aqui a situação de angustia gerada por incompreensão de familiares, que negligenciam a assistência à saúde da pessoa necessitada, comprometendo o ACS e a equipe sobre responsabilidade desta. Às vezes vocês vão lá, pegam uma caixinha, colocam os horários dos remédios, deixam as receitas, organizam e vão embora e fica o doente ali. E aí vem o familiar que diz “Quando é que vai lá pra renovar as receitas dele ou pra ver como é que tá o remédio”. Mas ninguém faz isso. Ninguém se responsabiliza pelo acamado, pelo doente ou pelo aquele que vive sozinho. Colocamos como solução, o apoio da assistência social, de entidades e instituições representativas em assistência à Família e à Equipe. Nos orientar também, de como nós devemos proceder pra atuar junto as famílias e aos familiares. Conselho tutelar, conselho do idoso, CRAS, CAPS [...] (NG, T11).

Neste contexto, esta atividade trouxe como objetivo fazer com que esses trabalhadores refletissem, modificassem, ressignificassem seus processos de trabalho ou mesmo situações que originam sofrimento/problemas de saúde, contribuindo para uma gestão coletiva de situações do cotidiano do trabalho. Ao final da atividade em grupo, foi solicitado aos participantes o que poderia ser desencadeado de forma prática para efetivar a melhoria no contexto do trabalho. Foi estabelecido pela maioria, a necessidade de participação de representantes da gestão para o próximo encontro com os trabalhadores. Assim, finalizou-se este grupo com avaliação dos mesmos acerca do desenvolvimento das atividades.

subjetivação, em que se identificam novas possibilidades de movimentar as práticas em saúde, construindo um trabalho que produz e transforma. Nesse sentido, ao trilhar esse caminho, pode-se expandir para novas configurações institucionais, em que pode favorecer para relações mais efetivas e dialógicas entre gestores e trabalhadores. É no concreto de práticas e de relações cotidianas de trabalho que essa possibilidade se efetiva.

Figura 6 – Imagem da finalização do grupo de convergência. Santa Maria, RS, Brasil, 2016



Portanto, com intuito de contemplar a produção de espaços que possam convergir com os ideais propostos pela PNH, o terceiro grupo realizado com os trabalhadores da ESF, teve como aposta uma aproximação entre gestores e trabalhadores do serviço de saúde. Neste ínterim, este encontro, com a presença de representantes da gestão, culminou de uma necessidade reivindicada pelos trabalhadores no último encontro realizado. Os mesmos reiteraram esta percepção, pois as falhas de comunicação, a falta de diálogo, desvalorização por parte dos gestores, foi desvelada durante o processo investigativo prático assistencial como um fator para possíveis sinais de sofrimento/adoecimento dos trabalhadores.

Assim, esta aproximação trouxe como objetivo um reconhecimento por parte de representantes da gestão das dificuldades e facilidades vivenciadas pelos trabalhadores do cotidiano laboral da ESF. Nesta perspectiva, os trabalhadores conseguiram expor essas dificuldades e os fatores que desencadeiam, assim como explicar a organização dos processos de trabalho. Por questões éticas do estudo, as falas de representantes da gestão não foram utilizadas para dados da dissertação, mas sim a fala dos participantes da pesquisa.

Aliado a isso, neste terceiro encontro, o momento inicial iniciou-se com a apresentação dos integrantes do grupo. Neste momento, a pesquisadora explanou o propósito do encontro, estando esse relacionada à pesquisa investigativa assistencial. Além disso, evidenciou-se para os participantes do grupo e representante da gestão, as dificuldades

vivenciadas pelos trabalhadores, situações detentoras de angústia, impotência, desmotivação, desvalorização dos trabalhadores. Ainda que, muitas situações são desencadeadas pelas dificuldades de relações mais estreitas entre os sujeitos dos cenários de saúde, em específico, com gestores, coordenadores da saúde e trabalhadores da ESF.

Ao encontro disso, a pesquisadora relatou a necessidade de gestores conhecerem melhor o funcionamento do serviço da ESF, assim como a organização dos processos de trabalho, para que possam perceber a realidade em que os trabalhadores da ESF estão inseridos, seu contexto, vivências e cotidiano laboral. Desta forma, com o transcorrer do grupo, o diálogo foi se intensificando, com o surgimento das questões relativas às limitações, frustrações, excesso de atividades despendidas pelos trabalhadores no cenário de pesquisa em questão.

Nestas circunstâncias, um dos participantes, remete à seguinte questão ao representante da gestão:

[...] até uma das perguntas que a gente estava pensando em falar, fazer, como que a Secretaria nos vê? Nós somos uma equipe de ESF ou nós somos uma Unidade Básica? Até então a gente tem esse problema, Tinha né! Então as duas equipes sabem, nós sabemos o que somos, uma Estratégia de Saúde da Família. Mas, muitas vezes, não veem a gente como isso. Ai tu acaba remando, andando contra a maré [...] (NG, T10).

Assim, os trabalhadores relataram algumas situações vivenciadas no contexto do cotidiano laboral, em que podem repercutir em conflitos com a secretaria de saúde e gestores. Devido a isso, uma participante mencionou a relevância da reestruturação dos processos de trabalho das equipes, a forma de agendamentos e acolhimentos aos usuários do serviço, a confecção de folders com as atividades propostas da ESF para orientação aos usuários e como os trabalhadores despendem para resolver os problemas advindos da comunidade e de usuários no geral.

Neste encontro, surgiu a possibilidade de planejamento para a realização de uma reunião em que estejam inseridos os trabalhadores, gestores e usuários do serviço para que assim, possam elucidar de forma mais efetiva as orientações e trocas de informação entre os sujeitos que perfazem a realidade do serviço, assim como planejamento para melhorias dos processos de trabalho. Aliado a isso, esse propósito visa conciliar relações mais estreitas e dialógicas, contribuindo para o protagonismo e inclusão dos diversos sujeitos dos cenários de saúde.

Além disso, foi relatado, as questões advindas do excesso da população atendida no âmbito da ESF, devido a esse agravante, as equipes relatam dificuldades em realizar as ações

de promoção e prevenção em saúde que são inerentes ao papel da ESF. Ainda, percebem que devido a esses fatores, os trabalhadores sentem-se sobrecarregados, pois há uma demanda excessiva de atendimentos realizados diariamente.

Outro fator que os trabalhadores relataram no contexto do trabalho sendo um precursor de desgaste e sofrimento para os mesmos, é a equipe ser responsável pela regulação de todos os encaminhamentos e exames dos usuários que abrangem o território da ESF, pois acontece algumas situações em que são perdidos os encaminhamentos, extraviado e a responsabilidade por isso, acaba recaindo sobre os trabalhadores da ESF.

Neste contexto, a pesquisadora traz essa questão da impotência que os trabalhadores relatam sentir no cotidiano do trabalho, pois algumas situações advêm de outras instâncias para a resolução dos problemas, na qual não dependem dos trabalhadores e o que está ao alcance da equipe é feito, porém o que não depende da equipe, torna-se mais difícil resolver.

Durante o percurso da interação entre o grupo, surgem demandas que precedem a realidade da ESF, assim como a realidade de outras unidades de saúde da APS. Tais necessidades advêm da precária estrutura física da unidade, assim como falta de materiais e insumos para a efetivação do trabalho em saúde. Neste segmento, o coordenador, representante da gestão, ouviu atentamente as demandas dos trabalhadores, assim como explanou um diálogo aberto, justificando certas questões reivindicadas pelos trabalhadores.

Após uma hora e meia de conversa entre os participantes, o encontro foi finalizado. Assim, a pesquisadora distribuiu os cartazes aos trabalhadores com os desenhos dos pés realizados por eles no primeiro encontro. Nestes cartazes, os participantes da pesquisa descreveram um compromisso para sua vida pessoal e para seu trabalho. Os cartazes foram distribuídos aleatoriamente, após foi solicitado para que cada participante identificasse o seu cartaz e relatasse o que havia descrito e se estava conseguindo efetivar o seu compromisso. Alguns dos trabalhadores relataram que pensaram nas reflexões propostas e estavam fazendo o que se comprometeram, porém alguns relataram que ainda não conseguiram mudar e aderir ao que haviam se comprometido.

Ainda, foi pactuado com coordenador da região acerca da periodicidade dos encontros com representantes da gestão. Finalizou-se o encontro com avaliação acerca da roda de conversa, em como os trabalhadores sentiram-se diante das atividades propostas, quais melhorias podem ser elencadas para aprimorar e ofertar a continuidade da realização dos grupos. Os participantes perceberam ser um momento importante para que os mesmos também conseguissem compreender as demandas existentes pelo lado da gestão.

No decorrer das atividades, perceberam que as dinâmicas realizadas com o grupo, alcançaram um propósito de interação e momentos de vivência e descontração para a equipe

de trabalhadores. Perceberam a necessidade de ser realizado mais vezes estes encontros com a finalidade de propor bem estar, fortalecimento e união aos trabalhadores da ESF.

Neste conjunto, é inerente mencionar que todos os trabalhadores foram colaborativos neste processo de reflexão, contribuindo com suas experiências, desencadeando uma postura de cooperação com o desenvolvimento das atividades propostas. Somado a isso, a psicóloga do NASF interagiu nos grupos, com o compromisso de auxiliar e atender às necessidades dos trabalhadores de forma ampla e dialógica.

Ainda, esta atividade prática assistencial convergiu com as ações intrínsecas ao papel do enfermeiro, na qual consiste promover espaços de reflexão, produção de saúde no âmbito do trabalho, com valorização da subjetividade dos sujeitos nos cenários de atuação.

Seguindo nesta direção, constituído de uma postura ético-política, o Humanizatus propõe análise situacional dos serviços, rodas inclusivas e lateralizadas de debate, planejamento, monitoramento e avaliação coletivas das ações. Nesse sentido, essa política promove a ampliação da capacidade de análise e poder de agir dos coletivos de trabalhadores como exercício da democratização institucional. Em consequência disso, desafia os sujeitos a ampliar sua potência inventiva no âmbito das organizações dos serviços de saúde (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Ainda, neste conjunto, trazer ao centro não apenas o trabalhador ou sua categoria, mas as relações que estabelece com o processo produtivo parece ser um importante caminho a ser contemplado. Assim, a PNH idealiza a necessidade de produção de rupturas de modelos fragmentados e verticalizados das relações, inferindo para dimensões em que preconiza o encontro entre os sujeitos, criação de novos valores, práticas e relações que se efetivem no cotidiano dos estabelecimentos de saúde (BARROS; BENEVIDES, 2007).

4.2.2 Novas perspectivas em saúde do trabalhador e benefícios da humanização no contexto do trabalho

Ficam evidentes os desafios encontrados para instituir estratégias com efetivação de espaços em que possam promover mudanças no âmbito da APS. É inerente repensar os fatores que propiciam a desestabilidade das relações que envolvem os diversos protagonistas dos cenários dos serviços de saúde. Ainda, é imprescindível desvendar os elementos intrínsecos ao cotidiano que possam contribuir para processos de risco/adoecimento ou mesmo vulnerabilidade do trabalhador da saúde.

Na perspectiva da saúde do trabalhador, as pesquisas apontam para incessantes modos de trabalhar em que a precarização das condições de trabalho, assim como relações pouco prazerosas e de sofrimento no contexto da APS são perceptíveis, diante de um cenário associado à mudanças no modo de produção no contemporâneo. Nesse sentido, deve-se contribuir para investigar e compreender as situações do trabalho que possam causar um potencial nocivo e perigoso à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2008a).

Assim, a PNH aponta para estratégias pertinentes em que primazia por colocar em pauta as vivências e compreensão do cotidiano dos trabalhadores de saúde. Ainda, atravessa para um processo em que amplia o olhar sobre suas condições de trabalho, tomando-os como objeto, constituindo espaços de análise e de negociações (SANTOS-FILHO, 2007).

Diante destas configurações, a perspectiva da PNH estimula a formulação e apoio à mobilização dos trabalhadores para a produção de saúde em ambiente laboral. Neste intento, busca-se almejar, nos atores que perfazem os serviços de saúde, o exercício de resgatar os sentidos de trabalhadores enquanto protagonistas de seus modos de fazer, modos de trabalhar, assim como convocar seu potencial criador com intuito de disparar novos processos de fazer e gerir o trabalho. O objetivo é fomentar a participação dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de diferentes movimentos e rodas, fortalecendo as redes (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Aliado a isso, a PNH compreende as inúmeras possibilidades de subjetivação em situação de trabalho em saúde, de forma a não dissociar trabalhar-subjetivar, sendo essa uma condição que possa efetivar a simultaneidade das transformações no trabalho e nos sujeitos. Nesta dimensão, consegue-se discorrer a realidade dos serviços, impulsionando a movimentar e transformar o que está dado, instituído (OLIVEIRA, 2012).

Neste contexto, conciliar a efetivação de meios em que possa resgatar às inúmeras necessidades dos trabalhadores da APS, é fundamental para um ponto de partida, em que interferências de outros núcleos profissionais possam contribuir para um diálogo interdisciplinar. Nesse sentido, presume-se considerar a perspectiva de novas configurações no âmbito dos serviços de saúde, em que o olhar ampliado ao trabalhador de saúde seja incitado pelas instituições. Dessa forma, pode-se apontar para mudanças instituídas nas práticas em que novas modalidades de saberes e práticas possam ser mais integradas, visando sofrer as transformações almejadas.

Nessa linha de pensamento, torna-se um desafio incluir a aproximação entre os profissionais, com a possibilidade de realização de um trabalho em conjunto. Assim, a complementariedade entre saberes e práticas, possibilita alçar o desenvolvimento de um

trabalho mais efetivo para a saúde dos trabalhadores. Ainda, este estudo aponta para uma nova perspectiva no campo da pesquisa qualitativa, em que contribui para arranjos compartilhados entre diferentes núcleos profissionais e ainda, pertinente à temática da humanização.

Somado a isso, a prática investigativa assistencial permitiu uma melhor compreensão desta integração heterogênea no campo interdisciplinar, aliando o saber do enfermeiro pesquisador imerso na prática assistencial ao núcleo do profissional psicólogo. Ainda, contribuiu-se para inferir uma perspectiva de uma unidade integral que vai além do simples somatório, mas transcodifica significados produzidos e transforma-os em novos sentidos peculiares (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Os serviços de saúde e instituições, devem considerar essa premissa e buscar conduzir novos processos no campo da interdisciplinaridade, com intuito de trazer ao coletivo de trabalhadores, novos sentidos para o trabalho em saúde, produzindo uma nova forma de se interpretar e se relacionar com o mundo do trabalho. Aliado a isso, é necessário resgatar valores e percepções inerentes à experiências vividas pelos sujeitos atuantes no âmbito laboral, em especial na perspectiva da ESF. Pois, sabe-se que esse contexto abrange situações singulares e desgastantes para os trabalhadores da saúde.

Ainda, nesse intento, presume-se que instituir espaços com trocas e debates no coletivo, com intuito de fomentar os diversos saberes e experiências intrínsecas no cotidiano laboral, contribui para a ascensão do trabalhador, para o reconhecimento e o olhar do outro como importante para a produção de saúde no trabalho.

As rodas de conversa tornam-se dispositivos que auxiliaram nos encontros dialógicos, baseadas na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos participantes implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. O espaço da roda de conversa é um potencial produtivo para a abertura de novas possibilidades ao pensar, em um movimento de perceber-refletir-agir-modificar, em que os sujeitos podem reconhecer sua capacidade de ação, ainda, favorecem o entrosamento e a confiança entre os participantes (SAMPAIO et al., 2014).

Acrescido a isso, a PNH suscita configurações com o pressuposto de resgatar a produção de coletivos e prosperar o potencial gerador de mudanças a partir de micro espaços. Nesse sentido, incluir os diferentes sujeitos nestes espaços de debates e rodas de conversa instiga a confrontação de resistências e destitui a fragmentação da verticalização de saberes.

Portanto, a inclusão de gestores e trabalhadores nos exercícios de planejar-fazer-avaliar, amplia a autonomia dos sujeitos, protagonismo e corresponsabilidade.

Além do mais, é desafiante convergir para a experimentação de uma política pública impelindo para novas modalidades de criação de uma experiência comum (SANTOS-FILHO; BARROS, 2012).

Ainda, pensar na humanização no contexto do trabalho, predispõe a uma comunicação transversal, em que se expressa por processos de produção de saúde e subjetividades. Neste ínterim, a participação ativa e inventiva de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento dos desafios que emergem nos ambientes laborais, convergem para um dispositivo de conversa e negociação, na direção da melhoria das condições de vida e saúde (SANTOS-FILHO, 2011).

Para Santos-Filho (2014), é um importante desafio para a pesquisa em humanização, a construção de projetos avaliativos com a inserção dos próprios atores dos serviços, com intuito de superar o distanciamento entre as necessidades e interesses dos serviços de saúde e pesquisadores externos à instituição. Além disso, um aspecto relevante associa a pesquisa qualitativa à PNH, pois é inerente entre ambos a compreensão da realidade como construções sociais, nas quais as subjetividades estão necessariamente presentes e portanto, presentes também no processo de sua investigação.

Assim, a pesquisa qualitativa, valorizando sujeitos e significados, também lida com esses atributos e pode contribuir com a melhoria de práticas assistenciais, ao investigar contextos incluindo os diversos atores e pontos de vista.

Semelhante a isso, a proposta metodológica da PCA, destaca como primordial, a participação do pesquisador, tanto na investigação em si como na prática assistencial, de modo simultâneo. Este método procura a busca de produção de mudanças, com a intencionalidade de somar valor às novas práticas. Desse modo, a imersão na prática assistencial, objetiva gerar transformações e novos conhecimentos, compondo-se assim novos e concretos modos de saber-fazer as ações de saúde. Ainda, procurou desencadear aos participantes a reflexão sobre “o pensar e o fazer”, constituindo-se em uma prática assistencial em que o “fazer” compreende a objetividade e a subjetividade do participante diante de um movimento reflexivo (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013).

Neste contexto, é confluyente a proposta metodológica com o campo investigativo da humanização, pois, a PNH provoca movimentos construtivos no âmbito das organizações, em que reafirma a potencialização da ideia de participação, na qual emerge dos participantes a intencionalidade de gerir transformações, induzindo assim, a um processo de fazer junto com o outro. Além do mais, rompe-se com lógica de externalidade do pesquisador, pois esse está imerso no campo prático assistencial, operando de forma a implicar-se com as situações em

questão, gerando condições concretas para tratar as situações de trabalho e as subjetividades dos participantes daquele cenário (SANTOS FILHO, 2014).

Não obstante, o enfermeiro, enquanto pesquisador, está inserido na prática assistencial, propiciando interferências com intuito de expandir novas configurações e mudanças no campo investigativo. Neste ínterim, a atividade prática realizada em conjunto com os trabalhadores da ESF, constituiu um fator intrínseco à práxis da enfermagem, pois estabeleceu estratégias com o objetivo de potencializar o processo de reflexão, estimulando o senso crítico, o rompimento da alienação e atividades que edifiquem a subjetividade, saúde mental e bem estar psíquico e social dos trabalhadores (COELHO, 2016).

Portanto, é inerente repensar em novas configurações que primem pelo campo da saúde do trabalhador, com intuito de fomentar espaços dialógicos e de interação, na qual transcendem a subjetividade intrínseca ao contexto dos trabalhadores. Aliado a isso, a humanização no contexto do trabalho, proporciona benefícios, na medida em que se institui uma experimentação prática de uma política pública, alicerçado à implementação de rodas e debates advindos da experiência cotidiana dos sujeitos. Ainda, são imensos os obstáculos a confrontar, porém, deve-se incitar os serviços e instituições de saúde a propor estes processos reflexivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo acerca da humanização no contexto do trabalho no âmbito da ESF, contribuiu para um processo reflexivo acerca de questões eminentes que se apresentam no cotidiano dos trabalhadores da saúde. Assim como, contribuiu para a ascensão das experiências advindas da realidade concreta destes participantes. O estudo apontou para uma dimensão do trabalho, na qual apresenta fatores divergentes aos pressupostos da humanização.

Os resultados apontam que a humanização no contexto do trabalho, conforme a percepção destes trabalhadores, corresponde a fatores subjetivos do trabalhador, assim como a necessidade de valorização nos espaços onde atuam. Além do mais, os dados demonstram que a maioria dos trabalhadores sentem-se desvalorizados, seja por baixas condições salariais, excesso de atividades, poucas ações de capacitação e por gestores de saúde. Porém, existem alguns apontamentos que remetem à valorização dos mesmos, em destaque para o reconhecimento dos trabalhadores pela equipe que integra a ESF.

Somado a isso, os dados deste estudo levantaram informações referentes a precarização das relações instituídas no contexto do trabalho, tais como relações distanciadas entre usuários e trabalhadores e relações verticalizadas entre trabalhadores e gestores, constituindo-se um contraponto ao processo de humanização. Ainda, pode-se compreender nos dados da pesquisa, que as condições precárias de estrutura física comprometem o desencadear de um trabalho efetivo, no âmbito da organização do trabalho, contribuindo para elementos de desumanização.

Ainda, no que tange aos dados da pesquisa, os resultados apresentaram os fatores que podem convergir para o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores, assim como aponta para sinais de alerta diante dessas questões emergentes. Os trabalhadores relatam a necessidade de diminuir a ansiedade, instituir espaços dialógicos de interação, percebem necessidade de acompanhamento psicológico.

Ainda, a prática assistencial culminou para ações na qual contribuísse para minimizar os efeitos de sofrimento e vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde, assim como trazer a fonte de percepção e interpretação do que causa o adoecimento e saúde. No âmbito do Humanizassus, é essencial investigar os diversos elementos que transitam para os efeitos do trabalho em saúde, assim como mobilizar estes sujeitos para a construção de autonomia e corresponsabilização para a transformação da realidade que os cerca.

De acordo com os resultados da prática assistencial, a promoção de espaços de discussão contribuíram para a valorização da subjetividade dos trabalhadores da ESF,

abordagem de estratégias para enfrentamento das situações de adversidades do cotidiano laboral e ainda contribuíram para transformar as situações vivenciadas que podem conduzir a um processo de risco/adoecimento ou mesmo vulnerabilidade do trabalhador de saúde. Neste ínterim, buscou-se efetivar ações assistenciais neste movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho.

O acompanhamento do profissional psicólogo nos grupos de convergência, proporcionou uma ação assistencial em caráter interdisciplinar, convergindo com as necessidades destes trabalhadores. Ainda, a aproximação de representantes da gestão na roda de conversa, culminou para alicerçar relações mais horizontais e dialógicas entre os sujeitos dos cenários de saúde, contribuindo para incitar pressupostos da política de humanização.

Neste segmento, a Pesquisa Convergente Assistencial, constitui-se de uma abordagem metodológica, na qual convergiu para o alcance dos objetivos propostos, demarcando para a busca intencional de mudanças ou inovações no cenário do estudo. A implementação deste método auxiliou para a mobilização dos participantes neste processo de reflexão. Aliado aos modos de subjetivação, o trabalhador foi capaz de perceber o seu contexto, permitindo mudanças com intuito de minimizar as adversidades encontradas. Este método de pesquisa, possibilitou a busca de um processo investigativo, na qual o pesquisador pode atuar como profissional da saúde na prática assistencial, sendo este propósito inerente ao método da PCA.

Além do mais, a proposta da PNH, transcende para a compreensão da inseparabilidade do contexto do processo de trabalho, na qual propõe desvelar a inserção-inclusão dos trabalhadores no âmbito das organizações. Neste sentido, a PNH direciona para a capacidade de analisar as situações do contexto do trabalho, assim como, mobilizar e intervir como sujeitos coletivos.

Ainda, ao propor um estudo em que compreende os fatores da humanização alicerçado ao contexto do trabalho, pode-se desvendar novas configurações para o campo da enfermagem. Este estudo, demarcou para a necessidade de incitar produções científicas acerca desta temática aliado à processos de investigação prática assistencial. Pois, as possibilidades de transcender para mudanças nos serviços de saúde, diante da complexidade dos cenários e práticas em saúde, tornam-se um enfoque a ser repensado, com intuito de implementação de projetos diferenciados com vistas a melhorias dos espaços de atuação.

Neste segmento, ressalta-se para a necessidade de maior enfoque no campo da atenção primária em saúde, referente à humanização no contexto do trabalho, pois ainda são pouco frequentes os estudos direcionados nesse âmbito, grande parte dos estudos remetem ao âmbito da atenção hospitalar. Esta pesquisa proporcionou contemplar o cenário da APS e contribuiu

para a implementação de pesquisas direcionadas ao campo prático da enfermagem, na qual constitui efetivar processos de promoção à saúde no contexto laboral e transformação da realidade do cotidiano dos trabalhadores.

No percurso deste estudo, foram encontradas algumas limitações, sendo estas destacadas para a delimitação do tempo para execução da pesquisa e prática assistencial para dissertação de mestrado, pois a PCA apresenta características peculiares advindas desta metodologia.

Contudo, compreende-se para a necessidade de ampliação de pesquisas direcionadas para a implementação de espaços de construção coletiva, com valorização do potencial inventivo dos diversos atores que perfazem os serviços de saúde. Efetivar espaços de troca, interação entre os sujeitos e diálogo participativo, constitui um ponto de partida para novas configurações e um potencial para pesquisas investigativas.

Neste contexto, os grupos com trabalhadores no cenário da APS, podem contribuir para instigar processos de pesquisa, assim como ser um espaço de reflexão alicerçado a um potencial de promoção à saúde destes sujeitos. Pois, os participantes da pesquisa, podem ser agentes de mudanças de suas realidades e construir espaços de cooperação e superação para as adversidades existentes no seu cotidiano.

Assim, nesta realidade, ainda são vários os desafios a serem contemplados para a melhoria de aspectos referentes à humanização no contexto do trabalho, principalmente no que se refere à mudanças de paradigma e modelo de gestão institucional. Pode-se considerar que esses aspectos exigem um longo caminho a ser percorrido, pois este ultrapassa barreiras institucionais e transformações de modelos sociais e culturais. Porém, não se deve deixar de inferir propostas que possam permear para a efetivação prática direcionadas à humanização dos serviços.

Por fim, aponta-se para a importância de pesquisas nessa temática, as quais podem fornecer subsídios teóricos e compreensão acerca dos fatores que facilitam e dificultam a proposta da PNH, as quais são imprescindíveis para a reflexão crítica e realista do panorama atual.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ASSUNÇÃO, A. A.; TAVARES, I. R.; SERRA, P. J. **Natureza e condições atuais do trabalhos em saúde: o que diz a literature sobre o adoecimento dos trabalhadores?** Brasília/Belo Horizonte: MS/UFMG; 2012.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 8. ed. Portugal: Geográfica Editora; 2011.
- BARROS, M. E. B.; BENEVIDES, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.) **Trabalhador da saúde: muito prazer!** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 61-71.
- BARROS, M. E. B.; SANTOS-FILHO, S. B. In: MINAYO, G. C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: Um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BECK, C. L. C. et al. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 184-190, abr./jun. 2009.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: Espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014.
- BONETTI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Esc Anna Nery**. (impr.), v. 17, n. 1, p. 179-183, jan./mar. 2013.
- BRAGA, L. S. et al. Sofrimento psíquico em trabalhadores da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 7, n. 2, p. 345-354, fev. 2013.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Acesso em: setembro de 2015. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Acesso em 10 de setembro de 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pnhah01.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Documento Base. 3. ed. Brasília. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de formação em saúde do trabalhador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 242 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 44 p: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1585-0.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: **a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** [documento na internet]. Brasília; 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/ impressos/folheto/04_0923_FL.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora MS, 2008a.

BRASIL. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde. Brasília**, 2012b. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BROTTO, T. C. A.; ARAUJO, M. D. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago. 2005a.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>.

_____. **Um método para análise e Cogestão de Coletivos**. 2. ed. 236 p. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2005 B.

CAMPOS, L. V. O. **A estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1509-1520, 2010.

CARREIRO, G. S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n. 1, p. 146-55 jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>. doi: 10.5216/ree.v15i1.14084.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

COELHO, A. P. F. **Cargas de trabalho em mulheres catadoras de materiais recicláveis: estudo convergente-assistencial**. 2013. 162 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2010.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

CREMONESE, G. R.; MOTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 279-293, 2013.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI E, J. C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1. ed. 12. reimp. São Paulo: Atlas, 2011.

DEJOURS, C. **Inteligência operária e organização do trabalho**: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata H, organizador. Sobre o modelo japonês: automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho. São Paulo: Edusp; 1993.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 1997.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Avant-propos para a edição brasileira. In: LANCMAN, S.; SNELWAR, L. I. Christophe Dejours: **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004 A.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, set./dez. 2004b.

DUARTE, M. L. C.; AVELHANEDA, J. C.; PARCIANELLO, R. R. A Saúde do trabalhador na Estratégia de Saúde da Família: Percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare enferm.** v. 18, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2013.

FERREIRA, J. A.; ARAÚJO, G. C. de. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 199-213, jan./jun. 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cadernos de Saúde Pública**. Minas Gerais, n. 15, p. 345-353, 1999

FREIRE, M. A. B. As concepções de cuidado e a política nacional de humanização no cenário da enfermagem. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 88-95, 2015.

GARCIAI, A. C. P. et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigil. sanit. debate**, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2015.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: Uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 414-419, 2013.

LOPES, D. M. Q. et al. Community health agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, June 2012 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300015&lng=en&nrm=iso>. accesson 24 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015>.

MAISSIATA, G. S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 2, p. 42-49, jun. 2015.

- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
- MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS; 2015.
- MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.
- MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: **Hucitec**, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica 473 **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 457-474, 2009. DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 276-82, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B. de. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 928-941, 2014.
- OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.
- PAIM et al. **Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da Enfermagem**. *Cogitare Enferm*, v. 13, n. 3, p. 380-386, jul./set. 2008.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da Política Nacional e Humanização: Trajetória de uma política pública. **Ciência &Saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.
- REIS, E. R. **Humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, 2010.
- RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, 2011.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista Enfermagem**. 2007 [cited 2015 Jun. 21]. 22(2): ii. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>.

ROZA, M. M. R. et al. Experience of na educacion process linking humanization and institutional support within health care work. **Interface(Botucatu)**. 2014; 18 Supl 1:1041-52.

SAMPAIO, J. et al. Limits and potentialities of the circlesof conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18 Supl 2:1299-1312.

SANCHES; R. C. N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre humanização em Unidade de Terapia Intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 1, jan./mar. 2016.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. The National Humanization Policy as a policy produced within the health care labor process. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl.1, p. 603-13, 2009.

SANTOS- FILHO, S. B. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e da relação de serviço. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**. v. 5, p. 45-54, 2011.

SANTOS-FILHO, S. B. S.; BARROS, M. E. B. DE. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: Algumas estratégias de análise-intervenção. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012.

SANTOS-FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007a.

_____. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 01-10, 2014.

_____. **Avaliação e Humanização em saúde:** Aproximações metodológicas. 2. ed., rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010. 272 p. (Coleção saúde coletiva).

_____. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007b.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. L. **Field research:** Strategies for a natural sociology. New Jersey: Prentice Hall; 1973.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. **A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre a humanização nos serviços de saúde.** Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012.

SHIMIZU, H. E.; JUNIOR, D. A. C. 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.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B.; MARTINS, C. P. Experimentaciones y reflexiones sobre el apoyo institucional a la salud – trabajo a partir del HumanizaSUS. **Interface** (Botucatu). v. 19, n. 55, p. 1157-68, 2015.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston Ed. 1980.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o pensar e o fazer na prática assistencial em saúde e enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Insular; 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá; 2014. 176 p.

WILLRICH, J. Q. et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: Fator estruturante do processo terapêutico. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 2, p. 248-258, mai./ago. 2013.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). **Relação de Serviço: produção e avaliação**. São Paulo, 2001.

ZIMERMANN, D. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMANN D.; OSÓRIO, L. C. (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA PARTICIPANTE

Dia: _____

1. Elementos do trabalho relacionados ao cotidiano dos trabalhadores: condições de trabalho; comunicação entre a equipe, equipe e usuários, equipe e gestores; relações nos processos de trabalho, ambiência.
2. Organização do trabalho e a divisão de tarefas entre os profissionais.
3. Comprometimento dos trabalhadores, trabalho em equipe multiprofissional e cooperação.
4. Atividades de capacitação profissional.
5. O trabalhador e a intervenção em seu espaço de trabalho.
6. Capacidade de criação/reinvenção dos processos de trabalho pelos trabalhadores de saúde.
7. Demandas e necessidades dos trabalhadores.
8. Espaços de conversas, situações do cotidiano de trabalho, as inseguranças, receios.
9. Situações de adversidades e enfrentamento no cotidiano do trabalho.
8. Registros importantes

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

1. Participante (T1, T2, T3...): _____
2. Idade: _____
3. Sexo: _____
4. Profissão
5. Tempo de atuação na ESF: _____
6. Escolaridade: _____
7. Teve outro(s) emprego(s) anteriormente a esse () Sim. () Não.
Se sim, qual (quais) _____
8. Possui outra atividade remunerada fora do âmbito da ESF.
09. Como percebe as condições de humanização que a Instituição propõe para equipe no ambiente de trabalho.
10. Qual compreensão acerca da humanização no seu contexto de trabalho.
11. Sente-se valorizado no dia-a-dia do trabalho, pelos usuários, gestores e colegas de trabalho.
12. Precisou se afastar do trabalho. Quais motivos.
13. Acredita que possui algum problema de saúde que tenha algo a ver com o trabalho.
14. Sente-se satisfeito com o trabalho e com o salário.
15. Como vê o ambiente no seu local de trabalho.
16. Tem participação nos processos de tomada de decisões em conjunto com a equipe.
17. Como é sua rotina de trabalho.
18. Existem situações que deixam o trabalho mais difícil.
19. O que poderia ser feito para o trabalho ficar melhor.
20. Qual motivação para trabalhar no contexto da saúde da família.
21. Como se dá as relações e comunicação no trabalho com os outros colegas.
22. Sugestões para tornar o seu ambiente de trabalho mais humanizado.
23. Sente-se comprometido no seu contexto de trabalho.
24. Consegue trabalhar em equipe multiprofissional com cooperação dos outros colegas de trabalho.
25. O que causa sofrimento no seu contexto de trabalho.
26. Sugestões para realização dos grupos de convergência.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do Projeto: “HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL”.

Pesquisador responsável: Denise de Oliveira Vedotto, (55) 91568448, dvedotto@bol.com.br

Coordenador do Projeto: Prof.^a Dr.^a Carmem Lúcia Colomé Beck, (55) 99905353, carmembeck@gmail.com.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS).

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220 8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1302, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Estratégia Saúde da Família

Eu Denise de Oliveira Vedotto, responsável pela pesquisa “Humanização no contexto do trabalho em estratégia saúde da família: Uma proposta convergente-assistencial”, convido a participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa tem como objetivo “Compreender as percepções de trabalhadores de saúde acerca da humanização no contexto do trabalho e Realizar ações assistenciais com trabalhadores de saúde na busca de um movimento de reflexão acerca da humanização no contexto do trabalho. Acreditamos que ela seja importante porque poderá contribuir para melhorias na organização do trabalho e valorização do trabalhador, resgatar a voz e o saber dos próprios trabalhadores nos processos de análise e contribuir para melhorias de seus ambientes.

Com sua contribuição, após autorização da pesquisa, a pesquisadora irá realizar observações de seu cotidiano de trabalho, além de sua participação em uma entrevista individual e em grupos de convergência, para a coleta de dados, nos meses de fevereiro, março e abril de 2016. As entrevistas individuais e grupos de convergência, serão gravadas, caso você autorizar, e as informações serão transcritas e agrupadas de modo que não será identificado. Sua participação constará de contribuições para as etapas de coleta de dados e ainda poderá contribuir para identificar problemas relativos à temática em questão e proporcionar melhorias em conjunto com a equipe de trabalhadores. A divulgação no meio científico se dará por meio de artigos científicos.

Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº466/12 que trata sobre pesquisas em seres humanos. Sua participação é isenta de despesas e sua assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo. É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: poderão expor-se a desconforto pelo tempo dispensado para a entrevista e lembrar algumas situações desgastantes do

cotidiano do trabalho. Caso seja necessário, o pesquisador poderá interromper a entrevista e retomar em outro momento mais oportuno. Dependendo do desconforto do participante, acarretando alterações emocionais e psicológicas, o mesmo poderá ser encaminhado, caso deseje, a um serviço de atenção psicológica do município ou mesmo poderá ser encaminhado ao no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Os benefícios deste estudo poderá contribuir a nível individual para os sujeitos do estudo na medida em que haverá oportunidade para discussão, reflexão e diálogo nos grupos de convergência e nas entrevistas individuais. Com isso, poderá haver diálogo entre os trabalhadores, fortalecimento do trabalho em equipe, reconhecimento e valorização profissional. Também se pode instituir mudanças organizacionais no trabalho e nas formas de enfrentamento de fatores estressantes, desgastantes, que possam causar o sofrimento e adoecimento do trabalhador.

A reflexão sobre a humanização no contexto do trabalho em saúde, poderá contribuir para a construção de novas formas de se organizar no trabalho e reconhecer o trabalhador como participante ativo nos processos de construção de modo a evidenciar superação de problemas. Ainda, compreender os significados subjetivos do trabalhador com a perspectiva de melhorias no seu contexto de trabalho. Além disso, essa pesquisa poderá contribuir para o crescimento do conhecimento da enfermagem e evidenciar o papel do enfermeiro em questionar os contextos que emergem para a sociedade e políticas públicas.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada, caso deseje, a um serviço de atenção psicológica do município ou mesmo poderá ser encaminhado ao no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Após as falas gravadas serem transcritas, o material das gravações será apagado. Quanto ao material escrito, este permanecerá por um período de cinco anos, sob a guarda e responsabilidade da orientadora da pesquisa, na sala 1305B, no prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. Após este período, o material será destruído. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento que será elaborado em duas vias, (sendo que uma ficará com o participante e outra via com os pesquisadores), e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento

a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dennis de Oliveira Leal

Local,

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Título do projeto: “HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL”

Pesquisador responsável: Denise de Oliveira Vedotto, (55) 91568448, dvedotto@bol.com.br.

Coordenador do Projeto: Prof.^a Dr.^a Carmem Lúcia Colomé Beck, (55) 99905353, carmembeck@gmail.com.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS).

Telefone para contato: (55) 99905353 -Carmem Lúcia Colomé Beck; (55) 3220-8263- Departamento de Enfermagem da UFSM.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das participantes, cujos dados serão coletados, por meio de entrevistas individuais, observação sistemática participante e grupos de convergência com trabalhadores de saúde de uma Estratégia Saúde da Família. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no prédio do Centro de Ciências da Saúde, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Prof.^a Dr.^a Carmem Lúcia Colomé Beck, em um armário particular fechado para esse fim, na sala 1305B do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 12/01/2016, com o número do CAAE 520511157.0000.5343.

Santa Maria...de.....de 2016.



Carmem Lúcia Colomé Beck
CPF: 437.890.560-49

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado **”Humanização do trabalho em Estratégia Saúde da Família: Uma proposta convergente- assistencial com trabalhadores da saúde”** de autoria da acadêmica **Denise de Oliveira Vedotto** com orientação da Prof^ª Dr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck, do Centro de Ciências da Saúde, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Mestrado /UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo compreender as percepções de trabalhadores de saúde de uma ESF acerca da humanização do seu trabalho, realizar uma intervenção com trabalhadores de saúde de uma ESF referente à busca de um movimento de reflexão dos mesmos acerca da humanização do seu trabalho, discutir os benefícios da humanização do trabalho em saúde, na perspectiva da saúde do trabalhador. Salientamos que os sujeitos de estudo serão todos os profissionais de saúde que compõem a equipe de ESF Urlândia. *Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.*

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

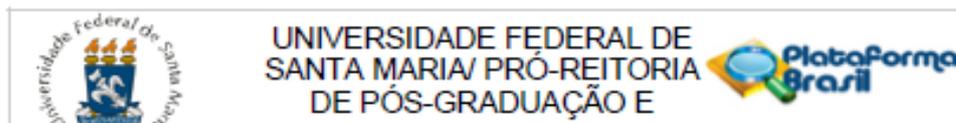
Santa Maria, 15 de dezembro de 2015.

Flávia Gepiak

Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
 PORTARIA 0040/2007 SMS

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Carmem Lúcia Colomé Beck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52051115.7.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

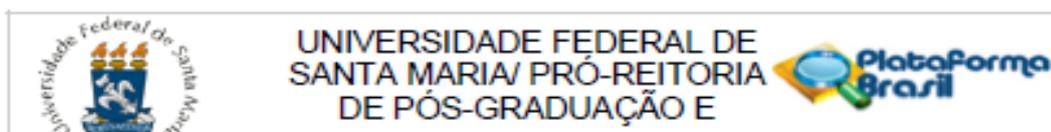
Número do Parecer: 1.387.270

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Humanização do trabalho em estratégia saúde da família: uma proposta convergente-assistencial com trabalhadores da saúde" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "O cotidiano do trabalho em saúde é um foco privilegiado para se avaliar as condições e formas de organização, saúde no trabalho, humanização e espaços de valorização e reconhecimento do trabalhador. Ao problematizar a questão da humanização em saúde, a Política Nacional de Humanização muito tem discutido a respeito do tema, especialmente na perspectiva do usuário. Porém, ainda é necessário enfatizar as discussões sobre a vulnerabilidade do trabalhador de saúde nesse contexto. A humanização do trabalho em saúde propõe diretrizes inseridas na política, tais como a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, no intuito de compreender os significados subjetivos deste sujeito e ainda contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. Diante disso, este estudo tem como questões de pesquisa: Quais as percepções de trabalhadores de saúde de uma ESF acerca da humanização do trabalho? Quais as possibilidades de intervenção com trabalhadores de saúde de uma ESF referente à busca de um movimento de reflexão dos mesmos acerca da humanização do trabalho? Tem como objetivos: Compreender as percepções de trabalhadores de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.387.270

saúde de uma ESF acerca da humanização do trabalho; realizar uma intervenção com trabalhadores de saúde de uma ESF referente à busca de um movimento de reflexão dos mesmos acerca da humanização do trabalho e discutir os benefícios da humanização do trabalho em saúde, na perspectiva da saúde do trabalhador. A pesquisa é qualitativa com abordagem Convergente-Assistencial (SIC!). O cenário será uma Estratégia de Saúde da Família localizada em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes serão trabalhadores de saúde inseridos neste contexto. Os critérios considerados para a inclusão no estudo foram: ser trabalhador de saúde e atuante há, pelo menos, seis meses e como critérios de exclusão, definiu-se: trabalhadores que estiverem afastadas do trabalho no período da produção de dados por qualquer motivo. A fase de perscrutação será delimitada pela triangulação de técnicas de produção de dados. Neste estudo, optou-se pela observação participante, entrevista semiestruturada e grupos de convergência. Após, a análise dos dados será composta pelas fases que interpõe o método da Pesquisa Convergente Assistencial. Assim, com este estudo espera-se contribuir para a abrangência de pesquisas relacionadas à Política Nacional da Humanização, com perspectivas de mudanças no âmbito das organizações dos serviços de saúde, tais como: humanizar é analisar processos de trabalho, modos de trabalhar, de se relacionar, de resistir a adoecimentos, de pensar, sentir e viver.”

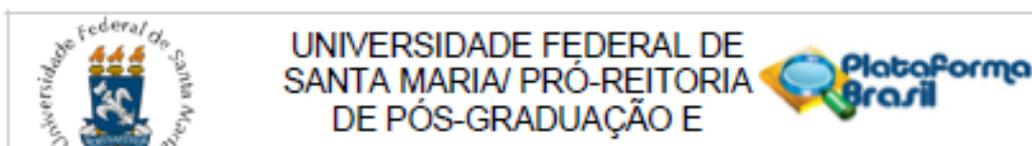
Consta do projeto, ainda, cronograma, orçamento, roteiro de observações e entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Na p. 12 do projeto consta que os objetivos são:

- Compreender as percepções de trabalhadores de saúde de uma ESF acerca da humanização do trabalho.
- Realizar uma intervenção com trabalhadores de saúde de uma ESF referente à busca de um movimento de reflexão dos mesmos acerca da humanização do trabalho.
- Discutir os benefícios da humanização do trabalho em saúde, na perspectiva da saúde do trabalhador.”

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.387.270

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

"É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: poderão expor-se a desconforto pelo tempo dispensado para a entrevista e relembrar algumas situações desgastantes do cotidiano do trabalho. Caso seja necessário, o pesquisador poderá interromper a entrevista e retomar em outro momento mais oportuno. Dependendo do desconforto do participante, acarretando alterações emocionais e psicológicas, o mesmo poderá ser encaminhado, caso deseje, a um serviço de atenção psicológica do município ou mesmo poderá ser encaminhado ao no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Os benefícios deste estudo poderá contribuir a nível Individual para os sujeitos do estudo na medida em que haverá oportunidade para discussão, reflexão e diálogo nos grupos de convergência e nas entrevistas individuais. Com isso, poderá haver diálogo entre os trabalhadores, fortalecimento do trabalho em equipe, reconhecimento e valorização profissional. Também se pode instituir mudanças organizacionais no trabalho e nas formas de enfrentamento de fatores estressantes, desgastantes, que possam causar o sofrimento e adoecimento do trabalhador."

Considerando-se as características do projeto, esta descrição pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

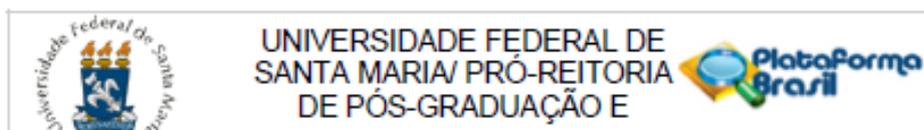
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.387.270

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_647080.pdf	18/12/2015 16:07:58		Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/12/2015 16:07:08	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto
Outros	termo_confidencialidade.pdf	18/12/2015 16:01:25	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto
Outros	SIE2.pdf	18/12/2015 16:00:05	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto
Outros	SIE1.pdf	18/12/2015 15:59:28	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autor_institucional.pdf	18/12/2015 15:58:48	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO.pdf	18/12/2015 15:55:33	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DENISE.pdf	18/12/2015 15:51:59	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Janeiro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com