

DANIEL ALVÃO DE CARVALHO JÚNIOR

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
DISTRITO FEDERAL ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO E SUAS
REPERCUSSÕES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

BRASÍLIA, 2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DANIEL ALVÃO DE CARVALHO JÚNIOR

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
DISTRITO FEDERAL ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO E SUAS
REPERCUSSÕES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profª. Dra. Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA

2011

DANIEL ALVÃO DE CARVALHO JÚNIOR

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 08/04/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira
Universidade Paulista (UNIP)

AGRADECIMENTOS

À banca.

À minha orientadora, Helena Shimizu.

A Dario Pasche e Elida Azevedo.

Ao professor Paulo Calmon.

Aos meus colegas de trabalho.

A minha esposa e meus dois filhos.

Aos profissionais da Secretaria de saúde do DF em todos seus níveis hierárquicos, por sua tolerância e abnegação ao trabalharem com zelo nas condições dadas.

RESUMO

Este estudo analisa a percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal (ESF-DF) acerca de seu processo de trabalho e suas repercussões no processo saúde-doença. Trata-se de uma pesquisa descritivo-transversal realizada com 243 trabalhadores da ESF do DF, sendo 139 Agentes comunitários de saúde, 47 auxiliares de enfermagem, 41 enfermeiros e 11 médicos. Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento, que é composto por 4 escalas (Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, Escala de Custo Humano no Trabalho, Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no Trabalho, Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho), e um questionário para contextualização socioprofissional. Dentre os resultados obtidos, constata-se que 77% são mulheres, 44% têm idade entre 30 e 49 anos e 92% dos trabalhadores possuem vínculo de trabalho formal. Do total de entrevistados, 178 (73%) afirmaram ter realizado o curso introdutório ao PSF, enquanto que 59 (24%) ainda não o haviam feito. Com relação às condições de trabalho, os resultados evidenciam que a maioria dos trabalhadores avalia como repetitivas suas tarefas, que possuem recursos de infraestrutura inadequados para a realização destas e que há dificuldades na comunicação entre a chefia e subordinados, além de identificar a falta de integração no ambiente de trabalho. Em termos de custos humanos do trabalho, os atos de caminhar e usar repetida e continuamente mãos e pernas são avaliados como muito desgastantes fisicamente. Em termos de custos cognitivos, o uso da memória, da concentração e da capacidade de resolução de problemas é avaliado como muito desgastante. Afetivamente, são avaliados como altos os custos relacionados ao controle das emoções e ao ato de lidar com a agressividade alheia, dentre outros aspectos. No entanto, o trabalho na ESF-DF apresenta-se prazeroso, pois a maioria tem orgulho do que faz, sente-se gratificada com as atividades exercidas, por trabalhar onde há cooperação e por ter liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas. Não obstante, este mesmo trabalho apresenta-se como estressante, havendo momentos críticos de insatisfação e frustração. Quanto aos danos físicos atribuídos ao trabalho, a frequência com que ocorrem dores de cabeça, nas costas e nas pernas é avaliada como grave. São avaliadas como situações críticas as vivências de tristeza e mau-humor atribuídos ao trabalho. Tendo-se como referencial teórico a psicodinâmica do trabalho, a ergologia e a clínica da atividade, conclui-se que o processo de trabalho na ESF-DF possui fortes características de um tipo de trabalho

taylorizado. Este cenário indica que a gestão do SUS no DF tem dois desafios principais: a) Prover, em tempo oportuno, os recursos necessários e adequados para a realização do trabalho; b) estruturar consolidar e fortalecer os dispositivos de co-gestão, condição necessária para a superação do processo de trabalho taylorizado que marca a ESF no DF. Para a estruturação desta agenda, deve-se contar com a participação dos trabalhadores da ESF, que construíram ao longo desses anos relações de solidariedade, de confiança, além de mecanismos efetivos de comunicação, cooperação e coordenação.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Políticas públicas de saúde.

The workers perception of the Family Health District Federal about the work process and its impacts on health-disease process

ABSTRACT

This study analyses the perceptions health workers have of their own work processes in the Federal District (FD) government's Family Health Strategy (FHS) and their repercussions on public health. It is a cross-cutting, investigative survey that analyses data collected from a sample of 243 FHS/FD workers. The data gathering process made use of a Work Risk and Health Hazard Inventory comprised of four scales to evaluate the work context, human costs, job suffering and satisfaction, and work-related harm. A questionnaire was administered to establish the social-professional context. Among the results obtained it was found that 92% of the workers have a formal, legal work contract, 44% are in the 30 to 49 age bracket, and 77% are women. Of the total respondents 73% reported having done the introductory course at the FHS, while 24% still had not attended. In regard to working conditions, most of the workers consider that the tasks they perform are highly repetitive, resources provided to perform them are highly inadequate, communication between managers and their subordinates is almost non-existent, and that there is a total lack of integration in the working environment. In terms of the human efforts involved, the repeated need to walk and the constant exertions of hands and legs are thought to be physically debilitating. The intense use of individual cognitive resources like memory, mental concentration and problem solving skills is also considered to be highly debilitating. In the affective sphere, the cost to the individual of controlling emotions and trying to handle the aggressiveness of others, among other challenges, is very high. Nevertheless, working with the FHS in the Federal District has its advantages as most of the workers are proud of what they do and have a sense of gratification stemming from their activities, carried out in an environment where cooperation prevails and professionals are at liberty to speak freely about their work with their colleagues. However, the work is stressful and interspersed with critical moments of dissatisfaction and frustration. Serious physical drawbacks associated to the work include frequent headaches, and pains in the back and legs. The work is also blamed for moments of bad temper and feelings of sadness that arise. Using the psycho-dynamics of work, human ergology and clinical activity theory as the

theoretical reference framework, it is shown that Primary Health Care processes have features that are typical of Taylorised forms of labour. The study depicts a scene where Unified Health System's administration of primary health care actions faces two serious challenges: a) securing and making effectively available, in a timely manner, all the resources needed for carrying out the work involved; and b) structuring, consolidating and reinforcing co-management mechanisms in order to overcome the Taylorised nature of work processes so typical of the FHS in the Federal District. To that end, the structuring process must engage the full participation of the FHS health workers who have constructed relations of confidence and solidarity over the years as well as effective communication, cooperation and coordination mechanisms.

Keywords: Occupational Health, Primary Health Care, Family Health, Health Policy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo OPAS de Sistema Nacional de saúde baseado na atenção primária	5
Figura 2	Representação esquemática da alienação mental	22
Figura 3	Representação esquemática da alienação social	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Total de ACS contratados, de equipes PSF implantadas, total repassado fundo a fundo para APS e MAC. Brasil. Período: 2002 a 2010	9
Tabela 2	Total de ACS contratados, de equipes PSF implantadas, total repassado fundo a fundo para APS e MAC. Distrito Federal. Período: 2002 a 2010	13
Tabela 3	Implantação da ESF, conforme população residente nos municípios brasileiros. Janeiro de 2010	14
Tabela 4	dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EACT, 2010	31
Tabela 5	Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EACT, 2010	32
Tabela 6	Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EIPST, 2010	33
Tabela 7	Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EADRT, 2010	33
Tabela 8	Total de equipes e profissionais da ESF no Distrito Federal cadastradas no CNES, distribuídas pelas Regiões Administrativas do Distrito Federal. Janeiro de 2010.....	34
Tabela 9	Formulário utilizado para a obtenção do tamanho da amostra, 2010	35
Tabela 10	Resultados obtidos nos testes de normalidade realizados com os dados obtidos, 2010	37
Tabela 11	Distribuição de profissionais conforme gênero declarado, 2010	39
Tabela 12	Distribuição de profissionais conforme função declarada, ESF-DF, 2010	39
Tabela 13	Faixa etária dos trabalhadores da ESF-DF, 2010	40
Tabela 14	Tipos de vínculo empregatício com a SES/DF, 2010	40
Tabela 15	Quantidade de profissionais em função da relação tempo trabalhado no setor saúde e tempo trabalhado na APS, 2010	41
Tabela 16	Percepção dos trabalhadores da ESF-DF em relação à existência de mecanismo institucionalizado de escuta, 2010	41
Tabela 17	Percepção dos trabalhadores da ESF-DF em relação ao mecanismo	41

	institucionalizado de escuta, 2010	
Tabela 18	Participação dos trabalhadores da ESF-DF no curso introdutório ao PSF (ESF), 2010	42
Tabela 19	Percepção dos trabalhadores da ESF-DF sobre a efetividade do curso introdutório, 2010	42
Tabela 20	Avaliação do Contexto de Trabalho, fator Organização do Trabalho percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	43
Tabela 21	Avaliação do Contexto de Trabalho, fator Condições de Trabalho percebidas pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	44
Tabela 22	Avaliação do Contexto de Trabalho, fator Relações Socioprofissionais percebidas pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	45
Tabela 23	Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da EACT e as classes de interpretação da mesma, 2010	46
Tabela 24	Avaliação dos Custos Humanos do Trabalho, fator Custo Físico percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	48
Tabela 25	Avaliação dos Custos Humanos do Trabalho, fator Custo Cognitivo percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	49
Tabela 26	Avaliação dos Custos Humanos do Trabalho, fator Custo Afetivo percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	49
Tabela 27	Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da ECHT e as classes de interpretação da mesma, 2010	50
Tabela 28	Avaliação da vivência do Prazer-Sufrimento, fator Realização Profissional percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	52
Tabela 29	Avaliação da vivência do Prazer-Sufrimento, fator Liberdade de Expressão percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	52
Tabela 30	Avaliação da vivência do Prazer-Sufrimento, fator Esgotamento Profissional percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	53
Tabela 31	Avaliação da vivência do Prazer-Sufrimento, fator Falta de Reconhecimento percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010 ...	54
Tabela 32	Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da EIPST e as classes de interpretação da mesma, 2010	54
Tabela 33	Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, fator Danos Físicos percebidos pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	56
Tabela 34	Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, fator Danos Psicológicos percebidos pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	57
Tabela 35	Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, fator Danos Sociais percebidos pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010	57
Tabela 36	Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da EADRT e as classes de interpretação da mesma, 2010	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção primária à saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DF	Distrito Federal
EACT	Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho
EADRT	Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho
ECHT	Escala de Custo Humano no Trabalho
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus / Acquired immune deficiency syndrome
ITRA	Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento
IUF	Instituto Universitário da França
MAC	Média e Alta Complexidades
MOC	Projeto Montes Claros
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PFS	Programa Família Saudável
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
REMA	Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Bucal
UnB	Universidade de Brasília
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	4
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA	4
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	7
2.3	BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	9
2.4	ALGUNS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESF	14
2.5	PROCESSO DE TRABALHO NA ESF E LEITURAS BASEADAS NA TRADIÇÃO FRANCÓFONA DA PSICOLOGIA DO TRABALHO	15
2.5.1	PROCESSO DE TRABALHO NA ESF	16
2.5.2	PSICODINÂMICA DO TRABALHO	21
2.5.3	CLÍNICA DA ATIVIDADE	25
2.5.4	ERGOLOGIA	27
3.	OBJETIVOS	30
3.1	GERAL	30
3.2	ESPECÍFICOS	30
4	MÉTODO	31
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO	34
4.2	DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA	35
4.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
4.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	36
4.5	ÉTICA EM PESQUISA	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL	39
5.2	AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO – EACT	42
5.3	AVALIAÇÃO DO CUSTO HUMANO DO TRABALHO – ECHT	47
5.4	AVALIAÇÃO DA VIVENCIA DE PRAZER-SOFRIMENTO – EIPST	51
5.5	AVALIAÇÃO DOS DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO – EADRT	55
5.6	DISCUSSÃO	58
6	CONCLUSÃO	70
7	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A. Questionário para contextualização socioprofissional ...	82
	ANEXO A. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento	84
	ANEXO B. Documento de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.	91

1 INTRODUÇÃO

O modelo Atenção Primária à Saúde (APS) é considerado - por governos, organizações internacionais e estudiosos - como o mais adequado para lidar com o aumento da longevidade populacional. Os sistemas nacionais de saúde baseados na APS têm como um de seus pilares a reorganização do processo de trabalho de diversos profissionais de saúde e inovações no que tange ao relacionamento destes com sua clientela, a população (1, 2, 3).

Atualmente, parte dos estudos publicados relacionados ao modelo de atenção baseado na Atenção Primária (1, 3) tem-se focado sobre os desafios político-organizacionais de sua implementação, tais como a formação técnica dos profissionais, normatização de processos e procedimentos, coordenação entre os diferentes serviços, necessidade de maior cooperação entre os profissionais e destes com sua clientela (2).

No Brasil, desde os anos 1960, diversas iniciativas de implantação da APS foram realizadas ao longo do território brasileiro.

No Brasil, os programas que aplicaram as teses de medicina comunitária – desmedicalização, autocuidado de saúde, atenção primária realizada por não-profissionais, revitalização da medicina tradicional e emprego de tecnologia apropriada (Garcia, 1983) – vinculavam-se aos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). Numa primeira fase, os projetos de medicina comunitária pretendiam propiciar ao estudante uma visão extramuros, extra-hospitalar, mais integral. Como exemplos, há Vila Lobato (Ribeirão Preto-SP) e Vale da Ribeira (São Paulo). Numa segunda fase, avançou-se para a formação de internos e residentes nos DMP, com rearranjos institucionais que aumentaram a participação popular. Exemplos dessa nova etapa foram os projetos do Vale do Jequitinhonha (MG), de Paulínia (Campinas-SP) e de Sobradinho e Planaltina (DF) (Opas/Kellog apud Escorel, 1999) (Lima, 2005, p. 64).

Outras iniciativas importantes foram o Projeto Montes Claros (MOC), iniciado em 1974 no norte de Minas Gerais e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), iniciado em 1975, com caráter nacional. O tema APS também se fez presente de diversas formas nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores à institucionalização do SUS, em 1988 (4).

A APS passa a ser implementada no Brasil de forma nacionalmente organizada e institucionalizada a partir de 1994 com o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF) e com a institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1997. Em 2006, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (4,5).

Em relação ao Distrito Federal, as pesquisas realizadas por Hildebrand (6) e Göttems (7) mostram que tentativas de implantar o modelo de APS foram inúmeras e que se iniciam nos anos 1960. No entanto, a dinâmica política, econômica e social local fez com que tais iniciativas não fossem bem sucedidas, resultando em inúmeros problemas específicos para o sucesso desse modelo de atenção.

A PNAB lida com PACS/PSF em termos de Estratégia Saúde da Família que, em conformidade com o modelo da APS, organiza o processo de trabalho dos profissionais em equipes que devem ter envolvimento subjetivo com sua clientela, que está circunscrita a uma área territorial específica (2, 5, 8, 9,10). As prescrições gerais para este processo estão expostas abaixo.

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (Brasil, 2006, p. 10).

O processo de trabalho baseia-se na integração e cooperação entre os profissionais, as equipes e entre este nível da atenção com os demais (11,12). Não obstante, as equipes, em todo ou em parte, inserem-se nas residências das famílias que habitam o território sob sua responsabilidade, deparando-se com problemas sociais e econômicos que são incapazes de resolver.

Estudos realizados por Facchini (13), Lacman (14) e Jardim (15) indicam que as condições de trabalho na ESF não são adequadas, o que faz com que trabalhar nessa organização seja atividade desgastante, chegando a produzir, em alguns casos, sofrimento e esgotamento profissional.

O trabalho tem papel importante no processo saúde-doença (16), inclusive entre os trabalhadores da saúde. Dejours considera que

o trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico: ou o trabalho contribui para agravar o sofrimento, levando a pessoa progressivamente à loucura, ou, ao contrário, o trabalho contribui para subverter o sofrimento, para transformá-lo em prazer a ponto de, em certas situações, ser mais fácil para a pessoa que trabalha defender sua saúde mental, do que para a pessoa que não trabalha (Dejours, 1999, pp. 16-17).

No mesmo sentido, Campos afirma que a principal estratégia para reduzir os desgastes oriundos do trabalho, protegendo a saúde, “é o aumento do poder do trabalhador sobre o processo de atuação: co-gestão, gestão participativa, ampliação dos coeficientes de poder do trabalhador no cotidiano das organizações e sistemas produtivos” (Santos-Filho, 2009, p. 14)

Levanta-se a hipótese de que o processo de trabalho da ESF, combinado com as condições de trabalho atuais, que em parte são produto do precário processo de construção do sistema de saúde público local, podem ser fatores produtores de sofrimento para os trabalhadores que a implementam.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil - entre 1980 e 2003 - a esperança de vida ao nascer cresceu 8,8 anos em média (19). A mortalidade infantil decaiu em 60,2%. A mortalidade por doenças infecciosas diminuiu, no entanto houve incremento das doenças cardiovasculares, do câncer, dos distúrbios mentais e emocionais, além das causadas pela violência ou outras causas externas (19).

Tais transformações no perfil demográfico e epidemiológico da população idealmente devem produzir adequações nas formas com que os sistemas nacionais de saúde ofertam seus serviços. Não obstante, os tipos de serviços ofertados também devem ajustar-se à nova realidade, marcada pela centralidade das condições crônicas de adoecimento (1).

Características tais como longa duração, manifestação lenta, maior grau de incerteza em relação ao diagnóstico e prognóstico são próprias das condições crônicas de adoecimento. Algumas das conseqüências destas condições referem-se à necessidade de cuidado multiprofissional e maior experiência clínica, além de incremento no papel do próprio indivíduo e familiares no sentido do auto-cuidado orientado. Essas condições incluem algumas doenças infecto-contagiosas, como HIV/AIDS. (1, 2, 3). Nesse cenário, a APS é tida como sendo o modelo de atenção mais adequado (1, 2, 3, 4, 5).

De acordo com a conferência de Alma Ata, os componentes fundamentais da APS são: fornecimento de medicamentos considerados essenciais; educação em saúde; saneamento; tratamento de doenças e lesões comuns; programas de saúde materno-infantis (inclusive planejamento familiar); prevenção de doenças endêmicas; promoção de boa nutrição; e respeito aos saberes tradicionais (20).

Para Starfield (2), quatro são os elementos fundamentais da APS. O primeiro é acessibilidade, que é a possibilidade de o cliente ter acesso ao serviço quando dele sente necessidade ou lhe é mais conveniente. O segundo refere-se à variedade de serviços ofertados ao cliente usuário, caso este tenha acesso àqueles. A capacidade dos prestadores do serviço em identificar (reconhecer) os clientes que os procuram é o terceiro elemento. O último elemento é a continuidade, ou seja, aquele conjunto de arranjos institucionais e

organizacionais existentes que possibilitem que o cliente seja atendido integral e adequadamente.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) apresentou em 2008 um modelo de Sistema Nacional de saúde baseado na Atenção Primária (3). Este modelo apresenta a conformação de sistemas em três camadas, conforme apresentado na Figura 1.



Figura 1. Modelo OPAS de Sistema Nacional de saúde baseado na atenção primária

O núcleo do modelo contém os valores que norteiam o sistema baseado na APS, incluindo o direito universal à saúde; considerando-se que as sociedades são desiguais, os serviços prestados devem ser adequados ao contexto em que se inserem; deve haver solidariedade como forma de agir coletivamente na identificação e solução de problemas.

A camada média do modelo contém seus princípios. Atender às necessidades das pessoas inclui a capacidade técnica e tecnológica, bem como o respeito às preferências e às necessidades individuais, independentemente de características sociais, econômicas, religiosas, ou outras. A qualidade do serviço é compreendida como a capacidade do sistema em oferecer a melhor solução para o problema identificado, com o menor dano possível.

No modelo da OPAS, a responsabilização dos governos ocorre em diferentes campos, seja na regulação ou no estabelecimento de instituições que protejam os cidadãos de possíveis danos. Normas e regras devem incidir sobre organizações públicas e privadas de saúde. O bem-estar social deve ser elemento incorporado nas avaliações das políticas governamentais, especialmente se tem impacto sobre grupos vulneráveis (justiça social) (3).

Dentre os princípios inclui-se o da participação social, com sua conseqüente responsabilização. É incorporada a sustentabilidade, entendida como compreensão de que sistemas baseados em APS devem ser o principal investimento na saúde da população. A intersectorialidade evidencia que as políticas públicas de saúde devem ser elaboradas e implementadas com o envolvimento de outros atores. Aspecto da intersectorialidade é a participação ativa do setor saúde no processo decisório das políticas de desenvolvimento social e econômico (3). Entende-se por intersectorialidade a ação coordenada dos diversos entes e órgãos que compõem o Estado nacional.

A camada externa do modelo apresenta os elementos fundamentais do sistema: acesso e cobertura universais; APS como primeiro contato e alta resolutividade para novos problemas de saúde; atenção integral, integrada e contínua; orientação voltada para a família e a comunidade; ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; a atenção à saúde atua sobre o Homem em sua totalidade, adequando-se ao contexto social, procurando produzir o máximo de efeitos positivos com os recursos disponíveis.

Sistemas nacionais baseados em APS devem conter mecanismos de participação ativa, assim como sólidos marcos legais e institucionais; além da criação de políticas pró-equidade. A forma organizacional e o modelo de gestão adotados devem ser adequados ao contexto e conter mecanismos de avaliação de desempenho, planejamento estratégico e pesquisa em processo de trabalho. Os diversos recursos necessários ao funcionamento do sistema devem ser adequados e sustentáveis. Com o intuito de atuar sobre os determinantes fundamentais da saúde da população, deve a formulação de políticas públicas deve ser intersectorial (inter e intragovernamental) (3).

O modelo apresentado leva em consideração os princípios éticos e políticos referentes à pessoa humana e à cidadania. Avança no sentido de evidenciar a necessidade de adequação

dos diversos recursos necessários para a concretização dos seus princípios e valores. Desta forma, o ciclo de formulação de uma política deve contemplar a combinação de ferramentas que governo e sociedade possuem para alcançar seus objetivos, com o intuito de minimizar o(s) problema(s) a ser(em) enfrentado(s) em sua implementação, sem perder de vista as metas gerais (3, 21).

Modelos, além de uma forma de apreensão de determinados aspectos da realidade, considerados relevantes por seus autores, também funcionam como guia, como um instrumento que norteia a intervenção ou interpretação desta mesma realidade por parte de outros, este é o caso do modelo de atenção baseado na APS. Adiante serão analisados alguns aspectos da implantação da APS no Brasil e no DF.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Há diferentes concepções sobre a atenção primária, principalmente no que se refere a sua implementação. Segundo Mendes (22), APS pode ser entendida como um conjunto limitado de serviços a serem disponibilizados à população, também pode ser compreendida como porta de entrada do sistema (exclusiva ou não), ou como estratégia de reconfiguração do sistema de saúde brasileiro.

A inclusão do tema APS na agenda do governo brasileiro é fenômeno relativamente recente (23), facilitado tanto pela institucionalização do SUS, quanto pela mudança de perfil demográfico e epidemiológico da população. A existência de experiências internacionais bem sucedidas na estruturação de sistemas baseados em APS, tais como Inglaterra e Canadá, também contribuíram para isso (4, 7).

A PNAB afirma que a APS, chamada de Atenção Básica,

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-

se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p. 10).

Esta definição aproxima-se do modelo apresentado pela OPAS nos seguintes aspectos: participação, responsabilização, universalização do acesso, ações de saúde coordenadas, dentre outros. No entanto, não inclui a questão dos recursos para sua implementação, nem a necessidade de instituições adequadas para o bom funcionamento do sistema (3).

No Brasil, até 1994, houve diversas iniciativas locais de estruturação de serviços baseados no modelo da APS, exemplos podem ser obtidos nas experiências realizadas em Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo, Niterói e Distrito Federal, entre outras (4, 6).

Em 1994, é criado o PSF, que vinha a se juntar ao PACS. Esta iniciativa viria organizar e uniformizar a oferta de serviços públicos de saúde baseados na APS. A ação coordenada entre ambos, PACS/PSF, objetivava a reestruturação do modelo de atenção, fortalecendo a Atenção Primária. Em suas origens, ambos os programas contavam com cofinanciamento internacional, o que permitiu não somente a entrada de novos recursos financeiros no SUS, mas também maior flexibilidade em relação aos instrumentos legais de contratação e remuneração das pessoas que constituíam suas equipes (4).

Em 2006, é publicada a Política Nacional de Atenção Básica, que contém orientações expressas sobre a estruturação e funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), termo que expressa uma alteração em relação aos PSF e PACS. É formalizada e institucionalizada a concepção de que o objetivo da ESF é reestruturar o SUS, no sentido de conformá-lo enquanto um sistema nacional baseado na Atenção Primária à Saúde. Esta mudança implica um incremento no investimento financeiro na ESF, dentre outras conseqüências (4, 24, 25).

As equipes da ESF são compostas por profissionais formados em diferentes campos de conhecimentos, tal estratégia busca criar sinergia entre os diferentes poderes-saberes envolvidos no atendimento à população. O processo de trabalho destas é delineado pela PNAB: definição do território de atuação, assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita (equipes responsáveis por uma média recomendada de 3 mil habitantes em sua localidade) e com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, entre outros (5).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (26), em 2010 foram repassados para estados e municípios, por meio de transferências fundo a fundo, 8,8 bilhões de reais para a Atenção Básica (Primária), aproximadamente o triplo do repassado em 2002. Este incremento viabilizou a expansão das equipes PSF/PACS em todo o Brasil. Se em 2002 havia 16.734

equipes implantadas, em dezembro de 2010 a ESF contava com 31.660 equipes implantadas, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tal incremento no financiamento e a conseqüente ampliação do número de profissionais e equipes do PACS/PSF demonstram coerência com as mudanças necessárias no SUS em relação à centralidade da APS. A tabela 1 também demonstra que a ampliação do PACS/PSF não significou a redução do financiamento federal à Média e Alta Complexidade (MAC).

Tabela 1 - Total de ACS contratados, de equipes PSF implantadas, total repassado fundo a fundo para APS e MAC. Brasil. Período: 2002 a 2010

ANOS	TOT. ACS	TOT. EQ. PSF	FAF APS	FAF MAC
2002	175.463	16.734	R\$ 3.238.824.787,00	R\$ 7.949.703.050,00
2003	184.341	19.068	R\$ 3.687.525.643,00	R\$ 10.926.810.007,00
2004	192.735	21.232	R\$ 4.461.295.051,00	R\$ 15.433.986.405,00
2005	208.094	24.562	R\$ 5.201.578.221,00	R\$ 17.060.731.251,00
2006	219.492	26.729	R\$ 6.062.028.299,00	R\$ 19.361.537.627,00
2007	210.964	27.324	R\$ 6.811.556.300,00	R\$ 22.418.933.915,00
2008	230.196	29.300	R\$ 7.716.537.752,00	R\$ 25.418.424.106,00
2009	234.767	30.328	R\$ 9.071.680.449,00	R\$ 29.036.026.330,00
2010	244.883	31.660	R\$ 8.801.511.915,00	R\$ 27.925.612.983,00

Idealmente, a implementação bem sucedida em todo território nacional da Estratégia Saúde da Família pode propiciar a reestruturação do sistema de saúde brasileiro.

2.3 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Brasília foi inaugurada em 21/04/1960 e localiza-se numa porção territorial denominada Distrito Federal. Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o DF torna-se um ente federado autônomo, com direitos e deveres relativos a estados e municípios (27).

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, o sistema do DF saúde oferta seus serviços de forma descentralizada, dividindo seu território em três grandes zonas: central, intermediária e rural. No entanto, havia centralização técnico-política da gestão do sistema (6).

Neste mesmo período, foram construídos 1 hospital de alta complexidade, 11 hospitais gerais, 6 hospitais rurais e 82 unidades satélites. Em 1967, a rede contava com 48 estabelecimentos de saúde de diferentes níveis de complexidade e 28 serviços médicos e ambulatoriais diversos, sendo preponderantemente públicos (6, 7).

o modelo de atenção priorizou a assistência hospitalar devido ao isolamento da capital e aos freqüentes acidentes de trabalho da construção civil. Por outro lado, medidas sanitárias foram executadas para higienizar o grande canteiro de obras que apresentava uma complexidade de problemas de saúde em decorrência da origem dos trabalhadores, dos tipos de ambientes de trabalho insalubres e da degradação do ambiente natural (cerrado), que esta sendo povoado com intenso fluxo populacional. (Hildebrand, 2008, p. 41)

A integração e coordenação do sistema de saúde do DF deveriam ser garantidas por meio da operacionalização das seguintes diretrizes:

- Evitar estruturas independentes encarregadas das campanhas sanitárias e de outras atividades de saneamento e higiene industrial;
- incorporar, no serviço único, todas as funções de melhoria da saúde, particularmente as atividades de higiene materno-infantil e do serviço médico escolar; e
- unificar todas as atividades públicas de assistência médica realizadas nos hospitais e consultórios criados pela comunidade por meio do Instituto da Previdência Social sem a separação entre curativo e preventivo. (Hildebrand, 2008, p. 43)

A hegemonia da assistência hospitalar não impedia, de todo, iniciativas pontuais relacionadas à oferta de serviços de acordo com o paradigma da APS. Em 1970, por exemplo, surgiu o Programa Integrado a nível periférico com ênfase em saúde da família, agregando atores importantes, como a própria Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), a Universidade de Brasília (UnB) e a Secretaria de Serviço Social do DF. A Unidade Integrada de Sobradinho também desenvolvia ações seguindo premissas da APS (6).

Chama a atenção o fato de que estas iniciativas localizavam-se na região periférica ao plano piloto, áreas predominantemente rurais, onde co-habitavam os habitantes pré-Brasília e os migrantes. Esta tendência de interiorização da APS verifica-se até hoje no DF e no Brasil como um todo, como será visto mais adiante.

No período de 1979 a 1984, é elaborado e implementado o Plano de Assistência à Saúde, que introduz institucionalmente a oferta de serviços em termos de APS no sistema de saúde distrital, utilizando-se da vigilância sanitária e epidemiológica, trabalho nas comunidades, distribuição de recursos por área populacional e agrupamento de profissionais

em equipes. Médicos especialistas em pediatria, gineco-obstetrícia e clínica, além de odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde compunham as equipes de APS no DF (6, 7).

Segundo o Governo do DF, quando a nova capital começou a ser construída, na região havia 12.283 habitantes. Em 1997 o DF possuía 1,9 milhão de habitantes, em 2007 as projeções indicavam o total de 2,5 milhões de habitantes (28).

Esse crescimento demográfico foi estimulado pela dinamicidade da economia local produzida pela vinda e expansão da administração pública federal e pela política dos governos distritais de distribuir terras a quem vinha trabalhar, atraindo pessoas com pouca escolaridade e pequena renda, que residiriam em áreas rurais periféricas ao Plano Piloto. A estrutura do sistema de saúde distrital atraía e atrai pessoas que residem nos municípios que fazem divisa com o DF (Entorno). Estes fenômenos, combinados com a escassez de profissionais qualificados, sobrecarregavam o sistema, diminuindo sua efetividade (6, 7).

Neste contexto, que inclui a crise econômica internacional e o aumento da dívida externa brasileira, no período de um ano (dezembro de 1980 a dezembro de 1981), são construídos 33 Centros de Saúde. Estes deveriam realizar as seguintes ações:

- I. Controle de doenças evitáveis por imunização e doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase e ‘venérea’);
- II. Nutrição, alimentação e puericultura (inclusive domiciliar);
- III. Combate às endemias;
- IV. Saneamento e educação sanitária (inclusive visita domiciliar);
- V. Assistência primária ao adulto e ao grupo materno-infantil;
- VI. Primeiros socorros e atendimento odontológico. (hildebrand, 2008, p.54)

O conjunto de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde pública no DF, em 1987, era composto por 1 hospital de alta complexidade (Hospital de Base), 8 hospitais regionais (média complexidade), 1 hospital psiquiátrico, 3 postos de saúde urbanos, 18 postos de saúde rurais e 42 centros de saúde com atendimento primário, 1 hemocentro e 1 departamento de fiscalização sanitária (6).

Em função da promulgação da Constituição Federal de 1988, em 1990 os cidadãos do DF elegem seu governador por meio do voto direto e universal. Em 1993, é promulgada a Lei Orgânica do DF e, em 1995, é elaborado o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA), cujo ideário baseava-se nas premissas do recém-nascido Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo-se a criação de distritos sanitários. A participação do DF no financiamento de seu próprio sistema passa a ser de 18,93% em 1995. O Fundo de Saúde Distrital é criado em 1996 (7).

Em 1997, é implantado o Programa Saúde em Casa (PSC), muito influenciado pelo PSF do governo federal. Cada equipe do PSC era composta por um médico e um enfermeiro generalistas, além de 3 auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde. As equipes eram responsáveis por mil famílias em cada área de atuação e passavam a se localizar dentro das comunidades atendidas por meio de alugueis de imóveis nas localidades. Nos centros de saúde, que estavam distribuídos em conformidade com o Plano de Urbanização do DF, passaram a ofertar novas especialidades, como oftalmologia e otorrinolaringologia, tornando seu processo de trabalho mais complexo (6, 7).

A cidade de Santa Maria foi a primeira a ter o PSC implantado, cobrindo 100% de sua população. A implantação do PSC excluía Taguatinga, Plano Piloto, Lago Sul e Lago Norte. A rápida expansão do PSC, seu mecanismo de contratação de profissionais e de serviços atraíram inúmeros profissionais de saúde naturais de outras localidades. No final de 1998, haviam sido contratados 1.286 ACS e havia 278 equipes em funcionamento. Havia, neste período, o total de “13 hospitais, 56 centros de saúde, 29 postos de saúde, 278 equipes de PSC, 127 equipes de saúde bucal e três hospitais conveniados (Hospital Universitário de Brasília e Hospital das Forças Armadas)” (Göttems, 2010, 134).

Em 1999, o MS habilita a Secretaria Distrital de Saúde como sendo de “Gestão Plena”, o que propicia a ela novos recursos federais. Neste mesmo ano, o governo distrital interrompe a implantação do PSC. Aproximadamente, quatro mil trabalhadores são demitidos e os contratos de locação de imóveis que abrigavam as equipes são unilateralmente rompidos. No final de 2002, havia apenas 38 equipes completas do PSC (7).

No início do ano 2000, é elaborado o Plano de Saúde do Distrito Federal, que incluía a reformulação da forma de organização e oferta dos serviços relacionados à APS. As equipes passariam a localizar-se nos Centros de Saúde, sendo compostas fundamentalmente por profissionais da própria Secretaria (Estatutários), estimulados a aí atuarem por meio de incentivos financeiros. Apesar da tentativa de retomar a organização da APS, a decisão de descontinuar o PSC criou desconfiança entre os profissionais e aumentou do descrédito da população em relação à melhoria dos serviços a ela prestados pelo Estado.

A partir de 2003, a oferta de serviços da APS passa a denominar-se Programa Família Saudável (PFS) e pretendia cobrir 87% da população do DF, por meio da implantação de 45 equipes rurais e 96 urbanas. A parceria da SES-DF com a Fundação Zerbini, instrumento que viabilizava a implantação do PFS, é questionada pelos órgãos de controle do DF (Tribunal de Contas, Tribunal de Justiça e Ministério Público) (7).

A fragmentação do comando na SES-DF, a baixa cobertura da APS, o descrédito e a desmobilização dos profissionais são fenômenos que contribuem para que em 2009 apenas 7% da população seja cobertura pela então ESF no DF (7).

Em breves linhas, este é o contexto no qual a APS é estruturada (ou tenta-se estruturá-la) no DF. Em 2002, havia 40 equipes da ESF implantadas, conforme Tabela 2 (26). Em dezembro 2010 este número subiu para 120. Em termos de repasses fundo a fundo da União para o Distrito Federal, os montantes variaram de 26 milhões de reais em 2002, para 59 milhões de reais em 2010.

Tabela 2 - Total de ACS contratados, de equipes PSF implantadas, total repassado fundo a fundo para APS e MAC. Distrito Federal. Período: 2002 a 2010

ANOS	TOT. ACS	TOT. EQ. PSF	FAF APS	FAF MAC
2002	658	40	R\$ 26.056.360,00	R\$ 143.907.996,00
2003	-----	-----	R\$ 26.729.352,00	R\$ 169.785.662,00
2004	598	38	R\$ 28.158.121,00	R\$ 202.852.531,00
2005	467	40	R\$ 34.533.526,00	R\$ 219.796.270,00
2006	453	24	R\$ 38.201.702,00	R\$ 237.347.804,00
2007	581	33	R\$ 42.127.711,00	R\$ 243.537.858,00
2008	584	39	R\$ 42.002.754,00	R\$ 304.564.160,00
2009	733	92	R\$ 58.806.174,00	R\$ 420.148.371,00
2010	953	120	R\$ 59.968.176,00	R\$ 405.026.555,00

A centralidade dos serviços ofertados em termos de média e alta complexidade pode ser percebida pela diferença proporcional do financiamento federal à média e alta complexidades em relação à APS, conforme apresentado na Tabela 2. Em 2002 os repasses fundo a fundo para a MAC foi cerca 5,5 vezes maior que o montante destinado à APS. Em 2010, esta distância aumenta, sendo o total destinado para a MAC 7,1 vezes maior do que a destinada para a APS. Essas proporções são maiores do que as apresentadas na Tabela 1, referentes ao Brasil (26).

A implementação de políticas de organização da APS no DF, portanto, tem uma história conturbada, relacionada à estruturação social e política do próprio DF. As idas e vindas das diversas iniciativas de estruturação da APS tendem a criar um clima de desconfiança e incerteza entre os profissionais, em especial os que vivenciaram parte desta história, o mesmo ocorre com a população do DF.

2.4 ALGUNS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESF

A estruturação da APS no Brasil tem-se dado, fundamentalmente, por meio da implantação da ESF ao longo do território nacional, que apresentava, em Janeiro de 2010, distribuição desigual, conforme pode ser observado na Tabela 3.

No Brasil, 89% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes. Somente 14 municípios são metrópoles com mais de um milhão de habitantes, 0,25% do total de municípios brasileiros (26). Esta desigualdade se reflete na atividade econômica e nas capacidades de arrecadação fiscal e de gestão.

Tabela 3 - Implantação da ESF, conforme população residente nos municípios brasileiros. Janeiro de 2010

Habitantes	Total de municípios	Área total (km2)	Densidade demográfica média	Total de equipes implantadas	Cobertura populacional
População	4.976	6.898.233	9	16.774	76,22%
< 50 mil População>	316	1.133.449	20	3.587	54,64%
= 50 mil E					
< 100 mil População	232	414.940	112	5.158	38,08%
>= 100 mil					
E < 500 mil População	27	30.066	611	1.857	34,86%
>= 500 mil					
E < 1 milhão População	14	25.327	1.558	3.064	26,79%
>= 1 milhão					
Totais	5.565	8.502.015	22,52	30.440	50%

Desta forma, os menores municípios, com menor atividade econômica, dependem mais de recursos da União. Como parte destes recursos é disponibilizada mediante a adesão dos governos locais a políticas nacionais, torna-se compreensível a desigualdade em relação à implantação das equipes da ESF conforme apresentado na tabela 3 (29, 30, 31).

Há uma relação inversa entre o total de equipes implantadas e a população residente nos municípios, fenômeno que havia justificado a criação do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) (4).

Dois dos principais desafios para a implementação da APS no Brasil e no DF referem-se ao volume de recursos financeiros para o financiamento da mesma por parte de cada um dos entes que compõem a Federação e à necessidade de se adequar o modelo geral da ESF às diferentes realidades políticas, demográficas e epidemiológicas existentes no país.

A necessidade de se ter modelos de atenção primária adequados às especificidades parece ser temática que disputa espaço na Agenda do Ministério da Saúde, conforme evidenciou o atual Ministro da Saúde em seu discurso de posse: “Não existe modelo de atenção primária à saúde único num Brasil que é tão diverso como o nosso (32).”

O terceiro desafio refere-se à implementação do modelo de Atenção exposto na PNAB na heterogênea realidade social, econômica e política do Brasil. Fazer muito com pouco, atuar em áreas violentas, dentre outros elementos, faz com que os custos humanos para os trabalhadores da ESF tendam a ser elevados, o que pode facilitar o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho (13, 14, 15, 16, 17, 33, 34).

2.5 PROCESSO DE TRABALHO NA ESF E LEITURAS BASEADAS NA TRADIÇÃO FRANCÓFONA DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

2.5.1 Processo de trabalho na ESF

Inserido numa sociedade cujo modo de produção é o capitalismo, o processo de trabalho em saúde envolve divisão sócio-técnica do trabalho, que é instrumentalizada por meio de processos de formação, saberes, atos e modelos de gestão e condições de trabalho distintos (6).

Dentre os diversos modelos de organização e gestão do trabalho, o Taylorista - baseado na divisão entre executores e planejadores (decisores), na normatização de processos

e procedimentos, na repetição de atos e gestos, na especialização funcional e na não cooperação entre indivíduos e especialidades - ainda predomina em inúmeras organizações, inclusive no setor saúde (35, 36, 37, 38).

No Brasil, processo de trabalho em saúde no SUS é marcado pelos regramentos específicos do Estado, incluindo princípios fundamentais tais como os da legalidade, eficiência e continuidade do serviço público, dentre outros (39). Insere-se no setor de serviços, caracterizado por sua imaterialidade em relação a seu produto (6). Características estas que indicam a inadequação do modelo Taylorista em termos de efetividade dos serviços prestados à população (6, 35).

Tradicionalmente, o objeto do trabalho em saúde é o corpo. Corpo este socialmente estruturado, codificado e dividido em partes específicas, onde o que se busca são anomalias estruturais ou funcionais, materializadas no tecido biológico. Sendo socialmente codificado, este objeto tem história. Na ESF, este objeto de intervenção é mediado pela família, pela comunidade onde está inserido, onde se produz e se reproduz (6, 18, 40).

O modelo de atenção à família, cujo objeto de trabalho é a família, comumente utiliza como instrumento de trabalho a visita domiciliar executada pelos diferentes agentes do processo de trabalho em diferentes situações para fazer intervenções também distintas a partir dos meios, instrumentos e saberes específicos que podem ou não ser compartilhados, porém com a finalidade de atender as necessidades de saúde do grupo familiar (Hildebrand, 2008, 95).

No setor saúde, o trabalho envolve cuidar de outro ser humano, de estar em contato direto com a fragilidade e finitude da vida humana. Em função da necessidade de desenvolvimento das competências técnicas e sociais, além dos recursos disponíveis, a efetividade do ato de cuidar é variável, o que pode contribuir, por um lado, para o desgaste afetivo do trabalho e, por outro, para o reconhecimento social de seu trabalho (se bem sucedido) (18).

Especificamente em relação à APS, dadas as suas características fundamentais, o processo de trabalho funda-se no trabalho em equipe, na cooperação entre os diferentes profissionais e poderes-saberes que a compõem. A isto soma-se a ação das equipes em porções territoriais relativamente bem delimitadas e a utilização de tecnologias de baixa densidade (41).

É possível identificar dois grupos sociais distintos nas equipes da ESF, um composto por pessoas caracterizadas jurídica, política e socialmente como profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares ou atendentes de enfermagem, dentre outros) e outro

composto por pessoas tidas como não sendo profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde) (4, 5, 11, 13, 15,).

As equipes que compõem a ESF são heterogêneas tanto em relação aos saberes-poderes nelas existentes, quanto em relação aos papéis sociais desempenhados por seus membros. Considerando-se o trabalho em equipe, a heterogeneidade aumenta a complexidade do processo de integração e coordenação das ações e atividade, constituindo-se um desafio para o funcionamento da ESF (9, 11, 12, 41, 42).

Além desta divisão técnica e social, há aquela relacionada ao poder exercido pelos diferentes saberes que coexistem nas equipes, sendo que, historicamente, o saber médico exerce mais intensamente diferentes formas de poder. Isto não significa que não haja resistências e/ou exercício de poder pelos demais saberes presentes e atuantes, numa disputa por diferentes tipos de recurso.

Segundo a PNAB (5), a equipe básica da ESF deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. No DF, a equipe básica é constituída por agente comunitário, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

A PNAB (5), que é a referência normativa nacional para o funcionamento da ESF, explicita quais são as atribuições específicas de cada um dos profissionais que atuam nas equipes:

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Brasil, 2006, pp. 43-46).

Além destas prescrições relacionadas ao trabalho de cada tipo de profissional envolvido nas equipes da ESF, há aquelas que são comuns a todos eles:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (Brasil, 2006, p. 41).

Uma análise mais detalhada acerca dos papéis desempenhados pelos diferentes agentes das equipes da ESF evidencia que aos ACS é atribuído um papel muito importante para o sucesso da mesma, sendo estes os responsáveis pela mediação entre as demandas concretas da população de dada localidade e as diferentes competências técnicas (saberes-poderes) dos profissionais de saúde localizados nas equipes ou nas Unidades Básicas de Saúde (41, 43).

Este papel de mediador é facilitado pelo fato dos ACS residirem e trabalharem na mesma localidade. O vínculo da população com o serviço de saúde é baseado nesta relação e na qualidade e efetividade dos serviços prestados pelo sistema (níveis de Atenção), o que envolve o acolhimento adequado em relação ao caso concreto, dentre outros aspectos (5, 15).

A realização coletiva, em equipe, do conjunto das tarefas prescritas para as equipes e para os indivíduos, requer planejamento, comunicação e cooperação, elementos fundamentais para a efetiva coordenação das ações e dos diferentes tipos de serviços públicos de saúde ofertados pelo sistema em determinado território.

Reitera-se, ideal e prescritivamente, o processo de trabalho na ESF como sendo marcado pelo trabalho colaborativo entre os diferentes poderes-saberes, envolvendo não somente os profissionais de saúde, mas a própria comunidade, a família e o indivíduo aí inserido, o que implica um relativo afastamento das edificações concentradoras de pessoas e tecnologias. (2, 3, 5).

Essa mudança de paradigma exige ações individuais e organizacionais ativas no sentido de materializá-la, pois a mesma não se opera de forma instantânea e linear. O processo de adequação exige investimentos físicos, cognitivos e afetivos por parte dos trabalhadores (8, 9, 11, 12, 42).

Para os que lá exercem atividades laborais, o processo de trabalho na APS é um desafio enfrentado por meio de diversas estratégias e ações individuais e coletivas. As resultantes destas são diversas, podendo evolver vivências de prazer e sofrimento, bem como

fortalecimento dos vínculos de solidariedade entre os trabalhadores. Os trabalhos desenvolvidos por três autores de nacionalidade francesa, que têm o trabalho como seu objeto, são úteis para analisá-las. Em relação a eles é possível afirmar que

em Dejours encontramos a opção metodológica fundada na psicodinâmica do trabalho; em Clot a direção tomada é a de uma psicologia do trabalho, entendida como uma clínica da atividade e dos meios de trabalho em Schwartz a proposição é a de uma clínica das situação de trabalho, ou das atividades de trabalho a partir da abordagem ergológica. (Santos-Filho, 2009, p. 69)

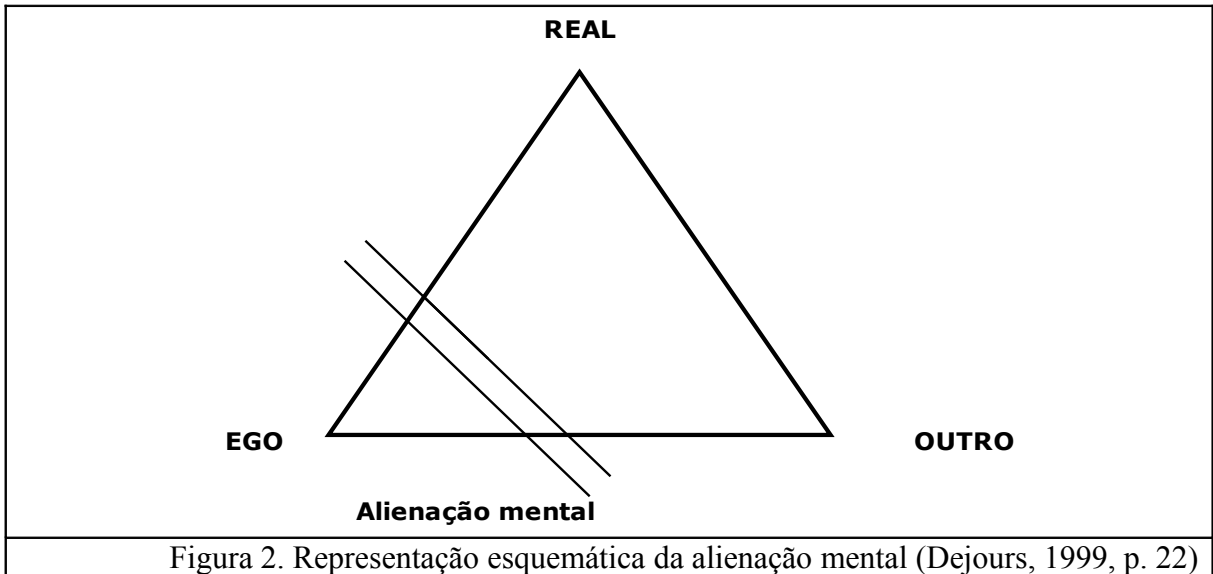
2.5.2 Cristophe Dejours (Psicodinâmica do Trabalho)

Cristophe Dejours, criador da corrente denominada Psicodinâmica do Trabalho, é psiquiatra e psicanalista, titular da cadeira de psicanálise, saúde e trabalho do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) na França. Pesquisador e autor de vasta obra, incluindo o livro intitulado *A loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho*, uma obra de referência para os estudos do mundo do trabalho e do trabalhador (45).

A Psicodinâmica do Trabalho tem na psicanálise um de seus fundamentos. Deste modo, a concepção Dejouriana acerca do sofrimento afirma que sofrer é algo inerente à natureza humana, sendo produto da frustração narcísica quando o ego depara-se com as restrições que conformam a realidade. As resultantes da vivência do sofrimento e as estratégias de re-elaboração deste sentimento estão em função da efetividade dos mecanismos de defesa (17, 45).

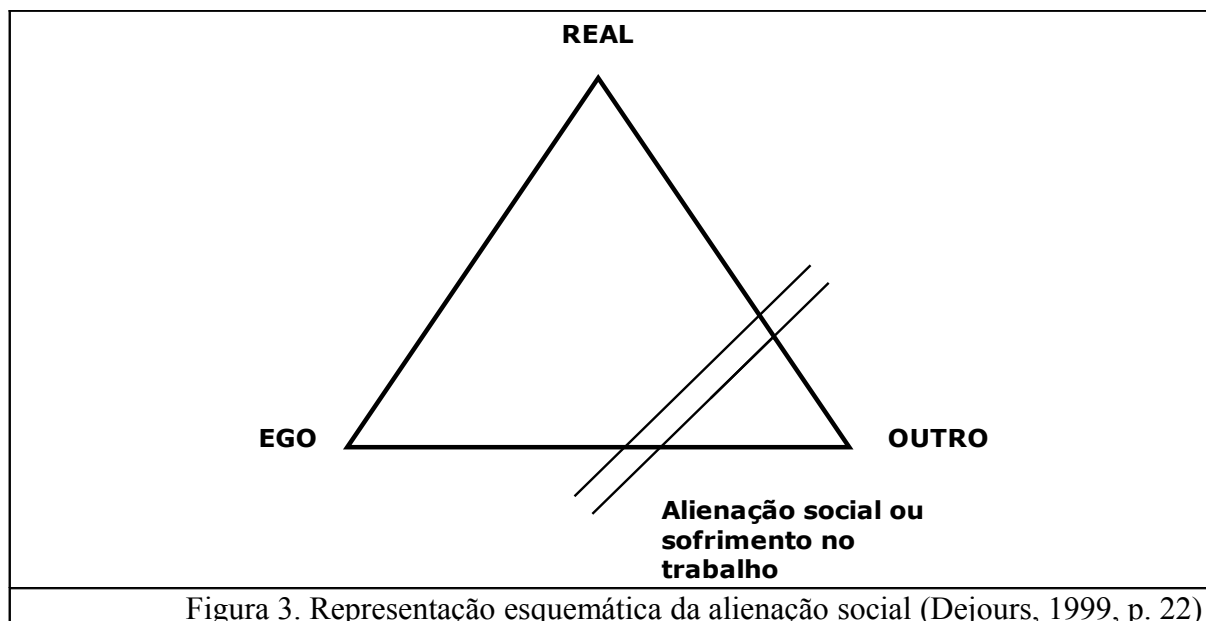
Não há vida humana sem sofrimento, pois este é parte de nosso processo de subjetivação, da construção de nossa identidade. Esse processo é inacabado, dada a imaturidade humana. O sofrimento refere-se à nossa relação com a realidade, sendo que esta não se dá de forma imediata, mas sempre mediata (17).

Os choques produzidos entre a imagem narcísica erigida por meio da produção da identidade e as restrições impostas pela realidade produzem sofrimento. Desta forma, o indivíduo cria estratégias para lidar com a distância entre o real e a auto-imagem. Estas estratégias são denominadas mecanismos de defesa e incluem a sublimação. Caso os mecanismos de defesa não sejam efetivos, o sofrimento pode produzir alienação mental, depressão ou paranóia (17, 45).



A figura 2 representa a alienação mental, na qual “o sujeito não somente perdeu sua relação com o real, mas, além disso, ninguém o compreende. Ele será, provavelmente, encaminhado a um hospital psiquiátrico, que é o único lugar onde se pode dar apoio às pessoas que perderam sua relação com o real e que ninguém mais compreende” (Dejours, 1999, p. 22).

A figura 3 apresenta esquematicamente a alienação social, situação na qual o ego (indivíduo) mantém suas relações com o real de forma legítima, no entanto, não é compreendido (reconhecido) pelo outro. A constância desta situação e a intensidade com que a mesma é vivenciada produzem o sofrimento no trabalho (17, 45).



Sendo o sofrimento constitucional, ontologicamente ele é anterior ao trabalho. No entanto, as formas concretas com que este é organizado e seus processos estruturados podem facilitar ou dificultar a efetividade dos mecanismos de defesa individuais. As condições de trabalho são fator significativo neste processo (17, 44, 45).

Para Dejours (17, 44), o trabalho não pode ser resumido à troca econômica entre dois agentes econômicos, o que é fundamental no trabalho, enquanto relação social e afetiva, é o “*trabalhar*, isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais)” (Dejours, 2004, p.2).

Ao se inserir em uma organização produtora de bens ou serviços, pública ou privada, o indivíduo leva consigo não somente seu repertório de conhecimentos formais e informais, seu conjunto de expectativas e preferências conscientes, mas, também seu elenco de defesas psíquicas (45).

Relações de trabalho podem ser entendidas como sendo o conjunto de laços sociais estruturados por meio das atividades profissionais, o que envolve relações com os indivíduos que compõem a organização, incluindo aí as diferenças hierárquicas formais e informais, além das relações com clientes, fornecedores, dentre outras (45).

Por mais qualificadas que sejam a organização e as concepções formais relacionadas ao processo produtivo, o trabalho efetivamente realizado é diferente do idealmente modelado. O indivíduo, para tornar seu trabalho eficaz e efetivo, vê-se, portanto, na situação de ter de aplicar práticas e conhecimentos que não estavam previstos nas prescrições. A este

investimento feito pelo indivíduo, Dejours (46) denomina zelo. O zelo é o que permite a adequação do trabalho aos contextos concretos.

O zelo é precisamente tudo aquilo que os operadores acrescentam à organização prescrita para torná-la eficaz; tudo aquilo que empregam individual e coletivamente e que não depende da ‘execução’. A gestão concreta da defasagem entre o prescrito e o real depende na verdade da mobilização dos impulsos afetivos e cognitivos da inteligência (Dejours, 2007, p. 30).

Ser reconhecido pelo seu fazer é um dos objetivos daquele que trabalha (17). Este mecanismo é fundamental para o registro da identidade, e, portanto, possui relação direta em termos de sofrimento. Assim, a capacidade da organização em lidar com o zelo potencializa as fortalezas ou fraquezas dos mecanismos de defesa estruturados por cada um de seus membros, independentemente da posição hierárquica.

Para Mendes (47), “o reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento revertido para realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo” (Mendes, 2007, p. 44).

Organizações hierarquicamente rígidas (48) tendem a potencializar o sofrimento de seus membros, pois desconsideram as limitações de seus modelos e normas prescritivos, bem como não reconhecem as iniciativas de adaptação de seus membros hierarquicamente inferiores.

No entanto, a divisão rígida e inflexível do trabalho reduz as incertezas dos trabalhadores de todos os níveis da organização, permitindo a quantificação, a simplificação e o controle. Em contrapartida, a responsabilidade individual pelo produto final é reduzida ao mínimo. Desta forma, se o trabalho bem feito era irreconhecível individualmente, o mau feito também o era (17, 45).

As organizações que se baseiam na polivalência, em conhecimentos e práticas generalistas aumentam as incertezas de seus membros, pois quando o trabalhador “... se torna polivalente, descobre que as outras funções de trabalho são como a sua, e que a incerteza do colega vizinho é tão grande quanto a sua” (Dejours, 2003, p. 107). A polivalência, além de aumentar tensão no trabalho, torna mais complexo e incerto o processo de coordenação do processo de trabalho nas organizações (45, 48, 49).

Infere-se do exposto que há uma relação entre a capacidade da organização em lidar com o zelo de seus membros e o conjunto de recursos subjetivos que os indivíduos têm para

serem efetivamente zelosos. Essa relação não obrigatoriamente é direta ou convergente, principalmente num contexto de exigência de produtividade e competitividade.

Estes diferentes elementos podem ser produtores de sofrimento. No entanto, este pode ser (re)elaborado de modo a transformar sofrimento em um mecanismo positivo. Dejours refere-se ao sofrimento como fenômeno estruturante, sendo que o máximo que podemos fazer é “... transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo” (Dejours, 1999, p. 16).

A resultante desta discrepância pode variar entre indivíduos e organizações em função de duas variáveis: a) como o indivíduo lida com a discrepância, com os ajustes pragmáticos que são necessários no cotidiano; b) como as organizações lidam com os ajustes e com as diferentes reações individuais de seus membros (17, 44, 46, 48).

Do exposto apreende-se, conforme Mendes, que a “psicodinâmica do trabalho adota como modelo de ser humano um ser concreto, ator em uma situação concreta, cuja qualidade de vida psíquica no trabalho está associada à dinâmica das relações sociais, de trabalho, e à sua condição de existência.” (Mendes, 2007, p. 106)

No Brasil, Mendes e colaboradores, referenciando-se na Psicodinâmica do Trabalho e na psicometria, desenvolveram o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Segundo Mendes “O instrumento é criado e validado, inicialmente, por Ferreira e Mendes (2003), tendo sido adaptado e revalidado em 2004, publicado por Mendes e colaboradores (2005), e novamente submetido à validação, em função de pequenos ajustes, no ano de 2006...” (Mendes, 2007, p. 112).

Baseando-se em métodos psicométricos,

O ITRA, para a pesquisa em saúde e trabalho, funciona como um cenário, um pano de fundo, é um modo de se capturar a representação do real na dimensão mais visível e compartilhada pela maioria dos trabalhadores de determinado grupo, podendo representar em alguns contextos o discurso dominante, carregado de desejabilidade social.

Nesse sentido, ganha-se em generalidade e perdem-se especificidades; identifica-se o visível, mas não se sabe o que está por trás dele; obtém-se a objetivação e não se apreende o processo de subjetivação mais completo. (Mendes, 2007, p. 125)

A psicodinâmica do trabalho, portanto, torna-se uma ferramenta importante para a operacionalização desta pesquisa, tanto do ponto de vista teórico, quanto instrumental.

2.5.3 Yves Schwartz (Ergologia)

O criador da Ergologia chama-se Yves Schwartz. É filósofo, membro associado ao Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) na França, na cadeira de Formação do Adulto, membro do Instituto Universitário da França (IUF) e diretor científico do Departamento de Ergologia da Université de Provence.

A ergologia estuda a atividade humana, entendida como sendo “um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (corpo/espírito; individual/coletivo; fazer/valores; privado/profissional; imposto/desejado; etc. ...)” (Durrive, 2008, p. 23).

A atividade é composta por três características fundamentais:

- Transgressão: “nenhuma disciplina, nenhum campo de práticas pode monopolizar ou absorver conceptualmente a actividade; ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores...” (Schwartz, 2005, p. 64);
- Mediação: “ela impõe-nos dialéticas entre todos estes campos, assim como entre o “micro” e o “macro”, o local e o global...” (idem);
- Contradição: “ela é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormalização resingularizadas pelos seres humanos” (idem).

Assim, o conceito de atividade é mais amplo que o de trabalho, sendo este delimitado por regramentos jurídicos, relações mercadológicas e econômicas, etc. Esta diferenciação propiciou a criação do conceito de ‘atividade industrial’, que amplia as diferenças entre trabalho prescrito e real. A atividade industrial envolve o debate de normas (55).

Este debate envolve as normas, regras preexistentes à atividade e aquelas que estão em gestação ao longo do processo, ou seja, há um constante processo de ‘renormatização’ a partir das resultantes da atividade humana (55).

Neste contexto, o indivíduo em situação de atividade industrial faz uso de si, pois “Todo o trabalho, porque é o lugar de um problema, apela um uso de si. Isto quer dizer que não há simples execução mas uso, convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa. Trabalhar coloca em tensão o uso de si requerido pelos outros e o uso de si consentido e comprometido por si mesmo” (Durrive, 2008, p. 27).

No entanto, o trabalho formalizado o é mediante a estruturação e aplicação de normas, de regras e pela própria organização, que constroem o uso de si por si mesmo. Em uma sociedade que orienta o processo produtivo em função da lógica de mercado, a capacidade de usar-se é cada vez menos visível.

Considerando-se que o trabalho não se reduz à mera execução automática das normas antecedentes, mas que inclui o constante processo de reformatizações em função das situações concretas encontradas, conclui-se que é possível antecipar os riscos para a saúde não somente por meio da análise das normas antecedentes, mas também com o que o ato de trabalhar faz com o conjunto de normas sociais que mediam o processo de trabalho, sendo que há riscos à saúde relacionados à organização do trabalho (55, 56).

Schwartz (57) lembra-nos de que toda organização coletiva de atividade humana implica divisão de tarefas entre os membros. Esta organização pode ter um componente formal, estruturado em organogramas, normas, definição de tarefas e responsabilidades, à moda de Taylor.

No entanto, sempre há um componente informal, que se distingue da estrutura racionalizada, que envolve o estar junto e a produção de bens comuns (compartilhados), o estabelecimento de canais de comunicação e de compartilhamento de experiências que escapam à racionalidade administrativa. A esta organização Schwartz denomina Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) (56, 57).

As perspectivas teóricas apresentadas contribuem para a análise dos dados obtidos nesta pesquisa. Da Psicodinâmica do Trabalho ressalta-se o papel das organizações para o processo de re-significação das vivências de sofrimento e do papel estruturante deste para o ser humano. Da Clínica do Trabalho, sobressai o papel do indivíduo na construção da realidade e o uso subjetivo do coletivo. A ergologia convida-nos a pensar sobre o papel ativo do sujeito na re-formatização dos processos de atividade, inclusive o trabalho.

Todas contribuem, com suas similaridades e diferenças, com o entendimento acerca dos efeitos do trabalho no sujeito que trabalha, o que inclui “a dor e o prazer no trabalho como questão experimentada por cada e em cada trabalhador, mas relacionada aos modos como ele (o trabalhador) vive seus vínculos com o processo do trabalho e com os outros trabalhadores” (Santos-Filho, 2009, p. 66).

2.5.4 Yves Clot (Ergologia, clínica da atividade)

Yves Clot, filósofo, psicólogo do trabalho e pesquisador Conservatoire National des Arts et Métiers, convida a pensar o trabalho, no contexto da ergologia, em termos de uma clínica da atividade (50).

Diferentemente da posição psicanalítica de Dejours, Clot, baseando-se nas pesquisas de Lev Vygotsky e Alexei Nikolaevich Leontiev, dentre outros, não toma a realidade como algo dado para o sujeito, mas como um produto das ações deste, incluindo-se as complexas interações com outros seres humanos, mediadas pela linguagem (50).

Desta forma, o coletivo torna-se um conceito central para a clínica da atividade, pois a coletividade é fundamental para o desenvolvimento do próprio indivíduo: “Não é o coletivo como grupo, mas o coletivo como recurso para o desenvolvimento da subjetividade individual; é o coletivo no indivíduo que nos interessa” (Clot, 2006, p. 102).

O coletivo, enquanto recurso subjetivo individual, é instrumento fundamental para a cognição e para o pensamento, para a produção de valores e saberes, bem como arranjos entre os mesmos. Segundo Clot, “o pensamento se desenvolve na discussão, na confrontação e, portanto, a controvérsia é a fonte do pensamento. Então, Vigotski diz que o pensamento nasce duas vezes. A primeira vez quando se discute coletivamente e renasce, em seguida, na atividade individual” (Clot, 2006, p. 106).

Neste sentido, o trabalho é um elemento fundamental, não somente do ponto de vista da re-produção dos meios materiais e simbólicos de vida, mas como fator que viabiliza a centralidade das atividades sociais, não das atividades individuais (50, 51).

Assim, as atividades relacionadas com o trabalho são um aspecto particular do conceito de atividade, e da relação subjetividade/coletividade. Clot também propõe o conceito de “real da atividade”, que, além das diferenças entre trabalho prescrito e trabalho real, deve incorporar as vivências subjetivas do sujeito que age, pois as formas de pensar e de sentir mudam em função da situação concreta onde a atividade está inserida (50,51).

Nos tempos atuais, a eficácia do processo do trabalho supõe o trabalho em equipe, a interação organizada entre diferentes indivíduos, competências, biografias. Essa dinâmica aumenta as diferenças entre as prescrições e o trabalho real, o que torna mais complexas as interações entre os indivíduos, entre estes e seu objeto de trabalho, e as resultantes de todos estes encontros (18,50,51).

Neste contexto, Clot apresenta a idéia de “poder de agir” dos indivíduos e dos coletivos. Agir no sentido de poder construir suas próprias normas, subvertendo as normas vigentes na prática da atividade. Este poder, esta potência, relaciona-se diretamente com o processo saúde-doença do ser humano:

ser normal não é ser adaptado à situação, mas ser criador de normas. Ser normal não é ser conformado. Ser normal é fazer subversão, em todos os sentidos. A atividade humana é a subversão dos objetos da atividade. De certa maneira, então, a saúde relaciona-se com a invenção e criação de normas. Se as pessoas, ou os trabalhadores, voltarem a controlar a situação e a fazer a experiência, então, como ter saúde não é somente viver no meio, mas criar o meio para viver, claramente, a dedicação criará melhor eficácia no trabalho (Clot, 2008, p. 67).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Investigar a percepção dos trabalhadores da ESF-DF (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos) acerca da relação entre o processo de trabalho e suas repercussões no processo saúde-doença, a fim de oferecer subsídios para se repensar a gestão do trabalho na ESF-DF.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioprofissional dos trabalhadores da ESF-DF;
- Avaliar o contexto de trabalho, entendido por condições de trabalho, organização do trabalho e relações sócio profissionais;
- Avaliar o custo humano no trabalho, que envolve o custo físico, custo cognitivo e afetivo;
- Avaliar a vivência de sofrimento-prazer no trabalho, constituído por realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento;
- Avaliar os danos relacionados ao trabalho, compreendidos por danos físicos, sociais e psicológicos.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal (58), junto aos profissionais que constituem as equipes básicas da ESF no Distrito Federal.

Foi utilizado Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (47), dadas sua relevância e pertinência para os objetivos da pesquisa (Anexo A). O Inventário é um instrumento que possibilita a estruturação de diagnósticos relacionados a indicadores críticos relacionados ao trabalho, baseando-se no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho (47).

A primeira versão deste instrumento foi construída e validada por Ferreira e Mendes em 2003 e a segunda versão foi validada em 2005 por Mendes (47). Utilizou-se a terceira versão do ITRA, validada em 2006 por meio de uma pesquisa realizada no Distrito Federal envolvendo 5.347 trabalhadores (47).

O ITRA é composto por quatro diferentes escalas do tipo Likert, que possibilitam a construção de um diagnóstico baseado nas vivências dos trabalhadores em relação a seu processo cotidiano de trabalho (47).

A primeira delas é a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), que avalia fatores relacionados à organização do trabalho, às relações sócio-profissionais e às condições de trabalho, com eigenvalues de 1,5, variância total de 38,46%, KMO de 0,93% e correlações acima de 0,25 (47).

É uma escala de 5 pontos referindo-se à frequência de ocorrência de determinados fenômenos, onde o valor 1 indica nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre. A tabela 4 apresenta os diferentes significados relacionados à avaliação dos resultados obtidos por meio da aplicação da EACT.

Tabela 4 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EACT, 2010

Valores medianos obtidos	Significado
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, situação grave
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação moderada; situação crítico, limítrofe
Abaixo de 2,29	Avaliação positiva, situação satisfatória

A segunda escala que compõe o ITRA é a Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), que objetiva avaliar aspectos relacionados aos custos físico, cognitivo e afetivo do

trabalho realizado em dada organização. Possui eigenvalue maior que 2, variância total de 44,98%, KMO de 0,91 e 50% das correlações acima de 0,30 (47).

Os fatores avaliados são estruturados em uma escala de 5 pontos referindo-se à frequência de ocorrência de determinados fenômenos, onde o valor 1 indica nunca, 2 = pouco exigido, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre. A tabela 5 apresenta os significados dos valores para avaliação com a aplicação da ECHT.

Tabela 5 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da ECHT, 2010

Valores medianos obtidos	Significado
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, situação grave
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação moderada; situação crítico, limítrofe
Abaixo de 2,29	Avaliação positiva, situação satisfatória

A Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EIPST) é a terceira a compor o ITRA e possibilita uma avaliação descritiva desta dimensão do trabalho. A EIPST é composta por quatro fatores agrupados em função das dimensões prazer e sofrimento no trabalho: realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento e possui eigenvalues de 1,0, variância total de 59,80%, KMO de 0,92 e 50% das correlações acima de 0,30 (47).

Os fatores avaliados são estruturados em uma escala de 7 (sete) pontos referindo-se à frequência de ocorrência de determinados fenômenos, onde o valor 0 indica nunca, 1 equivale a uma vez, 2 = duas vezes, 3 = três vezes, assim sucessivamente, até o valor 6, que equivale a seis vezes.

A análise dos resultados obtidos deve ser feita de forma diferenciada em função das dimensões prazer-sofrimento. Valores altos obtidos nas questões relacionadas ao prazer significam situações positivas, o inverso ocorre em relação à dimensão sofrimento. Os significados relacionados à avaliação dos resultados obtidos por meio da aplicação da EIPST encontram-se no tabela 6.

Tabela 6 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EIPST, 2010

Valores medianos obtidos	Significado - Prazer	Significado - Sofrimento
Maior ou igual a 4	Avaliação positiva,	Avaliação negativa, situação

	satisfatória	grave
Entre 2,1 e 3,9 inclusive os extremos	Avaliação moderada, crítica	Avaliação moderada, crítica
Menor ou igual a 2	Avaliação para <i>raramente</i> , situação grave	Avaliação positiva, satisfatória

A última escala que compõe o ITRA é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), que lida com questões relacionadas a danos físicos, afetivos e psicossociais relacionados com o processo de trabalho, compondo três fatores. Possui engenvalues de 1,5, variância total de 50,09%, KMO de 0,95 e correlações acima de 0,30 (47).

É uma escala de sete pontos, onde o valor 0 significa nenhuma vez, o valor 1 significa uma vez, e assim sucessivamente até o valor 6, que significa seis ou mais vezes. A tabela 7 apresenta os significados dos valores da avaliação com a aplicação da EADRT.

Tabela 7 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EADRT, 2010

Valores medianos obtidos	Significado
Acima de 4,1	Avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais
Entre 3,1 e 4,0	Avaliação de moderada para frequente, grave
Entre de 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, crítico
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, suportável

Aplicou-se um questionário para conhecer algumas características do perfil socioprofissional dos trabalhadores. O questionário contém 21 questões e encontra-se no Apêndice A.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

De acordo com a SES-DF, em janeiro de 2010 havia 151 equipes implantadas, contendo o total de 1.133 trabalhadores, conforme informado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Seguindo a divisão político-administrativa do DF, as equipes da ESF estavam distribuídas conforme demonstrado na tabela 8.

Tabela 8 - Total de equipes e profissionais da ESF no Distrito Federal cadastradas no CNES, distribuídas pelas Regiões Administrativas do Distrito Federal. Janeiro de 2010

REGIÃO ADMINISTRATIVA	TOTAL DE EQUIPES	TOTAL DE PROFISSIONAIS
Águas Claras	1	12
Brazlândia	6	49
Candangolândia	1	5
Ceilândia	13	72
Gama	11	116
Guará	3	20
Granja do torto	1	6
Núcleo Bandeirante	1	2
Paranoá	6	62
Planaltina	18	107
Recanto das Emas	7	91
Riacho Fundo I	2	9
Riacho Fundo II	8	49
Samambaia	25	148
Santa Maria	8	76
São Sebastião	14	126
Estrutural	6	51
Sobradinho	8	50
Taguatinga	8	36
Park Way	1	8
Itapoã	3	38
TOTAIS	151	1.133

4.2 DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Optou-se pela técnica da amostragem aleatória simples. Para a determinação do tamanho da amostra, partiu-se da hipótese de que esta constituiria uma distribuição de tipo normal.

Da amostra, desconhecia-se tendência de respostas dadas às questões. Daí projetou-se um cenário no qual a média das respostas dadas seria de 50% das questões apresentadas.

A população era constituída de todos os profissionais da ESF do DF incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em janeiro de 2010, o que perfazia o total de 1.113 indivíduos.

O nível e o intervalo de confiança foram, respectivamente, de 95% e 5%.

Neste cenário, a amostra deveria conter 286 indivíduos.

O formulário utilizado para obtenção do tamanho da amostra está contido no tabela 9.

Tabela 9 – Formulário utilizado para a obtenção do tamanho da amostra, 2010

Fórmula	Descrição
$x = Z(c/100)^2 r(100-r)$	Onde:
$n = \frac{Nx}{((N-1)E^2 + x)}$	N é o tamanho da população
$E = \text{Sqrt}[\frac{(N-n)x}{n(N-1)}]$	r é a fração de respostas a serem obtidas
	c nível de confiança
	n é o tamanho da amostra
	E é a margem de erro

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A distribuição dos instrumentos foi aprovada pela Gerência de Gestão em APS/PSF. A Circular número 09/2010 GEG/DIAPS/SAS/SES-DF foi expedida no sentido de comunicar a realização da pesquisa aos gerentes e chefes de núcleo. Em seguida, as regionais foram contatadas pelo pesquisador para os devidos esclarecimentos e acertos sobre a aplicação dos instrumentos.

Devido à impossibilidade do pesquisador atingir cada um dos profissionais da ESF individualmente no tempo disponível, aos coordenadores das equipes foi solicitado que aplicassem os instrumentos na equipe por eles liderada.

O pesquisador participou das reuniões regulares das regionais, momento no qual apresentou a pesquisa para os coordenadores das equipes da ESF presentes e distribuiu os instrumentos, conforme o total de profissionais de cada equipe da regional.

Ao todo foram distribuídas 550 cópias do ITRA e do questionário para obtenção de dados sócio-demográficos. Destes, foram recolhidos 385, sendo considerados válidos 243 formulários.

Do total de questionários obtidos e considerados válidos, mantidos o nível de confiança e o tamanho da população, o intervalo de confiança obtido foi de 5,55%.

Em termos de função declarada, Agentes comunitários de saúde totalizam 139 (57%), auxiliares de enfermagem 47 (19%), enfermeiros 41 (17%) e médicos 11 (5%). Cinco pessoas (2%) não responderam.

4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha eletrônica do software de automação de escritório OpenOffice versão 3.1 (<http://www.openoffice.org/>).

A aplicação estatística R versão 2.9.2, acrescida do pacote nortest, foi utilizada para a realização de testes de normalidade a partir dos dados obtidos (<http://www.r-project.org/>). Ambos softwares são de licenciamento e de distribuição livres.

Foram utilizados quatro algoritmos para testar a hipótese de normalidade utilizada para a obtenção da amostra. A massa de dados utilizada refere-se aos dados quantitativos registrados por meio da aplicação do ITRA, descartando-se os itens que foram deixados em branco pelos pesquisados.

Os quatro algoritmos referem-se aos testes de normalidade de Shapiro-Wilk, de Komogorov-Smirnov (Lilliefors), de Cramer-von Mises e de Anderson-Darling. Os parâmetros utilizados para o teste foram o tamanho da amostra (243 indivíduos), média aritmética de 2.955187 e desvio padrão de 1.893954.

O teste de normalidade Shapiro-Wilk produziu estatística $W=0,9978$ e $p\text{-value}=0,9867$. Dado que o valor p é maior que 0,05 e a estatística W está próxima a 1, é possível afirmar a normalidade.

O teste de Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors) produziu a estatística $D=0.0511$ e $p\text{-value}=0,1274$. A hipótese da normalidade é confirmada, dado que $p\text{-value}$ obtido é maior que 0,05.

Utilizando-se o teste de Cramer-von Mises, obteve-se a estatística $W=0,042$ e $p\text{-value}=0,6425$, o que possibilita a aceitação da hipótese de normalidade.

O teste de Anderson-Darling produziu uma estatística $A=0.3941$ e um $p\text{-value}=0.3716$. Uma vez que $p\text{-value}$ é maior que 0,05 o resultado do teste sugere a aceitação da hipótese de normalidade, conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 10. Resultados obtidos nos testes de normalidade realizados com os dados obtidos, 2010

Teste utilizado	Parâmetros	Resultados
Shapiro-Wilk	data: rnorm(243, mean = 2.955187, sd = 1.893954)	$W = 0.9978$, $p\text{-value} = 0.9867$
Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors)	data: rnorm(243, mean = 2.955187, sd = 1.893954)	$D = 0.0511$, $p\text{-value} = 0.1274$
Cramer-von Mises	data: rnorm(243, mean = 2.955187, sd = 1.893954)	$W = 0.042$, $p\text{-value} = 0.6425$
Anderson-Darling	data: rnorm(243, mean = 2.955187, sd = 1.893954)	$A = 0.3941$, $p\text{-value} = 0.3716$

4.5 ÉTICA EM PESQUISA

A realização da pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES-DF, conforme protocolo 494/09 de 04/12/2009. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

Da amostra de 243 profissionais, 55 são homens (23%), 187 mulheres (77%). Uma pessoa não respondeu, conforme pode ser observado na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição de profissionais conforme gênero declarado, 2010

Gênero	Total de profissionais	Percentual
Homens	55	23%
Mulheres	187	77%
Não responderam	1	0%
Total	243	100 %

Em termos de função declarada, Agentes comunitários de saúde totalizam 139 (57%), auxiliares de enfermagem 47 (19%), enfermeiros 41 (17%) e médicos 11 (5%). Cinco pessoas (2%) não responderam, conforme tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição de profissionais conforme função declarada, ESF-DF, 2010

Função	Total de profissionais	Percentual
ACS	139	57%
Auxiliares de enfermagem	47	19%
Enfermeiros	41	17%
Médicos	11	5%
Não responderam	5	2%
Total	243	100 %

A tabela 13 demonstra a distribuição da amostra em função da faixa etária. Noventa pessoas têm idade entre 18 e 29 anos (37%), 95 entre 30 e 39 anos (39%), 36 tinham entre 40 e 49 anos no momento da pesquisa (15%), 12 declararam ter entre 50 e 59 anos (5%), e 2 tinham acima de 60 anos (1%). Oito pessoas não informaram suas idades no momento da pesquisa (3%).

Tabela 13 - Faixa etária dos trabalhadores da ESF-DF, 2010

Faixa etária	Pessoas	Percentual
Entre 18 e 29 anos	90	37%
Entre 30 e 39 anos	95	39%
Entre 40 e 49 anos	36	15%
Entre 50 e 59 anos	12	5%
Acima de 60 anos	2	1%
Não responderam	8	3%

Com relação à natureza do vínculo profissional, 139 pessoas (57%) informaram ter vínculo profissional baseado na CLT. Por sua vez, 85 (35%) declararam ser Estatutários e 15 pessoas (6%) informaram possuir outro tipo de vínculo. Quatro pessoas (2%) nada informaram, conforme tabela 14.

Tabela 14 - Tipos de vínculo empregatício com a SES/DF, 2010

Tipo de vínculo	Pessoas	Percentual
CLT	139	57%
Estatutário	85	35%
Outros	15	6%
Não informaram	4	2%

Os resultados apresentados na tabela 15 evidenciam que 69 trabalhadores (28%) iniciaram seu trabalho no setor saúde em outras atividades que não as relacionadas com a APS. A maioria, 171 trabalhadores (70%) informou que iniciou sua carreira profissional no setor saúde na APS.

Tabela 15 - Quantidade de profissionais em função da relação tempo trabalhado no setor saúde e tempo trabalhado na APS, 2010

Tempo no setor saúde e tempo na APS	Pessoas	Percentual
Saúde = APS	171	70%
Saúde > APS	69	28%
Não responderam	3	1%

Questionados sobre a existência de algum espaço ou mecanismo institucionalizado onde seja possível relatar as dificuldades encontradas no trabalho, quer sejam objetivas ou subjetivas, 133 pessoas (55%) responderam que inexistente tal espaço, conforme tabela 16.

Tabela 16 – Percepção dos trabalhadores da ESF-DF em relação à existência de mecanismo institucionalizado de escuta, 2010

Existência de espaço de escuta	Total de profissionais	Percentual
Sím	87	36%
Não	133	55%
Não responderam	23	9%

Das 87 pessoas (36%) que afirmam a existência de tal mecanismo, 24 (28 %) afirmam que este não é efetivo para a superação dos problemas apresentados, conforme pode ser observado na tabela 17.

Tabela 17 – Percepção dos trabalhadores da ESF-DF em relação ao mecanismo institucionalizado de escuta, 2010

Mecanismo institucionalizado de escuta	Total de profissionais	Percentual
Sím	63	72%
Não	24	28%

Do total de entrevistados, 178 (73%) afirmaram ter realizado o curso introdutório ao PSF, enquanto que 59 (24%) ainda não o haviam feito, conforme tabela 18.

Tabela 18 – Participação dos trabalhadores da ESF-DF no curso introdutório ao PSF (ESF), 2010

Realização de curso introdutório	Total de profissionais	Percentual
Sím	178	73%
Não	59	24%
Não responderam	6	2%

Dentre os que participaram do curso, 39 (22%) afirmaram que o mesmo não foi efetivo no sentido de instrumentalizá-los em sua adaptação ao processo de trabalho. Ao contrário, 139 profissionais (78%), afirmaram ser o mesmo efetivo, conforme tabela 19.

Tabela 19 – Percepção dos trabalhadores da ESF-DF sobre a efetividade do curso introdutório, 2010

Curso Efetivo	Total de profissionais	Percentual
Sim	139	78%
Não	39	22%

5.2 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO - EACT

A EACT avalia três fatores distintos relacionados às condições de trabalho: sua organização, as condições propriamente ditas e as relações socioprofissionais estruturadas no ambiente profissional. A interpretação dos resultados deve ser realizada conforme apresentado no tabela 4.

Tabela 4 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EACT, 2010

Valores medianos obtidos	Significado
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, situação grave
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação moderada; situação crítico, limítrofe
Abaixo de 2,29	Avaliação positiva, situação satisfatória

O primeiro fator a ser avaliado pela EACT é relacionado com a organização do trabalho. Os resultados obtidos podem ser encontrados na tabela 20.

Em relação à dinâmica do processo de trabalho, verificou-se que foi avaliada positivamente, incluindo-se a existência de tempo adequado para realizar pausas de descanso durante o trabalho (média 2,56 e mediana 2,5). Foram avaliadas como problemáticas, ou seja, avaliação crítica, no limite, o ritmo de trabalho (média 2,85 mediana 3), a pressão, em termos de prazos para a realização do trabalho (média 3,01 e mediana 3), cobrança por resultados (média 3,01 e mediana 3) e falta de pessoal para a realização das tarefas (média 3,2 e mediana 3).

No que concerne ao desempenho do processo de trabalho, foram avaliados como críticos, a rigidez das normas para a execução das tarefas (média 2,78 e mediana 3), divisão de trabalho entre planejadores e executores (média 3,32 e mediana 3), descontinuidade na execução das tarefas (média 2,98 e mediana 3), a fiscalização de desempenho no trabalho (média 3,47 e mediana 3) e os resultados fora do esperado (média 2,8 e mediana 3).

Por fim, foi avaliada como grave a repetição das tarefas (média 4,05 e mediana 4).

Tabela 20 – Avaliação do Contexto de Trabalho, fator Organização do Trabalho percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,56	2,5	1,20
B. Ritmo do trabalho é excessivo	2,85	3	0,86
C. Tarefas são cumpridas sob pressão de prazos	3,01	3	1,06
D. Existe forte cobrança por resultados	3,34	3	1,13
E. As normas para execução das tarefas são rígidas	2,78	3	1,15
F. Existe fiscalização do desempenho	3,47	3	1,16
G. O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	3,2	3	1,43
H. Os resultados esperados estão fora da realidade	2,80	3	1,24
I. Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,32	3	1,34
J. As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,98	3	1,19
K. As tarefas são repetitivas	4,05	4	0,96

O segundo fator avaliado refere-se às condições de trabalho. Os resultados obtidos podem ser observados na tabela 21.

A precariedade das condições de trabalho é tida como moderada (média 3,53 e mediana 3), o que demonstra uma situação crítica. A mesma avaliação foi feita para os itens desconforto do ambiente físico (média 3,35 e mediana 3), existência de barulho no ambiente de trabalho (média 3,15 e mediana 3) e inadequação do mobiliário existente (média 3,43 e mediana 3).

Há riscos à segurança das pessoas em função das condições de trabalho (média 3,14 e mediana 3), sendo tal situação considerada como moderada. Além disso, há inadequação do posto de trabalho para a realização das tarefas (média 3,27 e mediana 3).

Os itens avaliados negativamente, que demonstram uma situação grave em relação ao contexto de trabalho, de um modo geral, relacionam-se à disponibilidade de insumos para a execução das tarefas: insuficiência de instrumentos (média 3,75 e mediana 4), precariedade dos equipamentos existentes (média 3,65 e mediana 4), espaço físico inadequado (média 3,62 e mediana 4) e insuficiência de material de consumo (média 3,79 e mediana 4).

Tabela 21 – Avaliação do Contexto de Trabalho, fator Condições de Trabalho percebidas pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. As condições de trabalho são precárias	3,53	3	1,31
B. O ambiente físico é desconfortável	3,35	3	1,31
C. Existe muito barulho no ambiente de trabalho	3,15	3	1,22
D. O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	3,43	3	1,27
E. O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	3,27	3	1,29
F. As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	3,14	3	1,28
G. Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,75	4	1,02
H. Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	3,65	4	1,02
I. O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	3,62	4	1,26
J. O material de consumo é insuficiente	3,79	4	1,08

São apresentados na tabela 22, os resultados referentes ao fator Relações Socioprofissionais, que é conceituado como sendo constituído pelos modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional (47).

Em relação às condições para a gestão do trabalho, verificou-se que foram avaliados como moderados, ou como de risco, a clareza na definição das tarefas (média 3,53 e mediana 3), a inexistência de autonomia (média 3,35 e mediana 3), a injustiça na distribuição de tarefas

(média 3,15 e mediana 3), a exclusão do processo decisório (média 3,43 e mediana 3), a existência de disputas no local de trabalho (média 3,27 e mediana 3) e dificuldade de acesso às informações necessárias à execução do trabalho (média 3,18 e mediana 3).

Os resultados também evidenciam que há problemas avaliados como graves relacionados com a existência de dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados (média 3,75 e mediana 4), falta de integração no ambiente de trabalho (média 3,65 e mediana 4), insatisfação com a comunicação entre os funcionários (média 3,62 e mediana 4), além da falta de apoio das chefias para o desenvolvimento profissional (média 3,79 e mediana 4). Estes resultados indicam uma situação grave em termos de relações socioprofissionais.

Tabela 22 – Avaliação do Contexto de Trabalho, fator Relações Socioprofissionais percebidas pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. As tarefas são claramente definidas	3,53	3	1,31
B. A autonomia é inexistente	3,35	3	1,31
C. A distribuição das tarefas é injusta	3,15	3	1,22
D. Os funcionários são excluídos das decisões	3,43	3	1,27
E. Existem disputas profissionais no local de trabalho	3,27	3	1,28
F. As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	3,18	3	1,18
G. Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	3,75	4	1,02
H. Falta integração no ambiente de trabalho	3,65	4	1,02
I. A comunicação entre os funcionários é insatisfatória	3,62	4	1,26
J. Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	3,79	4	1,08

A tabela 23 apresenta a distribuição relativa dos respondentes em conformidade com as classes de interpretação referentes à EACT. Por meio desta forma de agregação dos resultados é possível perceber que para 81% dos entrevistados a organização do trabalho é um fator que é avaliado estando em situação grave ou crítica.

O fator condições de trabalho também é avaliado como estando em situação grave ou crítica por 87% dos trabalhadores da ESF-DF, já as relações socioprofissionais são avaliadas da mesma forma por 72% dos mesmos.

Tabela 23 – Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da EACT e as classes de interpretação da mesma, 2010

Valor mediano	Organização do trabalho	Condições de trabalho	Relações socioprofissionais
>= 3,7	26%	47%	16%
>= 2,3 e <=3,69	55%	40%	56%
<=2,29	19%	13%	27%
Não responderam	0%	0%	1%

5.3 AVALIAÇÃO DO CUSTO HUMANO DO TRABALHO – ECHT

A avaliação dos custos humanos do trabalho envolve três tipos distintos de fatores: físico, cognitivo e afetivo. A tabela 5 apresenta a forma com a qual os resultados devem ser interpretados.

Tabela 5 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da ECHT, 2010

Valores medianos obtidos	Significado
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, situação grave
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação moderada; situação crítico, limítrofe
Abaixo de 2,29	Avaliação positiva, situação satisfatória

O primeiro fator avaliado foi o referente aos custos físicos do trabalho. Os resultados obtidos estão contidos na tabela 24.

Foram positivamente avaliados os itens relacionados ao uso de força física (média 2,2 e mediana 2), manuseio de objetos pesados (média 1,95 e mediana 2) e ao ato de subir e descer escadas (média 1,68 e mediana 1), ou seja, são eventos que ocorrem com frequência considerada satisfatória para os trabalhadores, não provocando desgaste físico devido à atividade excessiva.

Por sua vez, os itens relacionados a usar os braços de forma contínua (média 3,11 e mediana 2), ficar em posição curvada (média 2,52 e mediana 3), ser obrigado a ficar em pé (média 3,15 e mediana 3) e a fazer esforço físico (média 2,83 e mediana 3), foram avaliados como estando em situação crítica.

Os itens referentes aos atos de caminhar (média 4,19 e mediana 4), de usar continuamente as pernas (média 3,94 e mediana 4) e as mãos (média 3,84 e mediana 4) foram avaliados negativamente. São fenômenos que ocorrem com uma frequência considerada elevada para a maioria dos trabalhadores entrevistados, denotando uma situação grave, envolvendo desgaste físico intenso.

Tabela 24 – Avaliação dos Custos Humanos do Trabalho, fator Custo Físico percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Subir e descer escadas	1,68	1	0,92
B. Usar a força física	2,2	2	1,08
C. Ter que manusear objetos pesados	1,95	2	0,96
D. Usar os braços de forma contínua	3,11	3	1,32
E. Ficar em posição curvada	2,52	3	1,22
F. Ser obrigado a ficar em pé	3,15	3	1,31
G. Fazer esforço físico	2,83	3	1,25
H. Usar as pernas de forma contínua	3,94	4	1,20
I. Usar as mãos de forma repetida	3,84	4	1,21
J. Caminhar	4,19	5	1,05

O segundo fator avaliado refere-se ao Custo Cognitivo. A tabela 25 apresenta os resultados. Nenhum dos itens que compõem o fator custo cognitivo foi avaliado positivamente, ou seja, nenhum foi considerado satisfatório.

Avaliados como em situação limítrofe ou crítica estão o desenvolvimento de macetes (média 2,9 e mediana 3), a previsão de acontecimentos (média 3,31 e mediana 3) e ter desafios intelectuais (média 3,53 e mediana 3).

Foram avaliados negativamente, como estando em grave situação, os itens referentes à frequência com que problemas têm de ser resolvidos (média 3,92 e mediana 4), lidar com imprevistos (média 3,92 e mediana 4), utilizar a visão de forma contínua (média 4,13 e mediana 4), fazer esforço mental (média 3,84 e mediana 4), concentrar-se com frequência (média 3,97 e mediana 4), usar a criatividade (média 4,13 e mediana 4) e a memória (média 4,40 e mediana 4).

Com estes resultados, é possível considerar que o custo cognitivo do trabalho na ESF no DF é avaliado como elevado pela maioria de seus trabalhadores.

Tabela 25 – Avaliação dos Custos Humanos do Trabalho, fator Custo Cognitivo percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Desenvolver macetes	2,9	3	1,09
B. Fazer previsão de acontecimentos	3,31	3	1,16
C. Ter desafios intelectuais	3,53	3	1,20
D. Ter que resolver problemas	3,92	4	0,96
E. Ser obrigado a lidar com imprevistos	3,92	4	0,99
F. Usar a visão de forma contínua	4,13	4	1,05
G. Fazer esforço mental	3,84	4	1,14
H. Ter concentração mental	3,97	4	1,02
I. Usar a criatividade	4,13	4	0,89
J. Usar a memória	4,40	5	0,79

O último fator relacionado à ECHT é o que se refere ao custo afetivo, emocional do trabalho. Os resultados obtidos são demonstrados na tabela 26.

Foram considerados satisfatórios os itens que se referem à submissão a situações constrangedoras (média 2,33 e mediana 2) e que envolvem transgressões de valores éticos (média 1,97 e mediana 1).

Os itens referentes a ter de lidar com ordens contraditórias (média 3,34 e mediana 3), à obrigatoriedade de cuidar da aparência física (média 3,22 e mediana 3), ser bonzinho com outros (média 3,37 e mediana 3) e ser obrigado a sorrir (média 2,51 e mediana 2) foram avaliados como moderada ou crítica.

As frequências relacionadas ao ato de controlar as emoções (média 4,31 e mediana 4), a ser obrigado a lidar com a agressividade alheia (média 3,64 e mediana 4), disfarçar os sentimentos (média 3,57 e mediana 4), aparentar ter bom humor (média 3,52 e mediana 4) e ter custo emocional (média 3,51 e mediana 4) foram avaliadas negativamente, demonstrando que há uma situação grave em relação a estes itens.

Tabela 26 - Avaliação dos Custos Humanos do Trabalho, fator Custo Afetivo percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Transgredir valores éticos	1,97	1	1,31
B. Ser submetido a constrangimentos	2,33	2	1,09

C. Ser obrigado a sorrir	2,51	2,5	1,37
D. Ter que lidar com ordens contraditórias	3,34	3	1,20
E. Ser obrigado a cuidar da aparência física	3,22	3	1,42
F. Ser bonzinho com os outros	3,37	3	1,28
G. Ter controle das emoções	4,31	4	0,78
H. Ter custo emocional	3,51	4	1,14
I. Ser obrigado a lidar com a agressividade	3,64	4	1,10
dos outros			
J. Disfarçar os sentimentos	3,57	4	1,12
K. Ser obrigado a ter bom humor	3,52	4	1,23

A distribuição dos respondentes em função das medianas obtidas em cada fator que compõe a ECHT pode ser observada na tabela 27. O custo físico do trabalho é avaliado como estando em situação crítica por 71% dos trabalhadores e como grave por 14%.

O custo cognitivo do trabalho na ESF-DF é avaliado como alto, vivenciado como algo grave por 60% dos trabalhadores e como em situação crítica por 36%, ou seja, 96% dos trabalhadores consideram o custo cognitivo ou alto, ou limítrofe.

O custo afetivo é avaliado como crítico por 63% dos trabalhadores e como elevado, grave, por 25% dos mesmos. Estes números demonstram que o custo humano do trabalho na ESF-DF é qualificado como elevado.

Tabela 27 - Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da ECHT e as classes de interpretação da mesma, 2010

Valor mediano	Custo físico	Custo cognitivo	Custo afetivo
$\geq 3,7$	14%	60%	25%
$\geq 2,3$ e $\leq 3,69$	71%	36%	63%
$\leq 2,29$	15%	3%	11%
Não responderam	1%	1%	1%

5.4 AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DE PRAZER-SOFRIMENTO – EIPST

A EIPST avalia as vivências de prazer-sofrimento no trabalho por meio de quatro fatores: realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de

reconhecimento. A tabela 6 apresenta os significados referentes aos resultados medianos obtidos.

Tabela 6 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EIPST, 2010

Valores medianos obtidos	Significado - Prazer	Significado - Sofrimento
Maior ou igual a 4	Avaliação positiva, satisfatória	Avaliação negativa, situação grave
Entre 2,1 e 3,9 inclusive os extremos	Avaliação moderada, crítica	Avaliação moderada, crítica
Menor ou igual a 2	Avaliação para <i>raramente</i> , situação grave	Avaliação positiva, satisfatória

O primeiro fator, relacionado à dimensão prazer no trabalho, é a Realização Profissional. A tabela 28 demonstra os resultados obtidos neste fator.

Avaliados positivamente, como estando em situação satisfatória, os seguintes itens: satisfação (média 4,47 e mediana 5), orgulho pelo que é feito (média 4,75 e mediana 6), sensação de bem-estar (média 4,25 e mediana 5), identificação com a própria tarefa (média 4,25 e mediana 5), gratificação pessoal com as minhas atividades (média 4,1 e mediana 5), motivação (média 3,69 e mediana 4) e realização profissional (média 3,68 e mediana 4).

Os itens referentes à valorização profissional (média 3,12 e mediana 3) e reconhecimento (média 2,86 e mediana 3) foram os que obtiveram pior resultado, sendo avaliados como estando em situação crítica ou limítrofe.

Tabela 28 – Avaliação da vivência do Prazer-Sofrimento, fator Realização Profissional percebido pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ÍTEM	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Valorização	3,12	3	2,13
B. Reconhecimento	2,86	3	2,04
C. Motivação	3,69	4	1,81
D. Realização profissional	3,68	4	2,04
E. Satisfação	4,47	5	1,65
F. Bem-estar	4,25	5	1,74
G. Identificação com a própria tarefa	4,21	5	1,90
H. Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,12	5	2,10
I. Orgulho pelo que faço	4,75	6	1,77

O segundo fator, também relacionado à dimensão prazer no trabalho, é a liberdade de expressão. Os resultados obtidos demonstram que todos os itens analisados neste fator se encontram em situação satisfatória, conforme pode ser observados na tabela 29.

Os resultados demonstram que com muita frequência manifesta-se solidariedade entre os colegas (média 4,67 e mediana 5) e que há confiança entre os trabalhadores (média 4,09 e mediana 5). Há liberdade para expressão de idéias no local de trabalho (média 4,35 e mediana 5), assim como há liberdade para o uso da criatividade individual (média 4,64 e mediana 5) e para falar sobre o trabalho com as chefias (média 4,5 e mediana 5).

Há cooperação entre os colegas (média 4,54 mediana 5), liberdade de negociação com a chefia (média 4,5 e mediana 6), bem como liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas (média 4,84 e mediana 6).

Tabela 29 - Avaliação da vivência do Prazer-Sofrimento, fator Liberdade de Expressão percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ÍTEM	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Solidariedade entre os colegas	4,67	5	1,76
B. Confiança entre os colegas	4,09	5	1,85
C. Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,35	5	1,97
D. Liberdade para usar a minha criatividade	4,64	5	1,74
E. Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	4,5	5	1,97
F. Cooperação entre os colegas	4,53	5	1,62
G. Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	4,50	6	2,03
H. Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,84	6	1,75

A dimensão do sofrimento no trabalho é avaliada por meio de dois outros fatores. O primeiro relaciona-se ao esgotamento profissional. A Tabela 30 demonstra os resultados obtidos em relação a este fator.

Somente a vivência de medo (média 2,64 e mediana 2) pode ser avaliada como satisfatória. Os itens esgotamento emocional (média 3,32 e mediana 3), insatisfação (média e mediana iguais a 3), sobrecarga (média 2,91 e mediana 3), frustração (média 2,84 e mediana 3) e insegurança (média 3,05 e mediana 3) são avaliados como estando em situação crítica.

As situações de trabalho que provocam estresse nos trabalhadores são tão freqüentes que os trabalhadores avaliam este item como grave (média 3,46 e mediana 4).

Tabela 30 – Avaliação da vivência do Prazer-Sufrimento, fator Esgotamento Profissional percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ÍTEM	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Medo	2,64	2	2,26
B. Esgotamento emocional	3,32	3	2,09
C. Insatisfação	3,00	3	2,01
D. Sobrecarga	2,91	3	2,06
E. Frustração	2,84	3	2,23
F. Insegurança	3,05	3	2,18
G. Estresse	3,46	4	2,18

O último fator da EIPST, também relacionado à dimensão do sofrimento, avalia as vivências de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho. Os resultados obtidos estão na tabela 31.

As vivências relacionadas com discriminação (média 1,49 e mediana 0), sensação de inutilidade (média 1,56 e mediana 1), desqualificação (média 1,61 e mediana 1), injustiça (média 2,09 e mediana 1) são avaliadas como satisfatórias.

Avaliados da mesma forma são os itens referentes ao não reconhecimento do esforço individual (média 2,56 e mediana 2), à falta de reconhecimento em relação ao desempenho (média 2,56 e mediana 2), desvalorização (média 2,55 e mediana 2) e indignação (média 2,41 e mediana 2).

Tabela 31 - Avaliação da vivência do Prazer-Sufrimento, fator Falta de Reconhecimento percebida pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ÍTEM	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Discriminação	1,49	0	2,08
B. Inutilidade	1,56	1	2,02
C. Desqualificação	1,61	1	2,03
D. Injustiça	2,09	1	2,17
E. Falta de reconhecimento do meu esforço	2,56	2	2,14
F. Falta de reconhecimento do meu	2,56	2	2,19

desempenho			
G. Desvalorização	2,55	2	2,27
H. Indignação	2,41	2	2,23

A tabela 32 demonstra que 60% dos trabalhadores sentem-se frequentemente realizados profissionalmente e que, para 76% deles, há liberdade de expressão na ESF-DF. No entanto, 39% sentem esgotamento profissional com muita frequência e 21% vivenciam falta de reconhecimento profissional.

Tabela 32 - Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da EIPST e as classes de interpretação da mesma, 2010

Valor mediano	Realização profissional	Liberdade de expressão	Esgotamento profissional	Falta de reconhecimento
>= 4	60%	76%	39%	21%
>=2,1 e <=3,9	15%	9%	14%	12%
<= 2	21%	13%	37%	57%
Não responderam	3%	2%	9%	10%

5.5 AVALIAÇÃO DOS DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO – EADRT

A última escala que compõe o ITRA é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). A interpretação dos valores medianos obtidos deve ser realizada conforme demonstrado na tabela 7.

Tabela 7 - Interpretação dos resultados medianos obtidos com a aplicação da EADRT, 2010

Valores medianos obtidos	Significado
Acima de 4,1	Avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais
Entre 3,1 e 4,0	Avaliação de moderada para frequente, grave
Entre de 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, crítico
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, suportável

O primeiro fator a ser analisado por meio da EADRT são os danos físicos relacionados ao trabalho. Na tabela 33 estão expostos os resultados obtidos em relação a este fator.

Os trabalhadores avaliaram que o trabalho na ESF-DF dificilmente causa distúrbios auditivos (média 1,1 e mediana 0), distúrbios respiratórios (média 1,83 e mediana 1), distúrbios digestivos (média 1,79 e mediana 1), alterações no apetite (média 2 e mediana 1), distúrbios visuais (média 1,81 e mediana 1) ou circulatórios (média 1,98 e mediana 1).

As alterações no sono atribuídas ao trabalho (média 2,68 e mediana 2) e dores nos braços (média 2,42 e mediana 2) foram avaliadas como limítrofes, ou moderadas.

No entanto, foram avaliados como em situação grave os itens referentes à ocorrência de dores de cabeça (média 3,76 e mediana 4), dores nas costas (média 3,36 e mediana 4) e nas pernas (média 3,71 e mediana 4). Na mesma situação está a vivência de dores pelo corpo (média 3,17 e mediana 3).

Tabela 33 – Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, fator Danos Físicos percebidos pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Distúrbios auditivos	1,10	0	1,87
B. Distúrbios respiratórios	1,83	1	2,33
C. Distúrbios digestivos	1,79	1	2,18
D. Alterações no apetite	2	1	2,28
E. Distúrbios na visão	1,81	1	2,19
F. Distúrbios circulatórios	1,98	1	2,30
G. Dores nos braços	2,42	2	2,14
H. Alterações do sono	2,68	2	2,39
I. Dores no corpo	3,17	3	2,12
J. Dor de cabeça	3,76	4	2,19
K. Dores nas costas	3,36	4	2,31
L. Dores nas pernas	3,71	4	2,28

O segundo fator da EADRT refere-se aos danos psicológicos atribuídos ao trabalho. Os resultados obtidos estão expostos na tabela 34.

Os trabalhadores avaliam como suportáveis as vivências de amargura (média 1,28 e mediana 0), sensação de abandono (média 1,54 e mediana 0), solidão (média 1,34 e mediana 0), sensação de vazio (média 1,65 e mediana 1), sentimento de desamparo (média 1,83 e mediana 1).

Os itens vontade de desistir de tudo (média 2,01 e mediana 1), irritação com tudo (média 2,02 e mediana 1), dúvidas sobre a própria capacidade (média 1,4 e mediana 1) também são avaliados de forma positiva, como suportáveis.

Em situação crítica foram avaliados os itens referentes às vivências de mau-humor (média 2,22 e mediana 2) e de tristeza (média 2,30 e mediana 2).

Tabela 34 - Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, fator Danos Psicológicos percebidos pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Amargura	1,38	0	2,01
B. Sensação de abandono	1,54	0	2,10
C. Solidão	1,34	0	1,97
D. Sensação de vazio	1,65	1	2,07
E. Sentimento de desamparo	1,83	1	2,14
F. Vontade de desistir de tudo	2,01	1	2,32
G. Irritação com tudo	2,02	1	2,12
H. Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	1,40	1	1,79
I. Mau-humor	2,22	2	2,00
J. Tristeza	2,30	2	2,12

O terceiro e último fator da EADRT avalia os danos sociais relacionados ao trabalho. Os resultados obtidos estão na tabela 35.

Os itens referentes à instabilidade em relação aos colegas (média 1 e mediana 0), dificuldades nas relações fora do ambiente de trabalho (média 0,73 e mediana 0), agressividade com os outros (média 0,83 e mediana 0) e dificuldade com os amigos (média 0,77 e mediana 0) foram avaliados positivamente, como sendo satisfatórios.

A mesma avaliação foi feita em relação aos itens ter vontade de ficar sozinho (média 1,93 e mediana 1), ocorrência de conflitos nas relações familiares (média 1,39 e mediana 1) e ficar impaciente com as pessoas em geral (média 1,54 e mediana 1).

Tabela 35 - Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, fator Danos Sociais percebidos pelos trabalhadores da ESF-DF, 2010

ITENS	Média	Mediana	Desvio padrão
A. Instabilidade em relação aos colegas	1,00	0	1,54
B. Dificuldades nas relações fora do trabalho	0,73	0	1,36
C. Agressividade com os outros	0,83	0	1,45

D. Dificuldade com os amigos	0,77	0	1,45
E. Vontade de ficar sozinho	1,93	1	2,13
F. Conflitos nas relações familiares	1,39	1	1,83
G. Impaciência com as pessoas em geral	1,54	1	1,92

A tabela 36 apresenta a distribuição dos respondentes em função dos valores medianos obtidos em cada fator que compõe a EADRT.

Os resultados evidenciam que para 35% dos trabalhadores os possíveis danos físicos relacionados ao trabalho são suportáveis, ou seja, ocorrem com pouca frequência. O mesmo ocorre para 58% dos trabalhadores em relação aos danos psicológicos e para 75% dos mesmos em relação aos danos sociais.

Tabela 36 - Distribuição relativa do total de respondentes conforme os fatores da EADRT e as classes de interpretação da mesma, 2010

Valor mediano	Danos físicos	Danos Psicológicos	Danos sociais
>= 4,1	15%	11%	3%
>=3,1 e <=4	16%	9%	4%
>=2 e <=3	28%	15%	10%
<=1,9	35%	58%	75%
Não responderam	6%	7%	8%

5.6 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil socioprofissional, verificou-se que a ESF no DF é composta majoritariamente por profissionais do sexo feminino (77%). A maioria dos trabalhadores tem idade entre 18 e 39 anos (76%), período considerado de grande produtividade geral no trabalho e no qual a incidência de distúrbios de saúde relacionados é maior (48).

Os trabalhadores da ESF no DF, em sua maioria (70%), iniciaram suas atividades profissionais no SUS na própria APS. Constatou-se que apenas 28% já desenvolveram atividades profissionais em outros tipos de serviços de saúde. Isto significa que a quantidade de profissionais com experiência em outras áreas é relativamente pequena, o que pode dificultar a compreensão do papel da ESF no sistema do DF, suas relações com os outros serviços de saúde, níveis de atenção entre outros aspectos relativos ao funcionamento do

sistema de saúde local. Por outro lado, são trabalhadores que, geralmente, estão interessados em adquirir novos conhecimentos. Portanto, é importante uma política de educação permanente, principalmente considerando-se o importante papel do trabalho na formação do profissional e do sujeito (55, 59).

Um dos princípios do SUS é a participação social enquanto mecanismo para formulação e implementação das diversas políticas de saúde. Essa participação inclui seus próprios trabalhadores, que podem reivindicar ações para a melhoria das suas capacidades, por meio de instrumentos institucionalizados que viabilizem o diálogo entre a organização e seus componentes.

Uma das formas encontradas pelo SUS para possibilitar uma melhor contextualização da ESF dentro do próprio sistema nacional de saúde são os cursos de introdução em “saúde da família”. No DF, verificou-se que 73% dos trabalhadores realizaram o curso, tendo contato com um conjunto específico de informações e conhecimentos que os instrumentalizam para lidar com a complexidade do trabalho na APS.

Apesar do investimento no treinamento introdutório, esta pesquisa revelou que 55% dos trabalhadores desconhecem a existência de mecanismos institucionais de escuta. Além disso, para quase 30% dos que afirmam existir mecanismo de escuta para as demandas dos trabalhadores, este é avaliado como não sendo efetivo para resolver as questões que surgem neste espaço de participação.

Em relação ao tipo de vínculo trabalhista, verificou-se que 92% dos trabalhadores da ESF têm vínculos formais com a administração pública, sendo contratados mediante concurso público. Esses contratos são regidos ou pela CLT, para 57% dos trabalhadores, ou pelo estatuto do servidor público, para 35%.

Durante a década de 1990 a ESF, então PACS/PSF, tinha sua operacionalização viabilizada por meio do estabelecimento de vínculos de trabalho precários, estabelecidos entre o Estado e os trabalhadores. Nos anos 2000, o Estado brasileiro e o SUS trilham o caminho da desprecarização das relações trabalhistas (6, 7, 18).

O vínculo formal de trabalho, não precário, é um elemento de estabilização da relação trabalhador-organização, portanto, pode-se considerar que, no DF, os trabalhadores conquistaram maiores garantias trabalhistas, o que contribui para a redução da incerteza e da insegurança para boa parte dos mesmos, em que pese a relação regida pela CLT não garantir estabilidade no emprego.

No que se refere à avaliação do **contexto de trabalho**, com relação ao aspecto **modo de organização do trabalho** na ESF-DF, chama atenção a constatação de que as tarefas

foram consideradas repetitivas pela maioria dos trabalhadores. Isto pode indicar que o trabalho na ESF está reduzido ao cumprimento rigoroso do que está prescrito nas regras sobre o processo de trabalho na ESF.

Uma das possíveis explicações para o fato pode ser que, como servidores públicos, somente podem agir quando a lei assim determinar (princípio da legalidade). Não obstante, o seguimento rigoroso das prescrições de trabalho pode ocorrer também em decorrência de mecanismo de defesa, no enfrentamento de possíveis vivências de sentimentos de impotência, mediante problemas que não são possíveis de solução por parte do trabalhador, individual ou coletivamente (17,44,50.52).

Os trabalhadores avaliam como questões críticas o ritmo de trabalho, a pressão - em termos de prazos para a realização do trabalho - a cobrança por resultados e a falta de pessoal para a realização das tarefas. No que concerne ao desempenho cotidiano do processo de trabalho, foram avaliados como críticos a rigidez das normas para a execução das tarefas, a divisão de trabalho entre planejadores e executores, a ocorrência de descontinuidade na execução das tarefas, a fiscalização de desempenho no trabalho e resultados desejados não condizentes com a realidade.

Esse conjunto de resultados indica a possibilidade de que o processo de trabalho na ESF-DF dê-se nos marcos do modelo difundido por Taylor e que se baseia, exatamente, na repetição, na divisão entre formuladores e executores, estabelecimento de metas de produtividade, dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, dentre outras características.

Shwartz afirma que

Esta é a filosofia da organização científica do trabalho, o taylorismo. Uma tal ambição de previsibilidade exaustiva concernente ao trabalho humano anula, logicamente, o desdobramento de toda produção de saber no próprio curso desta atividade: a atividade não encontra nada que a obriga a pensar e se pensar, não existe problema a tratar, posto que o trabalho é apenas uma seqüência de soluções já pensadas por outros. Lembremos Taylor dizendo a seus operários : “não lhes pedimos para pensar” (Schwartz, 2003, p.2)

Clot, Dejourn e Schwartz (17,44,45,50,51,52,53,55,56,59) indicam que o trabalho taylorizado inviabiliza os espaços de diálogo, de discussão entre os trabalhadores, a troca de informações e conhecimentos que permitam resolver problemas e ressignificar as normas estabelecidas, as prescrições (18).

A operacionalização cotidiana de modelos que substituam eficientemente o taylorismo é um desafio a ser enfrentado por trabalhadores, gestores e pesquisadores (38).

Uma estratégia de enfrentamento é a criação e fortalecimento de mecanismos de co-gestão do trabalho. No caso da ESF-DF, esta pesquisa demonstrou que a maioria dos trabalhadores desconhece tais dispositivos.

Tais mecanismos são muito importantes pois,

Se concordarmos que nenhuma atividade de trabalho – mesmo nas situações tayloristas, como já vimos – pode ser uma mera execução, isto é, uma mera reprodução de seqüências de atividade ou de gestos, ou de operações previstas por outros e antecipadas, isso significa que toda atividade é sempre uma ressingularização, ou uma renormatização parcial em torno de si. (Schwartz, 2007, p.146)

Nesse contexto de trabalho, segundo os trabalhadores, felizmente, o espaço para o descanso ao longo do dia de trabalho existe e é considerado satisfatório. Esse tempo para descanso durante o período formal de trabalho é indicativo de que há um espaço para recomposição das energias despendidas ao longo do dia.

Cabe à gestão estimular e propiciar espaços de reflexão acerca do processo que demonstra causar intensos desgastes nos trabalhadores. Esses espaços podem passar pela organização própria do trabalho, pelas ações reais que foram efetuadas para a solução de um novo problema, ou mesmo pela reflexão subjetiva do sujeito sobre o uso que faz de si mesmo no contexto do trabalho efetivado até então (55,59).

Nesse sentido, Dejours (17,44, 46) e Schwartz (53,55) apontam que a forma concreta de organização do trabalho influencia o estado de saúde do trabalhador, ao propiciar ou dificultar os mecanismos de reelaboração das normas e, conseqüentemente, do sofrimento vivenciado pelos trabalhadores.

No que concerne às condições de trabalho na ESF-DF, constatou-se que ocorre a insuficiência de materiais de consumo, a inadequação do espaço físico (em alguns lugares, residências alugadas de terceiros, em outros, Unidades Básicas de Saúde), precariedade e insuficiência dos equipamentos. Tal situação pode aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população em relação aos serviços prestados. Além disso, pode ser uma fonte de desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam com zelo no cuidado das famílias(46).

Diversos autores afirmam que, apesar do incremento orçamentário e financeiro em relação ao financiamento da APS, este permanece inadequado, havendo problemas relacionados ao montante ou à alocação dos recursos (9, 10, 13, 24, 25, 31). Tal inadequação talvez explique parte dos resultados obtidos.

As relações socioprofissionais nas equipes da ESF apresentam-se como a situação mais grave. Há dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados, falta integração no ambiente de trabalho, a comunicação entre os funcionários é frequentemente insatisfatória, bem como falta apoio das chefias para o desenvolvimento profissional.

Tais problemas incidem negativamente no processo de trabalho em equipe, que é idealizado para o trabalho na ESF. As comunicações no mesmo nível hierárquico, horizontais, também são realizadas com dificuldades, o que dificulta a integração e a cooperação entre indivíduos e equipes, seja no compartilhamento de recursos e competências, seja na identificação de problemas e elaboração de soluções (48, 61).

Estudo realizado por Kell e Shimizu (42) mostra que o trabalho em equipe é afetado porque a comunicação nas equipes da ESF centra-se nas relações pessoais, não nas profissionais, fenômeno que pode ser o mesmo identificado por esta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa convergem com os problemas relativos à ESF identificados por Santos-Filho ao longo do território brasileiro:

- Fragmentação do processo de trabalho;
- Perfis profissionais avaliados como inadequados para o trabalho em equipe;
- Atuações muitas vezes baseadas no voluntarismo (boa vontade), não na racionalidade;
- Sensação de solidão no trabalho, com ausência ou insuficiência de momentos de ‘parada’ para encontros e discussões em geral;
- Falta frequente de insumos, o que provoca descontinuidade de serviços ou tratamentos;
- Área física inadequada (Santos-Filho, 2009, pp. 253-256).

Assim, é possível inferir que há problemas na gestão do processo de trabalho da ESF-DF, apresentando características de gestão centralizadora, exclusão dos implementadores do processo decisório, falta de equidade na distribuição das tarefas, baixo grau de autonomia e dificuldades no acesso às informações relevantes ao trabalho (4, 18).

Essa dinâmica de gestão influencia negativamente o engajamento dos agentes, desestimulando seu envolvimento para além do cumprimento do que é formalmente esperado. Também dificulta a co-gestão do trabalho por parte do trabalhador, elemento fundamental no processo de renormatização da atividade, de criação de valor e sentido para o trabalho (50,51,52,53,55).

Nesse contexto, o compartilhamento de soluções que surgem na prática quotidiana vê-se prejudicado, o que compromete o processo coletivo e individual de reelaboração das normas, das regras. Isso pode prejudicar a saúde do trabalhador, bem como a qualidade e efetividade do serviço prestado à população.

Em relação à avaliação do **contexto de trabalho**, o fator condições de trabalho é aquele mais mal avaliado: 87% dos trabalhadores da ESF-DF consideram que a situação das mesmas é ou **grave ou crítica**, tendente à piora caso os problemas persistam. Para 81% dos profissionais, a **Organização do Trabalho** na ESF-DF também é **ou grave ou crítica**, sendo a repetição das tarefas o item mais mal avaliado.

Tal contexto pode facilitar a ocorrência de sobrecarga de trabalho, estresse, ou mesmo o que Dejours identifica como operação padrão: a atuação do profissional exclusivamente conforme as regras (45,46), mecanismo de defesa utilizado pelos trabalhadores ao perceberem que as prescrições, se seguidas com rigor, reduzem seu desgaste.

Dadas as condições de trabalho, os trabalhadores da ESF-DF tendem a lançar mão de estratégias e de mecanismos de defesa que lhes possibilitem lidar com a inadequação dos meios, dos problemas com a gestão e de comunicação no processo de trabalho. Esses processos têm diferentes custos para os indivíduos e para o coletivo, conforme exposto a seguir.

Em relação aos custos humanos no trabalho, constatou-se que o **custo físico é bastante significativo**, sobretudo por serem as práticas de saúde da ESF realizadas fora de edificações, extramuros. Caminhar e usar repetidamente mãos e pernas representa elevado custo físico. Caminhar com muita frequência é atividade realizada preponderantemente pelos ACS nas visitas regulares aos domicílios sob sua responsabilidade.

Ressalta-se que, dada a forte inserção da ESF-DF em áreas rurais, as atividades laborais podem ser avaliadas como tendo custo mais elevado do que se realizadas em áreas urbanizadas, com transporte público relativamente bem estruturado e oferta adequada de outros serviços públicos, como segurança pública, por exemplo.

No que se refere ao uso repetitivo das mãos, o que se apresenta como um custo físico elevado, este pode estar relacionado com a realização de atividades de forma repetida, inadequação ou insuficiência de equipamentos, entre outros.

Observou-se que o **custo cognitivo foi avaliado como elevado**, pois o processo de trabalho requer esforços para a superação de dificuldades que exigem o desenvolvimento de macetes, a previsão dos acontecimentos futuros, esforço intelectual para resolução de

problemas . Esses dados sugerem que se trata de uma atividade que exige habilidades e competências complexas para a resolução dos problemas de distintas naturezas.

O custo cognitivo advém também do uso constante da memória e da criatividade. Considerando-se o processo de trabalho na APS em geral, que envolve atuar no ambiente onde o cidadão reside, com pouco controle por parte dos profissionais, sujeitos aos incidentes que porventura possam ocorrer, é razoável supor que este contexto exige do profissional competências relacionadas com adaptação à realidade, à antecipação e resolução de problemas.

Note-se a avaliação do custo afetivo, considerado como elevado em relação a ser obrigado a lidar com a agressividade alheia, disfarçar os sentimentos, aparentar ter bom humor e ter controle emocional, que estão relacionadas com a tipicidade do trabalho, ou seja, a necessidade de cuidar de outros seres humanos, comumente em situações de fragilidades. Tudo isso num contexto de escassez de recursos em que o próprio trabalhador, por vezes, vê-se fragilizado.

Reitera-se que esse contexto de trabalho, possivelmente, é marcado pela incerteza, pela ambiguidade, o que exige dos profissionais soluções não usuais, não prescritas ou mesmo desconhecidas. Caso os trabalhadores tenham mecanismos de reelaboração individual e coletiva que permitam a ressignificação das incertezas e ambigüidades, reduzindo-as conforme as possibilidades, estes custos poderiam ser reduzidos. Nesse sentido, a existência de mecanismos institucionalizados de escuta poderia potencializar as estratégias usadas pelos trabalhadores, viabilizando o processo de renormatização (17,44,45,50,51,52,53,55,56,59).

Para a maioria dos trabalhadores (71%), o custo físico é tido como crítico, ou seja, caso não haja mudanças, a situação tende a se agravar. Em relação ao custo cognitivo, para 96% dos trabalhadores este representa uma situação grave (60%) ou crítica (36%); este cenário sugere a necessidade de formulação de estratégias e políticas de gestão que minimizem o problema, fortalecendo as competências dos trabalhadores. O custo afetivo é avaliado como crítico por 63% dos trabalhadores e como grave por 25% destes.

O trabalho em equipe, diferentemente do trabalho individual, tende a ter um custo mais elevado (48). Segundo Robbins, “o trabalho em costuma tomar mais tempo e consumir mais recursos do que o trabalho individual. As equipes têm, por exemplo, maiores demandas de comunicação, mais conflitos para serem administrados e mais reuniões para serem conduzidas” (Robbins, 2008, p. 225).

Este cenário torna-se mais complexo se considerarmos o processo de trabalho na ESF um tipo de trabalho polivalente, pois este tipo de trabalho aumenta a incerteza dos profissionais, aumentando seus custos cognitivos e afetivos, conforme indica Dejours (45).

Num contexto de processo de trabalho taylorizado, com a insuficiência, se não inexistência, de dispositivos institucionais de diálogo entre trabalhadores e gestão, com escassez de recursos, diante de um trabalho complexo, realizado extramuros, envolvendo elevado custo físico, cognitivo e afetivo, urge a necessidade de se repensar o processo de trabalho na ESF-DF, com o intuito de se reorganizar a gestão do trabalho.

A despeito do desgaste provocado pelo trabalho, a avaliação das **vivências de prazer e sofrimento** pelos trabalhadores da ESF demonstra que o trabalho tem-lhes possibilitado vivenciar prazer intenso, o que contribui para a consolidação dos sentimentos de realização profissional, identificação com a tarefa que realizam, satisfação, motivação, orgulho, entre outras vivências afetivas positivas relacionadas ao trabalho (62).

Em estudo realizado com auxiliares de enfermagem da ESF no DF, Shimizu et all (63) indicam que a aceitação dos profissionais e de suas atividades na comunidade na qual estão inseridos faz com que sintam-se “úteis e orgulhosos do seu desempenho. Outro fator que os motiva é a retroalimentação que recebem constantemente das famílias atendidas, sobretudo as expressões de agradecimento” (Shimizu, 2004, p. 717).

Em outro estudo, Shimizu e Ciampone (64), evidenciam que sentimentos de orgulho por seu trabalho, de potência por resolver problemas alheios, de cumplicidade e solidariedade entre os colegas de trabalho em momentos de crise são fontes de prazer.

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram que os profissionais não vivenciam discriminação e que não há desqualificação do trabalho realizado. Além disso, há liberdade de diálogo entre os colegas e as chefias e sensação de orgulho (valorização social e subjetiva) pelo trabalho realizado. Vivências que convergem para a produção de prazer no trabalho (18), resultados similares aos encontrados por Shimizu et all (63,64).

Segundo Mendes “O reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento revertido para realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo” (Mendes, 2007, pp. 43-44).

Neste contexto, os profissionais da ESF no DF vivenciam sentimentos ambíguos em relação ao reconhecimento de suas atividades: são reconhecidos pela comunidade e não o são por parte da gestão. A persistência de tal ambiguidade pode produzir desgaste afetivo e

profissional, potencializando os problemas existentes relacionados com a comunicação e alocação de recursos (65).

Campos (38) diz que um modelo de gestão que consiga lidar com os conflitos existentes entre as necessidades individuais e sociais, assegurando a participação dos trabalhadores, gestores e usuários, produziria equipes que se caracterizariam por um “amor explícito ao trabalho executado, sentimento, hoje em dia, raro no setor público e mesmo no privado. Orgulho profissional, compromisso e dedicação ao paciente e às reformas que elas vêm inventando” (Campos, 1998, p.870). Modelo este que seria fonte intrínseca de prazer.

No entanto, o prazer produzido pelo trabalho na ESF-DF parece ter como fonte a sublimação. Dejours aponta que a sublimação, conceito de origem psicanalítica, é um mecanismo de defesa eficaz, relacionado com a realização de atividades socialmente valorizadas. Neste contexto pode ser compreendido o prazer produzido pelo trabalho na atenção à saúde, no cuidado do outro (17, 62).

A existência de mecanismos de diálogo entre os trabalhadores, de momentos satisfatórios de pausa no trabalho, dentre outros aspectos já apontados nesta pesquisa, cria possibilidades de ressignificação dos aspectos negativos do trabalho na ESF-DF, tanto individual, quanto coletivamente.

Apesar do trabalho em saúde trazer à consciência, de forma constante e intensa, nossa mortalidade e fragilidades diversas, em função do contato com a morte, doenças, mutilações, estar inserido em ambientes por vezes perigosos, também traz à tona uma sensação de potência, ao ter papel ativo na recuperação da saúde de outrem (18). Essa potência, esse poder agir (50,51,52) em relação a situações adversas e ver os resultados de suas ações no corpo do outro talvez ajude-nos a compreender as vivências de satisfação, de bem-estar e de orgulho registradas nos resultados desta pesquisa.

Os resultados demonstram que há solidariedade entre os trabalhadores, que há confiança mútua e cooperação, além de liberdade para expressarem-se em relação ao trabalho. Esses aspectos são fundamentais para que os problemas encontrados na realidade da execução do trabalho, nas atividades concretas, sejam objeto de ação coletiva, contribuindo ativamente para a reelaboração e renormatização (17,44,45,47,50,51,52,53,55,56,59), que corroborem para a produção de prazer no trabalho.

No entanto, se comparadas com os resultados encontrados anteriormente, relativos à inadequação das condições de trabalho e aos elevados custos humanos no trabalho, estes resultados parecem indicar que os problemas relativos à comunicação e à integração são predominantemente de natureza político-organizacional, ou seja, oriundos do nível de gestão

mais macro, dos níveis hierárquicos superiores da gestão, pois em nível micro, nas unidades, os vínculos de solidariedade, de comunicação, de suporte afetivo e cognitivo, existem, mas possivelmente são de tipo pessoal, informal (42).

Estes resultados demonstram a possibilidade da ocorrência, em nível micro, no cotidiano das unidades, aquilo que Schwartz (57) denomina como sendo Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), pois os trabalhadores apontam para a existência de uma organização informal que possibilita não somente a troca de conhecimentos e experiências por meio de canais fora da racionalidade administrativa, mas também o diálogo dos trabalhadores no cotidiano de seu trabalho, potencializando a cooperação entre eles. Certamente a existência das ECRP contribui para coordenação das atividades quotidianas.

Apesar da existência de vivências de prazer intenso no trabalho, estas não eliminam a ocorrência de fatores que contribuem para a ocorrência de sofrimento, advindo da sensação de estresse, de frustração, de insatisfação, entre outros registrados neste estudo. Robbins (48) afirma que os processos que envolvem o estresse são vivenciados de forma cumulativa pelos indivíduos, não de forma sequencial. Se os fatores estressantes são constantes ou muito frequentes, o estresse intensifica-se.

Jardim e Lancman (15) demonstram que o fato de os agentes comunitários de saúde residirem no mesmo local em que trabalham, critério utilizado para fortalecer o vínculo destes profissionais com sua clientela, faz com que o tempo de “não trabalho” contamine-se pelas demandas profissionais, o que aumenta o estresse, o cansaço, dentre outros fenômenos.

É possível observar que 60% dos trabalhadores sentem-se realizados profissionalmente e que 76% vivenciam liberdade de expressão no trabalho. Não obstante, 39% sentem-se esgotados profissionalmente e 21% afirmam haver momentos de não reconhecimento profissional.

Estes resultados são importantes, pois indicam a necessidade de ação por parte da gestão e do coletivo de trabalhadores, além de suscitarem duas questões importantes: se os resultados da dimensão prazer fossem piores, o que ocorreria na dimensão sofrimento? Quais danos à saúde individual poderiam surgir?

Em relação à EADRT é importante relatar que esta, talvez por ter sido a última a ser preenchida, foi a que teve a maior quantidade de respostas deixadas em branco, portanto, os resultados podem não ser representativos em relação à amostra.

Os resultados obtidos acerca da avaliação dos possíveis danos provocados pelo trabalho na ESF-DF demonstraram que os **danos físicos** foram considerados os mais

fortemente presentes, atingindo 33% dos entrevistados, especialmente as dores nas pernas, costas, corpo e cabeça.

Infere-se que essas dores podem ser decorrentes da tipicidade do trabalho na APS, que se realiza extramuro. Dos profissionais da ESF, os ACS são os que andam diariamente longas distâncias a despeito das mudanças climáticas, das condições de urbanização e salubridade dos territórios sob sua responsabilidade.

A frequência com que ocorrem dores nos braços e distúrbios de sono atribuídos ao trabalho é avaliada como crítica, limítrofe. Os demais danos físicos, relacionados a distúrbios auditivo, visual, digestivo e circulatório, foram avaliados satisfatoriamente, resultado que diverge de pesquisas como a realizada por Tomasi e outros (66) na ESF das regiões Nordeste e Sul, que evidenciou que os problemas mais prevalentes encontrados foram os “cardio-circulatórios, osteomusculares e do tecido conjuntivo” (Tomasi, 2008, p. 9).

No que tange aos **danos psicológicos**, constatou-se que, exceto sentimentos de mau humor e tristeza foram avaliados como presentes em grau crítico, os demais sentimentos negativos como solidão, sensação de vazio, irritação com tudo, dúvida sobre a capacidade de fazer a tarefa, entre outros, foram avaliados como quase inexistentes. Esses resultados demonstram que, destarte o sentimento de tristeza que pode estar relacionado às precárias condições de vida da população atendida, o trabalho não provoca distúrbios psicológicos graves para a maioria dos trabalhadores (73%).

No entanto, para 20% dos trabalhadores, o risco de ocorrência de distúrbios psicológicos graves relacionados ao trabalho é elevado, o que exige medidas concretas por parte da SES/DF.

Em relação a possíveis **danos sociais**, os dados demonstram que os trabalhadores não atribuem a seu trabalho efeitos significativamente negativos sobre suas relações sociais. Em outros termos, o trabalho na ESF-DF não incide negativamente sobre as relações sociais da maioria de seus trabalhadores (75%).

Os resultados obtidos divergem de outras pesquisas com temática similar. Trindade e Lautert (67), em pesquisa realizada em Santa Maria, RS, identificaram a ocorrência de Síndrome de Burnout em 6,97% dos trabalhadores da ESF daquela localidade. Outra pesquisa realizada por Telles e Pimenta (68) revela indícios ocorrência dessa síndrome nos agentes comunitários de saúde de Uberaba, MG.

A pesquisa demonstrou que 33% dos trabalhadores atribuem ao trabalho algum tipo de dano físico, 20% o fazem em relação a danos psicológicos e 7% em relação aos danos sociais. Estes resultados indicam que, apesar da maioria dos trabalhadores da ESF-DF não atribuir ao

trabalho nenhum dano grave a sua saúde, há um grupo significativo de pessoas que o faz, o que aponta a necessidade de ação por parte da SES/DF no sentido de melhor diagnosticar a situação para atuar de forma adequada.

Ressalta-se que o ITRA não é o instrumento adequado para a realização de diagnósticos relacionados a doenças profissionais, restringindo-se à sinalização da possibilidade de ocorrência destas mediante alguns marcadores.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa, por meio da aplicação do ITRA, permitiu conhecer a percepção dos trabalhadores da ESF-DF acerca do o processo de trabalho e suas repercussões no processo saúde-doença, em termos de condições de trabalho, custo humano do trabalho, vivências de prazer-sofrimento e danos relacionados ao trabalho.

Uma das limitações do estudo é o não aprofundamento da compreensão da dimensão subjetiva e intersubjetiva envolvidos na avaliação da relação entre processo de trabalho e processo saúde-doença. Uma segunda limitação é a possibilidade de viés de prevalência, própria do estudo de tipo transversal.

Outra limitação refere-se à escolha dos indivíduos que compuseram a amostra: por não ter-se utilizado técnicas de seleção aleatórias, não é possível fazer generalizações em relação aos resultados obtidos.

Em termos de **condições de trabalho**, evidencia-se um modo de gestão do processo de trabalho taylorizado, caracterizado pela divisão de trabalho entre formuladores e executores, pela repetição das tarefas, pela fiscalização de desempenho, pela fragilidade da comunicação formal entre os diferentes níveis hierárquicos. A esse contexto soma-se a inadequação e a insuficiência dos recursos necessários para a realização do trabalho cotidiano. Não obstante, esses fatores têm dificultado imensamente o processo de renormatização do processo de trabalho pelos trabalhadores, por meio da confrontação das normas preexistentes e a realidade objetiva e subjetiva.

Os reflexos desse precário contexto de trabalho podem ser verificados nos **custos humanos no trabalho** percebidos pelos trabalhadores, que vão desde os físicos, cognitivos até os afetivos, relacionados a esforços realizados para o cuidar dos usuários no local onde residem. Ressalta-se que esses custos têm-se manifestado em forma de **danos**, especialmente de **danos físicos**, causando presença de dores nas pernas, braços e cabeça.

É mister destacar que a mudança de *locus* de trabalho dos estabelecimentos de saúde, para o domicílio/comunidade trouxe mudanças no modo de realização do processo de trabalho na APS, que tem imprimido maiores custos aos trabalhadores, sobretudo custos cognitivos, devido à necessidade de enfrentar as incertezas características do cuidar das pessoas onde elas vivem. São acrescidos aqueles que, comumentemente, causam custos emocionais intensos, pela necessidade de ter de lidar com a precariedade das condições sócio-econômicas das famílias atendidas, mediante situações em que pouco ou nada pode se fazer.

Destarte as dificuldades relacionadas ao processo de trabalho na ESF-DF, no que se relaciona às **vivências de prazer-sofrimento**, apesar da manifestação de sofrimento que é sentido pelos trabalhadores na forma de estresse, frustração e insegurança, esta pesquisa evidenciou que o trabalho é muito prazeroso para seus trabalhadores. Esse sentimento usualmente proporcionado pela atividade do cuidar, que confere um significado singular ao trabalhador, ajuda na construção positiva de suas identidades individual e coletiva. Ademais, observa-se que a equipe percebe que existe, em nível micro, ou seja, no interior das equipes, espaço para liberdade de expressão: de idéias, para o uso da criatividade individual, liberdade e para falar sobre o trabalho com os colegas e com as chefias. As condições para realização do trabalho em equipe também demonstraram ser satisfatórias, há confiança, solidariedade e cooperação entre os colegas.

Em síntese, apreende-se que o modo de organização do processo de trabalho na ESF proporciona riscos para a saúde dos trabalhadores, que deve ser modificado, de forma a permitir espaços para renormatização da atividade. Para tanto, há que se pensar em adoção de modelos de gestão mais democráticos, que permitam aos trabalhadores o uso de si, passando pelo uso de si pelos outros, tendo como perspectiva a construção do que se denomina de Entidades Coletivas Relativamente Pertinente, com capacidade para criar, sobretudo provocar mudanças que convoquem não apenas os trabalhadores, mas também os gestores para o processo de renormatização dos processos de trabalho.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa indicam que os gestores da APS do DF, devem construir suas agendas a partir de dois grandes e importantes desafios:

1. Prover os recursos necessários e adequados para a realização do trabalho na ESF-DF.
2. Estruturar, consolidar e fortalecer dispositivos de co-gestão, condição necessária para a superação do processo de trabalho taylorizado que marca a ESF no DF.

Para a estruturação dessa agenda, os gestores distritais devem contar com a participação dos trabalhadores da ESF, que construíram ao longo desses anos relações de solidariedade, de confiança, além de mecanismos efetivos de comunicação, cooperação e coordenação, que são insumos fundamentais para o aumento da efetividade dos serviços prestados para a população e para o fortalecimento de um sistema de saúde baseado na APS.

7 REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. A modelagem das redes de Atenção à Saúde [monografia na internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007 Jul [cited 2010 Jul 05]. Available from: http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
3. Organização Pan Americana de Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2008 [cited 2010 Jul 05]. Available from: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>
4. Lima NT, organizador. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2010 Jul 5]. 60 p. (Série A. Normas e manuais técnicos); (Série pactos pela saúde 2006; v. 4). Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>
6. Hildebrand SM. O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006 [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2008.
7. Göttems LBD. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009) [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Pós-Graduação em Administração; 2010.
8. World Organization of Health. Models and tools for health workforce planning and projections [internet]. Geneva (SW): WHO, 2010 [cited 2010 Aug 20]. (Human resources for health observer; 3). Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599016_eng.pdf.
9. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde (Brasil). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2004. 184 p. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 8).
10. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Cien Saude Colet. 2009;14(Supl.1):1325-35. doi: 10.1590/S1413-81232009000800002
11. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de

- saúde da família. *Cien Saude Colet.* 2009;14(Supl.1):1463-72. doi: 10.1590/S1413-81232009000800019.
12. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet.* 2007;12(2):455-464. doi: 10.1590/S1413-81232007000200022
 13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):669-681. doi: 10.1590/S1413-81232006000300015
 14. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica.* 2009;43(4):682-688. doi: 10.1590/S0034-89102009005000036
 15. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu).* 2009;13(28):123-135. doi: 10.1590/S1414-3283200900010001
 16. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis (Rio J.).* 2007;17(1):77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006
 17. Dejours C. Conferências brasileiras. São Paulo: Fundap; 1999.
 18. Santos-Filho SB, Barros, MEB, organizadores. Trabalhador da saúde. Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí (RS): Unijuí; 2009.
 19. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Cien Saude Colet.* 2007;12(Supl):1865-1874. doi: 10.1590/S1413-81232007000700009
 20. Declaração de Alma-Ata [Internet]. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, URSS. Available from: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
 21. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias.* 2006;8(16):20-45. doi: 10.1590/S1517-45222006000200003
 22. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
 23. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet.* 2002;7(3):401-412. doi: 10.1590/S1413-81232002000300002.
 24. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2007;7(4):495-502. doi: 10.1590/S1519-38292007000400018
 25. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica.* 2010;26(4):693-705. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400012.

26. Ministério da Saúde (Brasil). Sala de Situação em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [date unknown] - [updated weekly cited 2011 Feb 1]. Atualizado semanalmente Available from: <http://189.28.128.178/sage/>
27. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília; 1988 [cited 2011 Feb 1]. Legislação Federal. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
28. Secretaria de Desenvolvimento Urbano, Habitação e Meio Ambiente (Distrito Federal), Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Distrito Federal). Distrito Federal 10 anos: aspectos demográficos da população, trabalho e rendimento, domicílios e posse de bens [Internet]. Brasília: Codeplan; 2010 [cited 2010 Jun 18]. 42 p. Available from: <http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000446.pdf>
29. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet*. 2003;8(2):331-345. doi: 10.1590/S1413-81232003000200002.
30. Silveira ML, Santos M. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2003.
31. Duarte AJMA, Silva AMA, Luz EM, Gerardo JC. Transferências fiscais intergovernamentais no Brasil: uma avaliação das transferências federais, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA; 2009. (Texto para discussão; nº 1451). Available from: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1451.pdf
32. Padilha A. Discurso de posse como Ministro da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2011 Feb 1]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054
33. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Publica*. 2008;42(2):347-368. doi: 10.1590/S0034-76122008000200007
34. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):921-929. doi: 10.1590/S0034-89102008000500019
35. Merlo ARC, Lapis NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicol Soc*. 2007;19(1):61-68. doi: 10.1590/S0102-71822007000100009
36. Moraes Neto, BR. Processo de trabalho e eficiência produtiva: Smith, Marx, Taylor e Lênin. *Estud Econ*. 2009;9(3):651-671. doi: 10.1590/S0101-41612009000300008
37. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2006;15(3):508-514. doi: 10.1590/S0104-07072006000300017

38. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica*. 1998;14(4):863-870. doi: 10.1590/S0102-311X1998000400029
39. Di Pietro, MSZ. *Direito administrativo*. 22. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
40. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
41. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008.
42. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl.1):1533-1541. doi: 10.1590/S1413-81232010000700065
43. Bornstein VJ. *O agente comunitário de saúde na mediação de saberes [tese]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
44. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*. 2004;14(3):27-34. doi: 10.1590/S0103-65132004000300004
45. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez; 2003.
46. Dejours C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
47. Mendes AM. *Psicodinâmica do trabalho: teoria método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
48. Robbins SP. *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice Hall Brasil; 2008.
49. North D. Una teoría de la política basada en los costos de transacción. In: Tommasi M, Saiegh S, editores. *La nueva economía política: racionalidad e instituciones*. Buenos Aires: Eudeba; 1998.
50. Soares DHP, Coutinho MC, Nardi HC, Sato L, entrevistadores. Entrevista: Yves Clot. *Cad Psicol Soc Trab*. 2006;9(2):99-107.
51. Clot Y. *A função psicológica do trabalho*. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
52. Machado C, Santos PHF, Bento R, Nogueira ML, Dorigo N, entrevistadores. Entrevista: Yves Clot. *Mosaico, Estud Psicol*. 2008;2(1):65-70.
53. Durrive L, Schwartz Y. Glossário da ergologia. *Laboreal [serial on the Internet]*. 2008 [cited 2011 Jan 20];4(1):23-28. Available from: <http://laboreal.up.pt/media/artigos/166/23-28pt.pdf>
54. Schwartz Y. O dicionário, verbete “atividade”. *Laboreal [serial on the Internet]*. 2005 [cited 2001 Jan 20];1(1):63-64. Available from: <http://laboreal.up.pt/media/artigos/166/23-28pt.pdf>

55. Gomes L, Abrahão AL, Vieira M, entrevistadores. Entrevista: Yves Schwartz. *Trab Educ Saúde*. 2006;4(2):457-466.
56. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):721-725. doi: 10.1590/S0034-89102009000400020
57. Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói (RJ): EdUFF; 2007.
58. Medronho RA, Bloch KV, Werneck GL. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
59. Schwartz Y. A experiência é formadora? *Educ Real*. 2010;35(1):35-48.
60. Schwartz Y. Trabalho e saber. *Trab Educ*. 2003;12(1):21-34.
61. Levy E, Drago PA, organizadores. *Gestão pública no Brasil contemporâneo*. São Paulo: FUNDAP; 2005.
62. Merlo RC. Psicodinâmica do trabalho. In: Jacques MG, Codo W, organizadores. *Saúde mental & trabalho. Leituras*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p. 130-142.
63. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(5):713-720. doi: 10.1590/S0104-11692004000500003
64. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(4):623-630. doi: 10.1590/S0104-11692004000400007
65. Hildebrand SM, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):319-324. doi: 10.1590/S0034-71672008000300007
66. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al . Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Supl 1):193-201. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300023
67. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):274-279. doi: 10.1590/S0080-62342010000200005
68. Telles H, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc*. 2009;18(3):467-478. doi: 10.1590/S0104-12902009000300011

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

01. Natural do DF ? Sim () Não ()
02. Se não, qual seu estado de origem ? _____ Há quanto anos reside no DF ? _____
03. Gênero: Feminino () Masculino ()
04. Idade no momento da pesquisa: _____
05. Raça/cor: Preta () Branca () Parda () Amarela () Indígena ()
06. ESCOLARIDADE: Nível médio completo () Nível superior completo () Pos graduação completa ()
07. Ensino médio na rede pública ? Sim () Não ()
08. Ensino superior na rede pública ? Sim Não ()
09. Renda média mensal bruta: _____
10. Se tem filhos, quantos ? _____
11. Tipo de vínculo com o GDF: Estatutário () Celetista () Outros ()
12. Se possui outra(s) atividade(s) profissional(is) remunerada(s), quantas ? _____
13. Há quanto tempo trabalha em serviços de saúde ? _____
14. Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica ? _____
15. Há quanto tempo trabalho no Saúde da Família ? _____

16. Atua como Agente Comunitário de Saúde ? Sim () Não ()

17. Em um mês de trabalho, em média, você usa _____ % de seu tempo visitando famílias; _____ % de seu tempo na Unidade de saúde; _____ % do tempo em atividades de qualificação profissional.

18. Em relação ao Saúde da Família, existe algum espaço ou mecanismo institucionalizado onde seja possível relatar as dificuldades encontradas, quer sejam objetivas ou subjetivas ?
Sim () Não ()

19. Caso o espaço citado na questão 18 exista, a organização cria condições de superar as dificuldades relatadas ? Sim () Não ()

20. Realizou curso introdutório ao PSF ? Sim () Não ()

21. Caso tenha realizado o curso, em sua opinião ele facilitou (instrumentalizou) sua adaptação ao processo de trabalho do Saúde da Família ? Sim () Não ()

ANEXO A - INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCOS DE ADOECIMENTO – ITRA

1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

	NUN- CA	RARA- MENTE	ÀS VE- ZES	FREQUEN TEMENTE	SEM- PRE
Ritmo de trabalho é excessivo					
Tarefas são cumpridas sob pressão de prazos					
Existe forte cobrança por resultados					
As normas para execução das tarefas são rígidas					
Existe fiscalização do desempenho					
O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas					
Os resultados esperados estão fora da realidade					
Existe divisão entre quem planeja e quem executa (são pessoas/órgãos diferentes)					
As tarefas são repetitivas					
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho					
As tarefas executadas sofrem descontinuidade					

CONDIÇÃO DE TRABALHO

	NUN CA	RARA MEN- TE	ÀS VE- ZES	FREQUEN TEMENTE	SEM- PRE
As condições de trabalho são precárias					
O ambiente físico é desconfortável					
Existe muito barulho no ambiente de trabalho					
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado					
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas					
O posto/estação de trabalho é					

inadequado para realização das tarefas					
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários					
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado					
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas					
O material de consumo é insuficiente					
As tarefas executadas sofrem descontinuidade					

RELAÇÕES SOCIOPROFISSIONAIS

	NUN- CA	RARA- MENTE	ÀS VE- ZES	FREQUEN TEMENTE	SEM- PRE
As tarefas não estão claramente definidas					
A autonomia é inexistente					
A distribuição das tarefas é injusta					
Os funcionários são excluídos das decisões					
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados					
Existem disputas profissionais no local de trabalho					
Falta integração no ambiente de trabalho					
A comunicação entre funcionários é insatisfatória					
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional					
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso					

2. ESCALA DE CUSTO HUMANO DO TRABALHO

CUSTO FÍSICO

	NUN- CA	RARA- MENTE	ÀS VE- ZES	FREQUEN TEMENTE	SEM- PRE
--	--------------------	------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------

			ZES		
Usar a força física					
Usar os braços de forma contínua					
Ficar em posição curvada					
Caminhar					
Ser obrigado a ficar em pé					
Ter que manusear objetos pesados					
Fazer esforço físico					
Usar as pernas de forma contínua					
Usar as mãos de forma repetida					
Subir e descer escadas					

CUSTO COGNITIVO

	NUN- CA	RARA- MENTE	ÀS VE- ZES	FREQUEN- TEMENTE	SEM- PRE
Desenvolver macetes					
Ter que resolver problemas					
Ser obrigado a lidar com imprevistos					
Fazer previsão de acontecimentos					
Usar a visão de forma contínua					
Usar a memória					
Ter desafios intelectual					
Fazer esforço mental					
Ter concentração mental					
Usar a criatividade					

CUSTO EMOCIONAL

	NUN- CA	RARA- MENTE	ÀS VE- ZES	FREQUE- NTEMEN- TE	SEM- PRE
Ter controle das emoções					
Ter que lidar com ordens contraditórias					
Ter custo emocional					
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros					
Disfarçar os sentimentos					
Ser obrigado a ter bom humor					
Ser obrigado a cuidar da aparência física					
Ser bonzinho com os outros					
Transgredir valores éticos					

Ser submetido a constrangimentos						
Ser obrigado a sorrir						

3. ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO

REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

	NENHUMA VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATR O VEZES	CINC O VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Satisfação com o trabalho							
Motivação							
Orgulho pelo que faço							
Bem-estar							
Realização profissional							
Valorização							
Reconhecimento							
Identificação com as minhas tarefas							
Gratificação pessoal com as minhas atividades							

LIBERDADE DE EXPRESSÃO

	NENHUM A VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATR O VEZES	CINC O VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa							
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas							
Solidariedade entre os colegas							
Confiança entre							

os colegas							
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho							
Liberdade para usar a minha criatividade							
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias							
Cooperação entre os colegas							

ESGOTAMENTO PROFISSIONAL

	NENHUMA VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATRO VEZES	CINCO VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Esgotamento emocional							
Estresse							
Insatisfação							
Sobrecarga							
Frustração							
Insegurança							
Medo							

FALTA DE RECONHECIMENTO

	NENHUMA VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATRO VEZES	CINCO VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Falta de reconhecimento do meu esforço							
Falta de reconhecimento do meu desempenho							
Desvalorização							
Indignação							

Inutilidade							
Desqualificação							
Injustiça							
Discriminação							

4. ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO

NÍVEL FÍSICO

	NENHUMA VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATR O VEZES	CINC O VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Dores no corpo							
Dores nos braços							
Dor de cabeça							
Distúrbios respiratórios							
Distúrbios digestivos							
Dores nas costas							
Distúrbios auditivos							
Alterações do apetite							
Distúrbios na visão							
Alterações do sono							
Dores nas pernas							
Distúrbios circulatórios							

NÍVEL PSICOLÓGICO

	NENHUM A VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATR O VEZES	CINC O VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Amargura							
Sensação de vazio							
Sentimento de							

desamparo							
Mau-humor							
Vontade de desistir de tudo							
tristeza							
Irritação com tudo							
Sensação de abandono							
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas							
Solidão							

NÍVEL SOCIAL

	NENHUM A VEZ	UMA VEZ	DUAS VEZES	TRÊS VEZES	QUATR O VEZES	CINC O VEZES	SEIS VEZES OU MAIS
Insensibilidade em relação aos colegas							
Dificuldades nas relações fora do trabalho							
Vontade de ficar sozinho							
Conflitos nas relações familiares							
Agressividade com os outros							
Dificuldade com os amigos							
Impaciência com as pessoas em geral							

ANEXO B - Documento de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa

	GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA		Projeto N° 494/09
	PARECER FINAL		
I – IDENTIFICAÇÃO			
Título:	“Análise da implementação do saúde da família do ponto de vista da psicodinâmica do trabalho”.		
Pesquisador responsável:	psicólogo		
Data de entrada no CEP:	04/12/2009		
II – PARECER DO CEP/SES-DF FRENTE ÀS RESOLUÇÕES 196/96 CNS/MS E COMPLEMENTARES			
Projeto aprovado.			
		Brasília, 20 de janeiro de 2010.	
			
		Dra Maria Rita Carvalho Garbi Novaes Coordenadora CEP/SES-DF	