



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ESTER KÖNIG DA SILVA

“ELES FICAM SEM ATENDIMENTO ADEQUADO E NÓS FRUSTRAMOS POR NÃO PODER FAZER MAIS”: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS DIFICULDADES NO TRABALHO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE MENTAL DESSES PROFISSIONAIS

Palhoça
2011

ESTER KÖNIG DA SILVA

“ELES FICAM SEM ATENDIMENTO ADEQUADO E NÓS FRUSTRAMOS POR NÃO PODER FAZER MAIS”: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS DIFICULDADES NO TRABALHO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE MENTAL DESSES PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof^a. Nádia Kienen, Dr^a.

Palhoça

2011

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este trabalho, que também é marco de finalização de minha formação, há de se agradecer a alguns que se fizeram importantes direta ou indiretamente neste percurso. Sem a presença, ou mesmo a falta de alguns, este trabalho não seria o mesmo.

Agradeço, inicialmente, a todos os professores que de alguma forma contribuíram para meu processo de conhecimento, para meu preparo profissional, sem o qual não seria possível chegar até o fim. Agradeço especialmente a minha orientadora, Nádia Kienen, pela dedicação conosco durante as orientações, pela paciência, pelas orientações e pelas importantes correções ortográficas (essa é a melhor parte). Tu és uma excelente profissional, e serás sempre muito admirada por mim!

Agradeço as professoras Ana Maria Pereira Lopes e Zuleica Pretto por serem as principais influenciadoras deste tema. Também as agradeço por disponibilizarem seu tempo para a leitura deste trabalho e avaliação do mesmo, tanto na qualificação do projeto quanto na defesa desta pesquisa. Sei que tempo disponível tem sido algo difícil para vocês. Muito obrigada pelas colaborações.

Agradeço as colegas que compartilharam comigo pouco (pois se afastaram devido as suas obrigações acadêmicas) ou muito (nos espaços de orientações de TCC, de supervisão de clínica e no estágio em Saúde Mental) os momentos de angústia, de dúvidas e de prazer na elaboração deste trabalho. Agradeço especialmente a Ariélly que esteve ao meu lado todos os anos de curso e foi essencial para minha formação. Obrigada pela companhia, pelas risadas, pelas viagens. Espero que esta amizade não se perca no tempo. Também agradeço a Dora, a quem aprendi a gostar muito, apesar de todas as nossas diferenças, e com quem divide neste último ano o espaço de estágio, orientações e clínica. Obrigada por me mostrar novas perspectivas sobre o mundo e novas possibilidades de ser.

Agradeço ao Rafael, por todas as colaborações, incentivos e leituras deste trabalho, mesmo sem conhecimento sobre o tema desta pesquisa, dedicastes a me ajudar. Obrigada por “aguentar” as mudanças de humor, os choros, os tempos indisponíveis, as dúvidas que decorreram ao longe deste um ano.

Agradeço aos meus familiares, que longe ou perto me apoiaram, possibilitando que eu pudesse concretizar esta etapa. Estar longe de vocês teve um preço, mas hoje visualizo os frutos dos meus esforços.

RESUMO

A realidade dos profissionais da saúde no Brasil tem demonstrado que, muitas vezes, as experiências cotidianas no ambiente de trabalho têm produzido adoecimento. Considerando isso, esta pesquisa teve por objetivo caracterizar a percepção de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família acerca das dificuldades em realizar suas intervenções junto aos usuários e as consequências destas dificuldades para as condições de saúde mental desses profissionais. A fim de alcançar este objetivo, foram selecionados profissionais da área da saúde que compõem três equipes de Saúde da Família do município de Palhoça/SC. Participaram da pesquisa 16 sujeitos, entre médico, dentista, enfermeiros, técnicos/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto por 32 questões entre abertas e fechadas, elaboradas a partir dos objetivos específicos e aplicado junto aos participantes em seus respectivos locais de trabalho. Para a construção do questionário foram consideradas as seguintes variáveis: caracterização das intervenções afetadas devido a dificuldades na unidade de saúde, situações estressoras, desempenho nas atividades, sentimentos relacionados ao trabalho, possíveis transtornos mentais e a relação entre o trabalho e a saúde mental estabelecida pelos profissionais. Como técnica de análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Para as questões fechadas os dados foram tratados por meio de análise de estatística descritiva. Como resultados, foi possível perceber que as principais dificuldades dos profissionais de saúde são a falta de apoio dos órgãos responsáveis pela ESF, assim como a falta de verba da prefeitura, e as condições precárias do ambiente de trabalho. Essas categorias também foram apontadas como as dificuldades que causam maior incômodo aos profissionais. A maioria dos participantes afirmam que estas dificuldades afetam as intervenções realizadas nas unidades de saúde, entre as quais, as mais ressaltadas foram as atividades que envolvem intervenções em grupo com usuários, os encaminhamentos para outros níveis de atenção a saúde e as atividades de assistência básica. Sobre os sentimentos e percepções frente às dificuldades, os participantes buscam soluções para as dificuldades e afirmam que não há interferência das dificuldades sobre outros contextos da vida, em contrapartida, ressaltam sentirem-se frustrados diante das dificuldades. As análises das características da saúde mental dos profissionais indicam que, apesar de não terem um estilo de vida adequado, os profissionais, em sua maioria, não apresentam sintomas incapacitantes, sendo que apenas dois participantes

possuem diagnóstico psiquiátrico. Quanto à relação estabelecida pelos profissionais entre sua saúde mental e as condições de trabalho, foram identificadas as seguintes categorias: cisão entre a vida profissional e a vida pessoal do sujeito, condição de trabalho geradora de sofrimento, estratégias defensivas para enfrentar as condições geradoras de sofrimento, bem estar pessoal para boa atuação profissional e bem estar emocional gerado pela realização profissional. Portanto, percebe-se que a maior parte dos profissionais participantes consegue lidar com as dificuldades, apesar da frustração existente. No entanto, os agentes comunitários de saúde demonstram pouca motivação e dificuldade para lidar com os problemas e situações existentes no trabalho, além de sentimento de pouca realização com a profissão.

Palavras-chave: Saúde mental. Profissionais da saúde. Atenção Básica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Atribuições dos membros que compõem a equipe de Saúde da Família.	25
Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa	40
Gráfico 1 – Distribuição de quantidade de sujeitos por perspectiva de trabalho dos profissionais da saúde para os próximos 2 anos.	49
Gráfico 2 – Relação que os profissionais estabelecem com o trabalho de acordo com a intensidade dessa relação.	51
Gráfico 3 – Relação entre as dificuldades percebidas pelos profissionais na Unidade de Saúde e a frequência com que ocorrem.	55
Quadro 3 – Dificuldades percebidas pelos profissionais da saúde	58
Gráfico 4 – Distribuição da quantidade de sujeitos de acordo com a intensidade de interferência das dificuldades na intervenção profissional.	60
Gráfico 5 - Dificuldades que mais causam estresse aos profissionais da saúde de acordo com a intensidade de incômodo.	61
Quadro 4 - Intervenções afetadas pelas dificuldades percebidas pelos profissionais da saúde no ambiente de trabalho.	64
Gráfico 6 - Formas que os profissionais de saúde se relacionam com as dificuldades de acordo com a intensidade que melhor lhes caracterizam	66
Gráfico 7 – Intensidade dos sentimentos em relação ao trabalho diante das dificuldades	67
Quadro 5 – Consequências das dificuldades percebidas no trabalho para os profissionais da saúde	69
Gráfico 8 – Distribuição da quantidade de sujeitos de acordo com a frequência com realizam as atividades que indicam seu estilo de vida.	71
Gráfico 9 – Frequências com que os sujeitos referem sentir algum sintoma	73
Quadro 6 - Relações entre as dificuldades encontradas no trabalho e as condições de saúde mental dos profissionais da área da saúde	76

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APA – American Psychological Association

CAPS-II – Centro de atenção Psicossocial II

CEP-UNISUL – Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul

CID-10 – 10ª Classificação Internacional de Doenças

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde

DSM IV – 4º Manual de Diagnóstico e Estatística

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS-SUS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS

PSF – Programa Saúde da Família

SF – Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	10
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivos Específicos	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 TRABALHO EM SAÚDE E A TRAJETÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
2.1.1 Gestão da equipe de Saúde da Família	21
2.2 SAÚDE MENTAL NO TRABALHO	26
2.2.1 Estresse	29
2.2.2 Psicodinâmica do trabalho	29
2.2.3 Abordagem epidemiológica	31
2.2.4 Outras contribuições para psicologia do trabalho	32
2.2.5 Saúde Mental dos Profissionais da Saúde	34
3 MÉTODO	39
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	39
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	42
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE	42
3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	43
3.6 PROCEDIMENTOS	43
3.6.1 de seleção dos participantes	43
3.6.2 de contato com as coordenações responsáveis	44

3.6.3 de contato com os participantes	45
3.6.4 de coleta e registro de dados	45
3.6.5 de organização, tratamento e análise dos dados	46
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
4.1 DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	48
4.1.1 Perspectivas de atuação profissional e a relação estabelecida pelos profissionais da área da saúde com o seu trabalho	49
4.1.2 Relações entre as dificuldades no trabalho percebidas pelos profissionais da saúde e a intensidade do incômodo gerado por essas dificuldades	54
4.1.3 Intervenções afetadas devido às dificuldades no trabalho percebidas pelos profissionais de saúde	63
4.1.4 Relações estabelecidas com o trabalho a partir da percepção das dificuldades pelos profissionais da área da saúde	65
4.2 CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E A RELAÇÃO QUE ESTABELECEM COM O TRABALHO	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	95
APÊNDICE A – Questionário para coleta dos dados.	96
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	103

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve por objetivo caracterizar a percepção dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família acerca das dificuldades de realizar suas intervenções e as consequências destas sobre a saúde mental destes profissionais. A realização deste trabalho está vinculado ao Núcleo Orientado Psicologia e Saúde do curso de graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina e ao estágio curricular em saúde mental no CAPS II, Palhoça/SC.

O problema deste estudo surgiu a partir da experiência da pesquisadora no projeto de extensão “A atuação da Psicologia na Unidade Básica de Saúde Bela Vista – Palhoça”, em 2009. Durante este projeto de extensão foram observadas, entre outras questões, as precárias condições de trabalho existentes para os profissionais da área da saúde, que poderiam resultar em dificuldades para intervir junto aos usuários. Outras experiências no decorrer do curso corroboraram para fortalecer esta percepção.

Para entender melhor sobre questões referentes a esta problemática, no decorrer deste estudo, elucidou-se brevemente sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde e o surgimento da Estratégia de Saúde da Família como fundamental para a reorganização da assistência a saúde. Além disso, falou-se acerca do conceito de saúde mental e sua relação com o trabalho e as características da saúde mental dos trabalhadores da estratégia de Saúde da Família.

Posteriormente, é explicitado o método utilizado para a realização deste estudo. Após, é apresentado os resultados obtidos neste trabalho, divididos em dois grandes subcapítulos. O primeiro subcapítulo trata sobre as dificuldades percebidas no trabalho, e dentro dele é trazido a relação que os profissionais estabelecem com o trabalho, a descrição das dificuldades e o quanto estas são incômodas aos sujeitos, assim como também a relação que os profissionais estabelecem com o trabalho a partir das dificuldades encontradas nele. O segundo subcapítulo discorre sobre o estilo de vida dos participantes da pesquisa, assim como também os principais sintomas apresentados por eles a fim de identificar as condições de saúde mental deles. Também é apresentada a relação que estes profissionais estabelecem entre suas condições de saúde mental com o trabalho. Por fim, são apresentadas as considerações finais a partir dos resultados obtidos no estudo.

1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Toda atividade humana consiste, segundo Merhy e Franco (2006), em um ato produtivo que gera algo novo, modificando a natureza e o sujeito que o produz. O modo como se realiza o trabalho se modifica conforme cada sociedade. No processo de trabalho em saúde, espera-se a produção de bens e serviços aos usuários, assim como espaços que valorizem os gestores e trabalhadores da saúde. Entende-se que é difícil cuidar da saúde sem considerar de que forma o trabalhador percebe e se organiza diante das situações que vivencia. (BRASIL, 2009). Entretanto, a realidade dos profissionais de saúde no Brasil tem demonstrado que, muitas vezes, as experiências cotidianas no ambiente de trabalho têm produzido o adoecimento.

Ao analisar a realidade dos trabalhadores que tem por prioridade o cuidado em saúde, tal como, os profissionais da área da Saúde Pública, percebe-se que estes podem ser responsabilizados, constantemente, por dificuldades que nem sempre podem ser modificadas ou superadas por eles. Estas situações são comuns devido às condições de estrutura nem sempre serem adequadas nos estabelecimentos de saúde, falta de orçamento por parte do Município ou Estado para manutenção dos serviços de saúde, entre outros fatores que afetam diretamente os usuários do serviço de Saúde Pública. (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Diante disso, surge o questionamento: quais as conseqüências desse tipo de dificuldades sobre a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde? Mais especificamente, nesta pesquisa, procurou-se investigar qual a percepção de profissionais da equipe de Saúde da Família acerca das dificuldades para realizar suas intervenções e as conseqüências destas sobre as condições de saúde mental destes profissionais.

O trabalho na área da saúde passou por diversas transformações advindas da Reforma Sanitária. A partir das discussões originadas na década de 1980, especialmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a saúde passa a ser entendida como um direito de cidadania e um dever do Estado. (SILVA, 2008). Tal Conferência torna-se marco fundamental para os processos de mudanças na Saúde Pública que vieram posteriormente. Até então, saúde era entendida como ausência de doença, resultando em práticas de saúde curativistas. A partir da Conferência, há um aumento da preocupação do Estado e dos profissionais da área da saúde com as práticas de cuidado em saúde de ordem preventiva (SILVA, 2008).

Dá-se início, então, a novas políticas que visam redesenhar a atenção em Saúde. Tais políticas, originadas a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) - criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 - vêem o homem como sujeito integral, no que diz respeito à promoção, prevenção e recuperação de sua saúde. (SILVA, 2008). Essa mudança de concepção de Saúde trouxe consigo novas exigências nas práticas de trabalho dos profissionais da área da saúde. Por conta disso, estes profissionais se depararam, em muitas situações, com o desafio de modificar suas dinâmicas de trabalho para atuar no contexto deste novo modelo de Atenção em Saúde.

A Atenção Básica, estratégia prioritária do SUS, aparecerá no contexto da Saúde Pública como um eixo fundamental para as mudanças no modelo de Atenção em Saúde. Sua ação, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 10), é voltada à “promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, de acordo com os princípios norteadores do SUS. O Programa de Saúde da Família (PSF), também denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada do SUS e se configura como instrumento de reorganização das ações da atenção básica, reestruturando o sistema público de saúde. (PEIXOTO, 2008). Assim, as organizações de saúde devem ser um espaço onde se produz bens e serviços para os usuários e que valorize o potencial inventivo dos gestores, trabalhadores e usuários. No entanto, o trabalho em saúde, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), não é apenas aquilo que é definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza, portanto, inclui o esforço, os acordos e pactos realizados e até mesmo aquilo que não foi possível realizar, apesar das tentativas.

Em estudo realizado por Peixoto (2008) sobre as principais irregularidades encontradas nos PSFs dos municípios da região Sudeste do País constatou-se, dentre outras irregularidades, a falta de infra-estrutura para a execução do trabalho, irregularidades na execução das funções dos profissionais (consequência de equipes incompletas), monitoramento insuficiente sobre a equipe, irregularidades no gerenciamento de medicamentos e a insuficiência de veículos para locomoção da equipe. Irregularidades semelhantes são apresentadas por Ronzani e Silva (2008), como resultado de um estudo sobre o PSF na percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários em dois municípios de Minas Gerais. Estes problemas produzem dificuldades que podem inviabilizar a intervenção destes profissionais com os usuários, dificultando o alcance dos objetivos do Programa e, por consequência, podem também refletir na saúde mental destes profissionais.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) para avaliar a implantação do PSF nos municípios brasileiros em 2002, constatou que eram insuficientes os equipamentos e materiais básicos que uma unidade necessita, além de estruturas irregulares em diversos Estados. Em Santa Catarina, apenas 45% das Unidades afirmaram possuir um consultório de enfermagem, ficando abaixo da média nacional. Além disso, a pesquisa destacou que:

A insuficiência de recursos materiais além de comprometer o desenvolvimento e qualidade das ações da atenção básica que vêm sendo desenvolvidas pelos municípios atualmente, limita as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2004, p. 17).

Diante das irregularidades citadas anteriormente, entre outras decorrentes das condições de trabalho, é possível postular que o profissional da saúde pode se deparar com situações em que não vê possibilidades de realizar suas intervenções. Além disso, este profissional pode se deparar com várias dificuldades durante a realização do seu trabalho, em virtude das limitações e irregularidades que as Unidades de Saúde enfrentam, de acordo com dados das pesquisas antes citadas. Mas, quais conseqüências estes fatores produzem sobre as condições de saúde mental dos profissionais da área da saúde?

Em estudo realizado por Sessa e outras (2008) sobre a influência das condições laborais no desempenho e desgaste profissional de equipes de saúde, constatou-se que os sujeitos pesquisados percebem uma influência prejudicial do trabalho sobre esses fatores. Ainda conforme as autoras, dentre os sofrimentos que podem se manifestar devido às condições de trabalho, destaca-se a insatisfação com o trabalho por ansiedade, tensão ou angústia, abandono das tarefas e a qualidade do trabalho oferecido, aumentando o nível de absenteísmo e afastamentos.

Estudos apontam alta prevalência da síndrome de *Burnout* – síndrome do estresse profissional – em trabalhadores da Saúde, devido às condições com que se deparam como ambientes, muitas vezes, perigosos, insalubres, além da pressão e exigência do próprio trabalho. (TRINDADE, LAUTERT, 2010; CAMPOS, 2006). Estas situações enfrentadas, característica também das equipes do PSF, indicam a vulnerabilidade destes profissionais que com freqüência são vistos como cuidadores, apesar de raras vezes terem espaço para acolhimento de suas dificuldades, visto que os profissionais também necessitam de cuidados para enfrentar as exigências de seu trabalho.

O processo de trabalho na área da Saúde – em especial suas dificuldades – tem sido foco de debates. Em março de 2011, a Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados realizou o “Seminário Nacional sobre as Condições de Trabalho na Saúde”, sugerido pela Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde (CNTS). (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011). No evento falou-se, entre outras questões, sobre a preocupação da sociedade com as situações desfavoráveis em que se encontram estes trabalhadores. No “Seminário Nacional Profissões de Saúde: interdisciplinaridade e necessidades sociais do SUS”, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e realizado em Brasília em agosto de 2010, foi debatido acerca dos desafios no financiamento e gestão de trabalho. (CNS, 2010). Eventos como estes denotam que a preocupação com as dificuldades no processo de trabalho na área da Saúde estão na pauta do dia, mas alguns autores ressaltam que o tema ainda carece de estudos e pesquisas.

Nascimento Sobrinho e outros (2006) afirmam que são escassos os estudos que relacionam a repercussão das condições geradoras de sofrimento sobre as condições de saúde dos profissionais da saúde. Em mapeamento realizado sobre pesquisas que tratam das relações entre as condições de trabalho dos profissionais da área da saúde e saúde mental destes profissionais, em bases de dados online, foram encontrados 12 estudos referentes à Atenção Básica. (AZAMBUJA et al., 2007; BRAGA et al., 2011; CAMPOS et al., 2010; GOUVEIA et al., 2009; SILVA; MENEZES, 2008; SESSA et al., 2008; LANCKMAN et al., 2009; TRINDADE; LAUTERT, 2010; LOPES, Denise, 2009; CAMELO; ANGERAMI, 2004; MARTINES; CHAVES, 2007, DAVID et al., 2009). Os estudos, em sua maioria, buscam relacionar as condições de trabalho com fenômenos do estresse, esgotamento profissional, síndrome de *Burnout*, entre outros similares que envolvem questões de saúde mental. As pesquisas foram realizadas, em sua maioria, na região Sudeste do país, com exceção da pesquisa de Trindade e Lautert (2010) e de Denise Lopes (2009) realizadas no Rio Grande do Sul e a pesquisa de Azambuja e outros (2007) realizada em Florianópolis. Não foram encontrados estudos que se igualem ao problema proposto neste trabalho, visto que esta pesquisa se caracteriza por estudar especificamente a relação entre algumas dificuldades específicas percebidas pelos profissionais no trabalho em saúde, tais como as dificuldades estruturais e organizacionais e a saúde mental destes profissionais. Diante disso, percebe-se a relevância deste tipo de estudo na região da Grande Florianópolis, podendo contribuir com estudos similares existentes nos outros estados.

Em um desses estudos, realizado por Silva e Menezes (2008) sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde, foi ressaltada a importância de pesquisas voltadas aos demais profissionais da equipe de PSF. Estudos voltados a esta temática contribuem para elaboração de novas estratégias organizacionais e individuais de intervenção voltadas a estes trabalhadores, minimizando os danos a sua saúde e proporcionando melhor qualidade de vida no seu trabalho, dentro das possibilidades existentes nesta área. (SILVA, MENEZES, 2008). Da mesma maneira, investigar de que forma as dificuldades são percebidas pela equipe em seu cotidiano de trabalho e como isso afeta sua saúde mental, traz novas perspectivas a fim de minimizar danos e aperfeiçoar intervenções. Todas estas questões ressaltam a relevância social da pesquisa realizada.

Além disso, Campos (2006) afirma que os profissionais da área da saúde estão submetidos, muitas vezes, a um nível elevado de estresse e há escassez de medidas para reduzi-lo ou enfrentá-lo da melhor forma. Ainda conforme o autor, o desafio que se enfrenta é de romper com um modelo de atenção que privilegia a doença, direcionando atenção ao profissional antes que este adoença. Nesta perspectiva, o tema desta pesquisa também torna-se relevante se considerar que o psicólogo, em sua atuação na atenção básica, necessita promover saúde não apenas para os usuários, mas também aos profissionais da equipe de saúde. Portanto, também cabe ao psicólogo indagar: quais os tipos de intervenções que são dificultadas em Unidades Básicas de Saúde e os motivos das dificuldades nestas intervenções, na percepção dos profissionais das equipes? Quais os tipos de dificuldades percebidas pelos profissionais das equipes de saúde? Que relação há entre as dificuldades percebidas com as condições de saúde mental destes profissionais?

Neste sentido, na presente pesquisa, procurou-se investigar qual a percepção de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família acerca das dificuldades de realizar suas intervenções junto aos usuários e as consequências destas dificuldades sobre as condições de saúde mental desses profissionais?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a percepção de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família acerca das dificuldades em realizar suas intervenções junto aos usuários e as conseqüências destas sobre as condições de saúde mental desses profissionais.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as dificuldades percebidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família na realização de suas intervenções;
- Identificar intervenções afetadas pelas dificuldades encontradas em unidades de Saúde da Família, na percepção dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família;
- Identificar as condições de saúde mental dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, na percepção deles;
- Identificar relações entre as dificuldades em intervir e as condições de saúde mental destes profissionais, na percepção dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRABALHO EM SAÚDE E A TRAJETÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma nova forma de estruturar, desenvolver e produzir serviços assistenciais para gestores e trabalhadores da saúde. (MACHADO, 2005). Mendes (1999) afirma, no entanto, que o SUS, entendido como um processo social, não deve ser concebido como um sistema que se inicia a partir de 1988, mas como uma construção complexa, mediado por diversos interesses e campos sociais, tais como o político, o tecnológico e o cultural e que é impulsionado muito antes de sua criação.

O SUS resulta de propostas impulsionadas pelo movimento social da reforma sanitária brasileira, e continua até hoje em processo de mudança. Por isso, é importante contextualizar brevemente a realidade da saúde existente na época anterior à consolidação do SUS – vivenciada por trabalhadores da saúde e pela população – para evidenciar a importância das conquistas atuais para estes grupos de pessoas. Tal contextualização se faz necessária neste trabalho, pois, para falar das eventuais dificuldades das intervenções dos profissionais das equipes de Saúde da Família, é preciso conhecer como se deu a reestruturação das atividades desempenhadas pelos profissionais da saúde após a consolidação do SUS e a criação de iniciativas em saúde, como a Estratégia de Saúde da Família.

Após o período da Ditadura Militar, que vigorou no Brasil até a metade da década de 1980 – do qual resultou a construção de inúmeros hospitais e práticas de saúde medicalocêntricas e hospitalocêntricas – o Estado encontrava-se politicamente falido e presenciava um aumento de epidemias, devido à falta de saneamento e atenção básica à população. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). É neste ambiente que se inicia o Movimento da Reforma Sanitária: em meio a epidemias, ao esquecimento da Saúde Pública por parte do governo, que geravam, por consequência, lucro aos hospitais e mínimas práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). A ação dos trabalhadores da saúde era direcionada a procedimentos específicos e não aos sujeitos que procuram o serviço em busca de assistência, além da assistência a saúde estar voltada a poucas pessoas da população.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, é a expressão de que novas possibilidades em saúde vinham sendo pensadas para a realidade da época. Esta Conferência é considerada um momento significativo para a Saúde Pública brasileira, pois é nela que são lançadas as propostas da Reforma Sanitária, além do efetivo apoio de grande parte da população, que outrora não tinha voz em discussões como essas. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER; 2005). Segundo Kujawa, Both e Brutscher (2003), a Conferência permitiu construir a proposta do SUS e pressionar a Assembléia Constituinte para defender a inclusão da proposta de criação do SUS na Constituição Brasileira – fato que ocorre em outubro de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, quando o SUS passa a ter, então, sua base legalizada, redefinindo a Saúde Pública no país. Em 1990, com a aprovação da Lei nº. 8.080, a saúde passa a ser entendida como “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990, s/p).

O SUS é baseado em três princípios que lhe dão sustentabilidade: universalidade, integralidade e equidade. De acordo com Kujawa, Both e Brutscher (2003), o princípio da universalidade é referente à Lei que entende saúde como um direito de todos e dever do Estado. Assim, toda pessoa, independente de sexo, idade, raça ou religião, tem direito a assistência a saúde gratuita por parte do Estado. O princípio da equidade entende que cada pessoa tem necessidades específicas, e que o sistema de saúde deve oferecer assistência conforme as necessidades dos sujeitos.

O princípio da integralidade, por sua vez, refere-se à concepção de homem como biopsicossocial. Desta forma, o sistema de saúde precisa entender o sujeito em uma integralidade vertical – aspectos que envolvem o ser em questão – e integralidade horizontal, em que a pessoa tem direito a todos os tipos de atendimentos em saúde – promoção, prevenção, recuperação, entre outros. Conforme Machado e outros (2007), o conceito de integralidade permite que os sujeitos sejam identificados em sua totalidade, ainda que não seja possível identificá-los em sua plenitude. A integralidade no cuidado de pessoas, grupos ou coletividades significa perceber a pessoa “como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (MACHADO et al., 2007, p. 336). Os três princípios, que se originam a partir da criação do SUS, trazem novas concepções para o conceito de saúde no Brasil.

A partir destas novas concepções de saúde e dos acontecimentos significativos para reformular o sistema de saúde no Brasil, antes citados, ocorreram mudanças em algumas

práticas dos profissionais desta área e nas estruturas da Saúde Pública brasileira. Paim e Filho (2000, p. 67) afirmam que, a partir destas mudanças, um dos desafios do campo da Saúde Coletiva passou a ser a discussão entre as “finalidades das práticas de saúde e o seu objeto, meios de trabalho e atividades, bem como a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação entre os modelos assistenciais e de gestão”. Machado (2005, p. 257) diz que, com o início da implantação do SUS ocorreu um processo de descentralização na saúde do comando público brasileiro para os municípios, dividido em três movimentos. No primeiro movimento ocorre a expansão do setor da saúde: enquanto na década de 1980 havia 18.489 estabelecimentos de saúde, em 2002 eram 67.612 estabelecimentos. O segundo movimento consiste na diminuição da rede hospitalar, priorizando-se o serviço ambulatorial. Machado (2005) ressalta, no entanto, que isso não acontece por diminuição da demanda hospitalar, mas por falta de políticas que permitam expandir a rede. E por último, o terceiro movimento “refere-se à expansão, sem precedentes, de empregos de saúde na esfera municipal”. Em 1992 havia 315.328 empregos no setor de saúde nos âmbitos estaduais e 306.505 empregos nos municípios. Em 2002 totalizava-se mais de 800.000 empregos no âmbito municipal, ultrapassando a margem de empregos estaduais na área da saúde, segundo dados apontados pela autora. Percebe-se, então, o crescimento de um novo modelo assistencial em saúde. Mas em que consiste esse modelo?

Paim (1998 apud TEIXEIRA, 2006) define modelo assistencial como uma combinação de conhecimentos e técnicas utilizadas no enfrentamento de necessidades da população. Então, pode-se dizer que os modelos de atenção à saúde são:

[...] formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. (PAIM, 1998 apud TEIXEIRA, 2006, p. 25).

Além desta concepção, Teixeira (2006) afirma que o modelo assistencial pode ser entendido também em uma concepção ampliada, dividida em três dimensões: gerencial (que conduz o processo de reorganização), organizativa (relacionada às relações entre os serviços) e a dimensão técnico-assistencial (relação entre o sujeito técnico e seu objeto). A autora afirma ainda que, para se pensar em uma efetiva mudança de modelo, é necessário que ocorra mudança em todas estas dimensões. Teixeira (2006) ressalta, no entanto, que é preciso

também que ocorram mudanças nos processos de trabalho. Para que o modelo assistencial em saúde se reestruture, é preciso:

[...] a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população de usuários dos serviços. (TEIXEIRA, 2006, p. 27)

Pires (1999, p.32) caracteriza o processo de trabalho dos profissionais de saúde quanto à finalidade, ao objeto e quanto ao instrumento de trabalho, destacando que:

[...] tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumento de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

Segundo Pires (1999), o trabalho em saúde pode ser realizado em diversos níveis de complexidade que, conforme o nível observado, exigirá estruturas, instrumentos e profissionais diferenciados. Conforme a autora, por não refletirem sobre o objeto que, independente da complexidade será sempre o mesmo – a assistência a saúde –, muitas vezes os profissionais acabam por realizar um trabalho fragmentado.

Merhy e Franco (2006, s/p), por sua vez, ao falarem sobre o trabalho em saúde, dizem que a produção em saúde se dá através do “trabalho vivo em ato”, definido por eles como “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. Para os autores, o trabalho vivo interage com outras variáveis, como instrumento, normas e máquinas, formando assim, um processo de trabalho que pode se configurar de diversas formas. Os autores ressaltam também que o trabalho em saúde é sempre coletivo, entendendo que não há como um único profissional dar conta do complexo ato de cuidar. Assim, o trabalho em saúde precisa constantemente de uma troca entre profissionais, para que possa dar conta de perceber o sujeito de forma integral. Nesta lógica, o modelo médico-centrado prejudica a atuação dos profissionais quando a atenção é voltada para a ação do médico, desmerecendo possíveis intervenções de outros profissionais. Surge, com isso, a necessidade de profissionais diferenciados para esse novo agir em saúde.

Borges e outros (2005) alegam que o setor de saúde está em crescimento na economia e que, no Brasil, este crescimento é acentuado devido ao fato de que o

dimensionamento do setor não é compatível com as reais necessidades de saúde da população. Dentre as mudanças fundamentais para se pensar um novo modelo de assistência à saúde fundamentando nos princípios do SUS, deve-se incluir ações de prevenção e promoção de saúde, e não mais apenas atendimento a doentes pautados na demanda espontânea que surge nos serviços de saúde. (BORGES et al., 2005; TEIXEIRA, 2006). Se, em um primeiro momento, saúde consistia em práticas centradas nos hospitais e em médicos, com a reorganização do modelo assistencial em saúde as práticas e os estabelecimentos de saúde se diferenciam pelas estratégias preventivas e pela atenção primária à saúde.

Foi neste sentido que se percebeu a necessidade de um novo programa que auxiliasse a ação dos profissionais técnicos em saúde. Em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por moradoras dos bairros, age no sentido de modificar essa realidade. O Programa, baseado em prática realizada inicialmente na cidade de Planaltina/DF, auxiliou na redução da mortalidade infantil, através de orientações das ACS que visavam a promover saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade atendida. (BRASIL, 2010).

A idéia de vínculo, conforme afirma Franco e Merhy (2007), perpassa a história desde a antiguidade e está relacionada à noção de profissional de referência que se responsabiliza pelo cuidado do outro. Ainda segundo os autores, o vínculo hoje faz parte de diversos modelos assistenciais em saúde, como da Inglaterra e Cuba, e inspirou o modelo assistencial do Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, o PACS contribuiu para a vinculação da equipe de saúde com a comunidade, principalmente em comunidades carentes.

A proposta do PSF, lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, advém como complemento ao PACS e surgiu diante da constatação de que a maior parte da população não tem acesso ao sistema de saúde. (BRASIL, 2010). A existência do PACS auxiliou na implantação do PSF e o tornou o maior programa de atenção primária à saúde no Brasil, através do seu papel de vínculo entre o PSF e a comunidade, atingindo mais de 100 milhões de pessoas em todo o território brasileiro. (BRASIL, 2010). Ambos os programas, PACS e PSF, buscam a consolidação da atenção básica no SUS. (SOUZA et al., 2010). A criação destes programas demonstra, também, a necessidade de uma equipe multidisciplinar que trabalhe em conjunto.

Em 1997 o PSF deixa de ser considerado um programa e transforma-se em estratégia prioritária da Atenção Básica. Ainda que continue rotulado muitas vezes como programa, suas ações vão além desta concepção – intervenções verticais e paralelas aos

serviços de saúde oferecidos –, se materializando como uma possibilidade de integração e organizando as atividades em um território definido para enfrentar e resolver a demanda identificada naquela região. (BRASIL, 1997). Assim, torna-se importante caracterizar esta estratégia a fim de entender um pouco sobre seu funcionamento.

2.1.1 Gestão da equipe de Saúde da Família

Existem diversas denominações à estratégia Saúde da Família. Algumas publicações a denominam de PSF (programa), outras como ESF (ora referindo-o como Estratégia, ora como Equipe), outras ainda a chamam de Unidade de Saúde da Família (USF). Não encontrando um consenso que diga a forma adequada de denominá-la, visto que nos próprios documentos do Ministério da Saúde encontra-se uma variedade de denominações, neste trabalho será denominada de Saúde da Família (SF), entendendo-a como estratégia, sendo os trabalhadores deste estudo parte da equipe de Saúde da Família.

A Atenção Básica, que norteia as ações da atenção primária e onde a estratégia de Saúde da Família se enquadra como estratégia prioritária, é organizada a partir da Política Nacional de Atenção Básica (2006), aprovada pela portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Esta política regulamenta a operacionalização e implantação das ações primárias em saúde, uma vez que ocorreram modificações quanto a suas normas devido à mudança do Programa Saúde da Família, que deixou de ser programa e tornou-se estratégia, além de modificações advindas das diversas experiências ocorridas nos municípios brasileiros. Os fundamentos da Atenção Básica são:

- I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV – valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V – realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
VI – estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006, p. 11)

Quanto à definição do que se trata a estratégia Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p. 11) a SF é denominada como:

uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

Esta unidade é responsável por um território específico de abrangência e será a porta de entrada do sistema de saúde, assegurando “a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados”. (BRASIL, 1997, p. 11). Além disso, o Ministério da Saúde afirma que a SF nasce com o propósito de superar o modelo de saúde existente, uma vez que este era responsável pela ineficiência do setor, insatisfação dos usuários, desqualificação profissional, entre outras deficiências.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2006), para que se efetive a implantação da Estratégia Saúde da Família é necessária uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e de seis a doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos estes terão uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, e serão responsáveis por 3.000 a 4.000 habitantes. O Ministério da Saúde salienta também que é necessário que a equipe esteja vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), existente na área de atendimento da equipe de SF, que possua: consultório médico e de enfermagem, sala de recepção, local para arquivos e registros, sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacina, equipamentos e materiais adequados e sanitários.

As ações dos profissionais da SF se diferenciam do método tradicional da saúde, como no hospital, por exemplo, em que se espera que o indivíduo traga a demanda do cuidado até o hospital. Na SF é necessário um papel mais ativo por parte dos profissionais, não visando apenas curar a doença, mas buscando, também, promover saúde. Além disso, cabe a estes profissionais prestar assistência integral às demandas organizadas ou espontâneas, enfatizando a promoção de saúde e desenvolvendo atividades que visem à educação em saúde. (BRASIL, 1997).

Conforme L'Abbate (1994 apud COTTA et al., 2006), os profissionais da equipe de SF devem planejar e desenvolver ações que respondam às necessidades da comunidade. Para isso, é necessário que os profissionais conheçam a realidade das famílias, enfatizando suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os problemas prevalentes e situações de risco, a fim de elaborar uma forma de enfrentamento das mazelas e dificuldades junto à população. (BRASIL, 1997). Em contrapartida, Franco e Merhy (2007) apontam que o serviço da estratégia SF nem sempre colabora com o funcionamento do sistema de saúde, pois pode produzir uma burocratização do acesso aos serviços, visto que, em sua maioria, as unidades não estão preparadas para a demanda emergencial.

A Política Nacional da Atenção Básica define características dos processos de trabalho das equipes da Atenção Básica diferenciadas de outras ações do SUS. Das especificidades quanto à estratégia de Saúde da Família, esta deve:

- I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população;
- III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V – ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006, p. 20).

Para melhor apresentar as funções de cada profissional da equipe de Saúde da Família, segue abaixo um quadro com as atribuições relativas à cada profissão, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

(Continua)

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	ATRIBUIÇÕES BÁSICAS
<i>Médico</i>	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; III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco/obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

(Continuação)

	<p>IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;</p> <p>V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;</p> <p>VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e</p> <p>VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</p>
<i>Enfermeiro</i>	<p>I - realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;</p> <p>II - realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;</p> <p>III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;</p> <p>IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;</p> <p>V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Agente de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Consultório Dentário (THD); e</p> <p>VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</p>
<i>Auxiliar / Técnico de enfermagem</i>	<p>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.);</p> <p>II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e</p> <p>III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</p>
<i>Agente comunitário de Saúde</i>	<p>I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS [...];</p> <p>II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;</p> <p>III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças [...];</p> <p>IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;</p> <p>V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</p> <p>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;</p> <p>VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e</p> <p>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.</p> <p>Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.</p>
<i>Cirurgião Dentista</i>	<p>I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;</p> <p>II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;</p> <p>III - realizar a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;</p> <p>IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;</p>

(Conclusão)

	<p>V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;</p> <p>VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.</p> <p>VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;</p> <p>VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e</p> <p>IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</p>
--	--

Quadro 1 - Atribuições dos membros que compõem a equipe de Saúde da Família.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.¹

Outra portaria importante, implantada para contribuir com as diretrizes da Atenção Básica, é a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”. (BRASIL, 2008, s/p). O NASF é constituído por equipes de diferentes profissionais, atuando em parceria com as equipes de SF, podendo essa equipe ser diferenciada em duas modalidades: NASF 1 ou NASF 2.

O NASF 1 pode ser composto, no mínimo, por cinco profissionais, que podem ser estes: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, e terapeuta ocupacional. Cada NASF 1 poderá atuar em no mínimo 8, e no máximo 20 equipes de SF (BRASIL, 2008).

O NASF 2, que se caracteriza como uma alternativa de implantação para municípios menores, será composto por no mínimo 3 profissionais, podendo ser estes: assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Cada NASF 2 poderá atuar em no mínimo 3, e no máximo 20 equipes de SF (BRASIL, 2008).

É importante ressaltar que o NASF não atua como porta de entrada do SUS, mas como apoio aos profissionais da estratégia de SF. Seu papel principal é de apoio a SF, através do compartilhamento das práticas em saúde e educação permanente. (BRASIL, 2008). Ainda que estes não sejam os profissionais a quem se destina este estudo, a atuação do NASF tem papel fundamental na resolutividade das intervenções das equipes de SF.

¹ Adaptado da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 43-47).

A implantação destas políticas, na prática, ocorre de forma diferente. Conforme Traverso-Yépez (2005) e Souza e outros (2010), a estratégia de Saúde da Família – assim como outros âmbitos da Saúde Pública – ainda que possua apoio legal, na prática encontra inúmeras dificuldades, como por exemplo: reduzido número de profissionais para a demanda existente, infra-estrutura inadequada, precárias condições de trabalho, profissionais sem aptidão para trabalho em equipe, pouca resolutividade e atendimento pautado na clínica assistencialista e centrada, quase sempre, na doença. A implantação do SUS varia de um município para outro, pois devem levar em conta as circunstâncias sociohistóricas e os atores sociais envolvidos. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2005). Assim, pode-se perceber que a forma como se configura o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família nem sempre ocorrem de acordo com o que preconiza o SUS. Dessa forma, muitas situações dificultosas podem fazer parte da realidade destes trabalhadores, podendo repercutir na saúde mental dos profissionais da SF.

2.2 SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

O trabalho durante muito tempo trouxe conotações aversivas que o associavam ao sofrimento, à tortura ou à dor. Ronchi (2010) afirma que, atualmente, o termo trabalho é entendido como um paradoxo, pois há uma infinidade de definições, porém, a que mais predomina é a de que o indivíduo trabalha por questão de sobrevivência. A Revolução Industrial é entendida como um marco para as mudanças na relação trabalho e indivíduo, uma vez que com a consolidação do capitalismo e do sistema de livre mercado criam-se novos sistemas, horários e relações interpessoais de acordo com as necessidades do desenvolvimento do trabalho em cada organização. (RONCHI,2010).

Atualmente, vive-se um processo de mudança na sociedade, seja econômica, tecnológica ou cultural, que traz um desdobramento sobre a vida dos trabalhadores e implica em reestruturações produtivas e novos arranjos organizacionais. (RONCHI, 2010). Estas mudanças acarretam implicações aos indivíduos, uma vez que os mesmos são pressionados a se manterem constantemente capacitados para alcançarem os resultados desejados pelas organizações.

Compreendendo que o trabalho tem papel cada vez mais central na vida dos indivíduos, a saúde mental do trabalhador surge neste âmbito a fim de repensar a prática dos trabalhadores que não conseguem lidar com as expectativas que o trabalho exige sem lhes causar sofrimento. No Brasil, a partir da Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, é definido a Saúde do Trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990, s/p).

Além disso, a Saúde do Trabalhador garante aos trabalhadores a assistência do SUS em casos de acidentes de trabalho e doenças decorrentes do trabalho e, para melhor contextualizar estas situações, realizam avaliações do impacto das tecnologias sobre a saúde. (BRASIL, 1990). Diante disso, levanta-se um questionamento: e quanto aos impactos do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores? Serão estes avaliados? De que forma?

A história sobre a temática “saúde dos trabalhadores” é repleta de lutas em busca de direitos sociais dos trabalhadores e de saúde diante de um corpo explorado e, por último, porém de similar importância, repleta de discussões sobre a saúde mental dos trabalhadores. De acordo com Dejours (1992, p. 23), as preocupações com a saúde mental ocorreram, ao longo da história, devido à “sensibilidade às cargas intelectuais e psicossensoriais” do trabalho. Ainda de acordo com o autor, o trabalho em si não é capaz de criar doenças mentais específicas, tal como uma “neurose do trabalho”, no entanto, pode favorecer a descompensação do sujeito (DEJOURS, 1992, p. 122).

Inicialmente, é importante contextualizar que não existe um conceito preciso sobre o que é saúde mental e doença mental (AGASSI, 2009). Sabe-se, no entanto, que saúde mental vai além da ausência de transtorno mental e abrange conceitos como: bem-estar subjetivo, autonomia, realizações intelectuais e emocionais, alterando-se de acordo com as diferentes culturas e sujeitos (PIMENTEL, 2005). Ribeiro (1996) ressalta que, apesar das inúmeras conceituações encontradas, suas definições não determinam mudanças significativas para a atuação dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental. Ainda conforme o autor, a mudança está na ênfase que se dá ao fenômeno em saúde mental que, num dado momento histórico, era na doença e suas implicações e, posteriormente, com o

amadurecimento dos estudos dos conceitos “se chegou às mudanças que hoje assistimos na área de atuação em Saúde Mental”. (RIBEIRO, 1996, p. 14).

A saúde mental, conforme definido no *site* da Organização Mundial de Saúde – OMS (2007, s/p) é um “estado de bem-estar no qual o indivíduo está consciente de suas próprias habilidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade”.² Este conceito parte do princípio de que o sujeito consegue enfrentar seus sofrimentos e organizar sua vida de forma a contribuir com o seu meio social, visto que é difícil imaginar um sujeito que não se depara com dificuldades ao longo de sua vida. O dicionário de Psicologia da American Psychological Association (APA) confirma o conceito da OMS ao definir saúde mental como:

Estado de espírito caracterizado por bem-estar emocional, bom ajustamento comportamental, relativa liberdade de ansiedade e de sintomas incapacitantes, e uma capacidade de estabelecer relacionamentos e de lidar com as demandas e estresses comuns da vida. (VANDENBOS, 2010, p. 826).

Partindo deste entendimento, a Psicologia, no campo da Saúde Pública, é – juntamente com outros profissionais – responsável pela atuação no campo da saúde mental e pela intervenção com pessoas em sofrimento, colaborando para que encontrem formas de lidar com os sofrimentos cotidianos. Com relação aos trabalhadores, o campo da saúde mental está interligado à saúde ocupacional. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2011) a saúde ocupacional garante não somente saúde aos trabalhadores, mas contribui para a produtividade, motivação e satisfação com o trabalho, proporcionando uma melhor qualidade de vida dos indivíduos.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) referem que existem três principais abordagens trabalhadas no contexto da Saúde Mental e Trabalho: o estresse, a psicodinâmica do trabalho e abordagem epidemiológica. Estas teorias serão contextualizadas brevemente.

² Tradução livre para “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

2.2.1 Estresse

O estresse, de acordo com Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 279), foi inicialmente compreendido apenas como uma síndrome biológica e, atualmente, é conceituado como uma “reação ante as demandas sociopsicológicas, [...] como um estado intermediário entre a saúde e a doença”. De acordo com Lipp (1996, p. 20) o estresse é:

uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo a faça imensamente feliz. É importante conceitualizar o stress como sendo um processo e não uma reação única, pois no momento em que a pessoa é sujeita a uma fonte de stress, um longo processo bioquímico instala-se, cujo início manifesta-se de modo bastante semelhante, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar alerta.

O estresse passa a ser, então, um indicador das conseqüências do trabalho, visto que no trabalho existem fatores físicos ou psicossociais que desencadeiam o estresse. O estresse é resultado de um desequilíbrio do ajuste na relação indivíduo-ambiente de trabalho diante de situações desencadeantes. Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 283) afirmam também que estudos nesta área buscam caracterizar eventos estressores, uma vez que estes podem ser percebidos através de “mudanças fisiológicas, sintomas físicos e tensão psicológica”. Além disso, conforme os autores, os efeitos psicológicos são caracterizados por “insatisfação no trabalho, ansiedade, depressão, *burnout*, fadiga, irritação, hostilidade”. (CODO; SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004, p. 283). Assim, no trabalho das equipes de Saúde da Família, eventos estressores são possíveis de ocorrer e identificar estes eventos possibilita mudanças nas condições de trabalho destes profissionais.

2.2.2 Psicodinâmica do trabalho

Segundo Merlo (2002), há muito tempo vem se realizando estudos que relacionam o trabalho e suas conseqüências sobre a saúde mental de trabalhadores. O livro “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”, escrito por Dejours, teve sua primeira

publicação em 1987 e gerou grande inovação aos estudos sobre a repercussão da organização do trabalho no aparelho psíquico. No livro, o autor fala do conceito de psicopatologia do trabalho que, mais tarde, é renomeado para psicodinâmica do trabalho – visando privilegiar a normalidade, ao invés da patologia. (MERLO, 2002). O conceito de psicodinâmica do trabalho, conforme Dejours (1992), consiste em analisar o sofrimento, muitas vezes não reconhecido, dos trabalhadores e a forma de enfrentamento diante destas situações que causam sofrimento. Segundo o autor, nem sempre é possível encontrar um equilíbrio entre as exigências do trabalho e as necessidades psicológicas e físicas. Na falta deste equilíbrio, revela-se um sofrimento muitas vezes invisível que, através de estratégias defensivas elaboradas pelos trabalhadores a fim de evitar a doença mental, faz com que seja difícil a detecção desse sofrimento. (DEJOURS, 1992). Esta teoria “tem se voltado para analisar a constituição do sofrimento mental a partir da percepção dos próprios trabalhadores”. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 53). Outra contribuição desta teoria, de acordo com Merlo (2002), se refere à relação de prazer que pode existir na vivência do trabalhador com seu trabalho.

Na realidade concreta e na vivência individual do trabalho, não se encontram apenas sofrimento, mutilação e morte. A compreensão da maneira como se elaboram as duas facetas da organização do trabalho, isto é, aquelas que são, respectivamente, fonte de sofrimento e de prazer, é indispensável para se tentar uma interpretação mais global dos laços entre trabalho e saúde e, também, para se procurarem alternativas satisfatórias. (MERLO, 2002, p. 139).

Outra característica da Psicodinâmica do Trabalho é perceber as dificuldades enquanto coletividade. Compreender o sofrimento decorrente do trabalho pela ótica da psicodinâmica do trabalho, conforme refere Merlo (2002, p. 132), não implica em “atos terapêuticos individuais, mas intervenções voltadas para a organização do trabalho à qual os indivíduos estejam submetidos”. Ainda de acordo com o autor, a principal contribuição da teoria de Dejours é expor o sofrimento mental antes da etapa pré-patológica, permitindo pensar em uma intervenção terapêutica a ser realizada junto aos trabalhadores.

Nesta abordagem o trabalho é percebido como portador de sofrimento, e a melhor forma de afastar este sofrimento é através da sublimação do sofrimento (CODO, SORATTO, VASQUES-MENEZES, 2004). Portanto, um trabalho “saudável” se refere aquele que possibilita a sublimação, não causando sofrimento. Além da psicodinâmica do trabalho, outras teorias e disciplinas contribuíram para o estudo da saúde mental do trabalho.

2.2.3 Abordagem epidemiológica

Conforme Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 289), a abordagem epidemiológica em saúde mental “parte do pressuposto de multicausalidade das doenças e vai em busca de seus determinantes”. Os autores referem que Le Guintet foi criador da metodologia desta abordagem e foi pioneiro nos estudos que articulam as condições de trabalho e fatos clínicos a fim de encontrar determinantes ao sofrimento psíquico.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 297) referem que a concepção de homem nesta abordagem é de que ele se desenvolve “em e pelo conflito com os outros homens”, sendo o trabalho a principal forma a movimentar estas relações. Para esta teoria, segundo os autores, o trabalho é entendido como lugar gerador de prazer, pois é através dele que o homem se constrói. Portanto, o trabalho causador de sofrimento deve ser combatido.

A metodologia desta abordagem é complexa, uma vez que exige investigar diversos fatores. Para tanto, Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) orientam que é necessário investigar condições subjetivas e objetivas do trabalho, exigindo que seja realizada uma estratégia voltada a organização do trabalho e uma estratégia focada no levantamento epidemiológico dos problemas em saúde mental. Posteriormente, um terceiro momento, consiste em relacionar as duas etapas iniciais através do diálogo com o próprio sujeito.

Faz-se necessária uma metodologia de investigação que permita identificar os efeitos do trabalho sobre a saúde mental, tendo como pressuposto a multicausalidade e a percepção de um homem sócio-histórico, na qual fatores econômicos e sociais, além dos individuais, façam parte da investigação. (CODO, SORATTO, VASQUES-MENEZES, 2004, p. 289)

Estas três abordagens apresentadas variam quanto ao método utilizado, assim como os pressupostos teóricos de cada uma delas. Além destas, outras teorias e abordagens trazem contribuições a saúde mental e trabalho, devendo ser mencionadas brevemente.

2.2.4 Outras contribuições para psicologia do trabalho

Seligmann-Silva (1994) refere que a psicologia do trabalho, atuante principalmente através da seleção de pessoal, agregou aos seus conhecimentos estudos na área da psicologia cognitiva, psicofisiologia e fisiologia a fim de compreender a formação de pessoas para diferentes atividades profissionais e melhoria das condições de trabalho. Ainda conforme a autora, uma das maiores contribuições desta disciplina é o planejamento de carreira. A psicanálise também contribuiu para a compreensão da saúde mental no trabalho. Seus conceitos, tais como a angústia e desejo, serviram de suporte teórico para os sofrimentos mentais e possibilitou a conexão do sofrimento ao trabalho. (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Conforme Seligmann-Silva (1994, p. 56) a ergonomia – o estudo sobre as necessidades humanas na interação com ferramentas, e outros dispositivos buscando o máximo “conforto, segurança e eficácia” – contribuiu no campo da saúde mental do trabalho, através do desenvolvimento do conceito de carga de trabalho. Embora a ergonomia tenha se mantido durante muitos anos analisando o trabalhador numa perspectiva psicofisiológica e neurofisiológica, evidencia-se um espaço cada vez maior para os aspectos subjetivos do trabalhador. (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Os estudos psicossomáticos também contribuem para a compreensão da saúde mental do trabalho, uma vez que, com muita frequência, distúrbios psicossomáticos são percebidos em trabalhadores. Dejours, conforme descreve Seligmann-Silva (1994), se utiliza das concepções do teórico Marty acerca da psicossomática para seus estudos sobre psicopatologia do trabalho e possibilita uma maior compreensão sobre a dinâmica dos sofrimentos, permitindo pensar em possíveis prevenções destes distúrbios.

Todos estes estudos citados contribuem para o entendimento de como a saúde mental se apresenta no âmbito do trabalho atualmente. Ainda que outras disciplinas já estudassem anteriormente fenômenos psicológicos, a saúde mental do trabalho focará em fenômenos específicos tais como o estresse, o esgotamento profissional e o desgaste. (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Ao falar em saúde mental é impossível não considerar as questões físicas e sociais de cada indivíduo, visto que ele é biopsicossocial. (PIMENTEL, 2005). Assim, ao se pensar na saúde mental no contexto do trabalho, deve-se perceber todo o contexto de trabalho em que a pessoa está envolvida, entre elas, as condições de trabalho (ambiente físico, biológico,

químico) e a organização do trabalho (divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, responsabilidade, sistema hierárquico e relações de poder). (DEJOURS, 1992).

Para Seligman-Silva (1994), o trabalho dominado é o principal aspecto na constituição do desgaste no trabalho, pois ataca a dignidade e a autonomia do trabalhador, causando-lhe sofrimento. Ainda conforme a autora, os estudos primordiais na área da saúde mental no trabalho foram motivados por interesses econômicos, visto que na época do *fordismo* e *taylorismo*, ainda que houvesse um aumento de produção, havia “fatores humanos” da produção que indicavam dificuldades nos processos produtivos e danos aos produtos.

Dejous (1992), por sua vez, diz que o sofrimento mental está diretamente ligado à organização do trabalho. Conforme Fernandes e outras (2006, p. 165) a organização do trabalho “produz efeitos sobre o corpo do trabalhador, passando pelo aparelho psíquico, onde é imposto certo modo de funcionamento, certa modelagem à luz das demandas, conteúdos e exigências da lógica do modo de produção”. Portanto, os trabalhadores estão inseridos, muitas vezes, em ambientes adoecedores, que causam efeitos sobre o indivíduo, tanto psicologicamente quanto fisicamente. Mas quais os efeitos psicológicos destes ambientes sobre os trabalhadores?

Conforme Glina e outras (2001), a inter-relação entre saúde mental e trabalho abrange desde o mal-estar até o transtorno psiquiátrico. Assim, pode-se pensar em diversos sofrimentos que nem sempre serão de fácil detecção. Sofrimentos como tensão, angústia e ansiedade, são características que podem indicar a insatisfação do profissional com seu trabalho e geram, por consequência, o abandono de suas atividades e diminuição da qualidade do trabalho oferecido, aumentando o nível de absenteísmo e de afastamentos do trabalho. (SESSA et al., 2008). Goldberg e Huxley (1993, apud BRAGA et al., 2010, p. 1586), nesta mesma lógica, afirmam que sintomas como “insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” que não podem ser classificadas em outras categorias da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou do 4º Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM IV), serão considerados como Transtornos Mentais Comuns, nomenclatura criada por eles.

A partir dessas perspectivas, consegue-se contextualizar a relação entre as condições de saúde mental e as influências do trabalho sobre elas. É importante ressaltar que, para caracterizar a percepção dos profissionais da saúde que compõem as equipes de SF acerca das dificuldades de realizar suas intervenções e as consequências destas sobre as

condições de saúde mental desses profissionais, nesta pesquisa será utilizado o conceito de saúde mental da OMS (2007). Como citado anteriormente, a OMS afirma entender a saúde como um estado de bem-estar em que sujeito consegue lidar com o estresse cotidiano de forma produtiva, contribuindo com o meio social. Torna-se importante desta forma caracterizar a saúde mental dos profissionais da saúde a partir de concepções e estudos desta área.

2.2.5 Saúde Mental dos Profissionais da Saúde

Ao entender a saúde como “a capacidade de lidar com as variabilidades do meio e criar novas normas de vida, pode-se afirmar que, quando o trabalho limita essa capacidade, a chance de adoecer é maior.” (BRASIL, 2009, p. 13). Os profissionais da saúde, no cotidiano do seu trabalho, podem se perceber diante de situações difíceis para o cumprimento de suas atividades preconizadas pela estratégia Saúde da Família. Estas situações podem aumentar as chances de adoecimento destes profissionais.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 279), nesta mesma lógica, afirmam que saúde mental é a capacidade “de construir a si próprio e à espécie, produzindo e reproduzindo a si próprio e à espécie”. Assim, os autores referem que quando o indivíduo se encontra diante da impossibilidade desta capacidade, surgem o distúrbio psicológico, o sofrimento psicológico ou a doença mental. Nogueira-Martins (2003), por sua vez, diz que o trabalho na área da saúde é um ambiente insalubre que, conseqüentemente, gera repercussões psicológicas para estes profissionais e para a relação destes com os usuários, resultando em situações insatisfatórias para ambos.

Conforme Trindade (2007), o trabalhador da saúde que tem consciência do seu processo de trabalho como um todo, tende a exigir-se mais para atingir seu produto final – a assistência a saúde. Na impossibilidade de atingir seus objetivos e considerando o vínculo que se constrói entre o trabalhador e o usuário, pode ocorrer um processo de tensão e desgaste emocional para o profissional da saúde (TRINDADE, 2007). Este processo emocional pelo qual o profissional passa, gera-lhe sofrimentos visíveis ou não e que nem sempre são de fácil percepção.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 161), condições favoráveis às habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho têm sido identificadas como importantes para que o trabalho “proporcione prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças”. No entanto, os profissionais da saúde se deparam, cotidianamente, com diversas situações causadoras de sofrimento psicológico. Trindade e Lautert (2010) afirmam que os trabalhadores da saúde são expostos, com frequência, à realidade da comunidade em que estão inseridos, nas quais os recursos podem ser escassos para atender a demanda, além das falhas na rede de atenção a saúde (como a falta de um profissional específico ou ausência de um dos serviços de saúde) que pode refletir na resolutividade das ações desenvolvidas por esses trabalhadores. Além disso, outros problemas como “trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, o valor atribuído ao trabalhador por parte da população e do governo, a gestão centralizada”, entre outros, podem também ser produtoras de sofrimento. (BRASIL, 2009, p. 10). A falta de organização do trabalho e ausência de profissionais são apontados como agravantes para realizar as atividades preconizadas na saúde. (SOUZA et al., 2010).

No que se referem a este estudo, as condições precárias de trabalho, sejam essas de organização, estrutura, desvalorização da profissão, entre outros aspectos, serão objetos de interesse quanto às dificuldades. A inadequação das unidades de Saúde da Família quanto à infra-estrutura, por exemplo, pode impossibilitar o trabalho do profissional da saúde na assistência aos usuários. (PEIXOTO, 2008). Cabe, no entanto, questionar: quais conseqüências terão estas sobre a saúde mental?

Diante das dificuldades que os profissionais da área da saúde encontram em seu trabalho, na impossibilidade de atingir seus objetivos e, com isso, construir a si e ao outro, estes profissionais podem apresentar sintomas psicossomáticos e comportamentos que não condizem com o que lhes é preconizado. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 161) no manual sobre doenças relacionadas ao trabalho:

As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Quanto aos sintomas psicológicos dos profissionais da área da saúde, Nogueira-Martins (2003) afirma que entre os sintomas que se apresentam no cotidiano destes

trabalhadores estão: irritabilidade, humor depressivo, ansiedade, rigidez, ceticismo, desinteresse, etc.. Silva e Menezes (2008) pontuam como sintomas característicos do trabalho em saúde a exaustão emocional, despersonalização e decepção, aspectos característicos da síndrome do estresse ocupacional. Outros fenômenos estudados com frequência na área da saúde mental do trabalhador é a síndrome de *Burnout*.

A Síndrome de *Burnout*, é um estágio bastante avançado do estresse laboral crônico, em que o sujeito, diante de intensos estímulos estressores, encontra-se com recursos esgotados ou inadequados para a demanda existente, demonstrando que o trabalho não tem mais sentido. (RONCHI, 2010). Segundo França (1977 apud TRINDADE; LAUTERT, 2010), esta síndrome tem por características sintomas físicos e psíquicos, e pode vir juntamente com a frustração em relação a si e ao trabalho. Codo e Gazzotti (1999 apud TRINDADE, 2007) dividem o processo da síndrome de *Burnout* em três fatores: a despersonalização, a exaustão emocional e o baixo envolvimento pessoal com o trabalho. Como mencionado anteriormente, as precárias condições de trabalho em que as equipes de Saúde da Família podem estar inseridas é um aspecto que pode colaborar para o desencadeamento desta síndrome. Assim, esta também tem sido característica da saúde mental destes profissionais apontadas por alguns autores.

De acordo com Trindade (2007), o profissional da equipe de saúde, diante das possíveis dificuldades que encontra nas unidades de saúde, pode gerar um descontentamento com seu trabalho, assumindo uma postura de insatisfação e baixo envolvimento pessoal, caracterizando, aos poucos a, despersonalização. Este tipo de postura gerará conflitos e desconfortos e, por consequência, sofrimento no trabalho.

Outro transtorno mental frequente em profissionais da saúde é a ansiedade. Esta doença se caracteriza como um estado emocional em que há um medo intenso direcionado ao futuro, ocorrendo alterações somáticas em episódios persistentes. (GENTIL, 1997). Este transtorno, segundo Gentil (1997, p. 29) só pode ser identificado por dedução ou questionamento, uma vez que ele pode se apresentar em estados emocionais como “ira, expectativa, medo, excitação”, entre outros semelhantes.

Conforme Nascimento-Sobrinho e outros (2006), não há como contestar a existência de condições de trabalho que geram ansiedade, medo, estresse. No entanto, segundo os autores, pouco se sabe sobre as características da saúde mental das pessoas expostas a esses fatores. Martines e Chaves (2007) descrevem em sua pesquisa com agentes comunitários de saúde que estes apresentam sentimentos de frustração, de ansiedade, de

revolta e de inutilidade diante de situações de incompletude ou desqualificação do seu trabalho, entre outras situações desgastantes para eles. A ansiedade, então, é mais uma maneira na qual podem se manifestar os sofrimentos psicológicos dos profissionais da saúde.

A depressão, por sua vez, é caracterizada como um humor disfórico que pode variar em sua intensidade e tempo de duração, oscilando entre um humor normal a sentimento intenso de tristeza e insatisfação. (VANDENBOS, 2010). Sessa e outras (2008), em sua pesquisa sobre a influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional de profissionais da saúde, relatam ter encontrado incidência de pessoas com depressão e que estes sujeitos tenderam a descrever sua realidade laboral de forma negativa.

Segundo Pimentel (2005), não há como investigar o sofrimento psicológico sem perceber as manifestações somáticas dos trabalhadores. Ainda conforme a autora, profissionais da saúde são mais vulneráveis a sintomas somáticos uma vez que convivem com o sofrimento, a dor e a morte. De acordo com Pimentel (2005):

O fenômeno psicossomático é uma explosão no corpo com uma função de descarga, como uma resposta sem palavras a um conflito primitivo, não verbal, provocando curto circuito no trabalho psíquico e onde um órgão é chamado a reagir psiquicamente.

Pimentel (2005) afirma que os profissionais da saúde, muitas vezes, em seu processo de formação, são treinados para não envolverem emoções em suas intervenções. Represar afetos, segundo a autora, os torna mais vulneráveis a sintomas somáticos. Entre os sintomas freqüentes que os profissionais da saúde apresentam, Nogueira-Martins (2003) destaca sintomas como cefaléia, fadiga e distúrbios gastrointestinais.

Nogueira-Martins (2003) afirma que os sintomas psicológicos e somáticos se expressam no comportamento dos profissionais da saúde na realização de suas intervenções, realizando, por exemplo, consultas rápidas, rótulos depreciativos aos usuários, evitando pacientes, entre outros comportamentos. Na mesma linha de raciocínio, Camelo e Angerami (2004) destacam que a presença de trabalhadores estressados pode tornar as intervenções ineficientes, dificultar a comunicação entre os membros da equipe ou entre a equipe e os usuários, gerando insatisfação para ambos e diminuindo a produtividade.

Desta forma, entende-se que os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família também estão propensos a enfrentar situações geradoras de estresse, podendo se manifestar psicologicamente de várias maneiras, tal como através da depressão, ansiedade, insatisfação com o trabalho, entre outras formas. Estas formas de sofrimento psicológico

poderão, por sua vez, evidenciar-se através de suas ações no trabalho, nas relações com outros profissionais e com os usuários, desestruturando, aos poucos, princípios importantes para o trabalho em saúde tal como a idéia de vínculo, humanização e a promoção de saúde.

3 MÉTODO

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto à natureza, esta pesquisa caracteriza-se como sendo de caráter quanti-qualitativo, visto que o problema deste estudo voltou-se à percepção dos sujeitos, considerando que há uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Ao mesmo tempo, visou quantificar a ocorrência de tais percepções, descrevendo-as numericamente.

Quanto aos seus objetivos, esta pesquisa caracterizou-se como descritiva, conceituado por Gil (2002, p. 42) como “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Conforme a definição do autor, esta pesquisa se assemelha com tal conceito, visto que seu objetivo foi caracterizar a percepção de sujeitos acerca das dificuldades no trabalho e relacionando-as com a saúde mental deles.

Quanto ao delineamento, caracteriza-se como um estudo de campo. Este estudo caracteriza-se por aprofundar fenômenos de determinado grupo ou comunidade, ressaltando a interação entre eles (GIL, 2002).

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 16 profissionais pertencentes a três equipes que atuam em Saúde da Família, em Palhoça/SC. No entanto, os participantes não serão distinguidos por equipe, mas por profissão, pois ao longo da pesquisa não foram percebidas diferenças significativas da percepção do trabalho entre as equipes. Além disso, dificulta o processo de identificação dos sujeitos, uma vez que o número de participantes em cada equipe é pequeno.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa						
Participante	Sexo	Idade	Tempo de atuação na AB	Tempo de atuação na equipe	Carga horária de trabalho	Escolaridade
Agentes Comunitários de Saúde						
ACS1	F	Entre 31 a 40 anos	Entre 7 a 10 anos	Entre 7 a 10 anos	40h sem	E. Médio
ACS2	F	Entre 31 a 40 anos	Entre 3 a 6 anos	Entre 3 a 6 anos	40h sem	E. Médio
AC3	F	Entre 31 a 40 anos	Entre 3 a 6 anos	Entre 3 a 6 anos	40h sem	E. Médio
AC4	F	Entre 51 a 60 anos	Entre 3 a 6 anos	Entre 3 a 6 anos	40h sem	E. Superior (incomp.)
Técnicos / auxiliar de Enfermagem						
T.ENF1	F	Entre 31 a 40 anos	3 anos e 2 meses	3 anos e 2 meses	40h sem	E. Médio
T.ENF2	F	Entre 31 a 40 anos	Inferior a 1 ano	Inferior a 1 ano	40h sem	E. Superior (incomp.)
T.ENF3	F	Entre 21 a 30 anos	Entre 3 a 6 anos	Inferior a 1 ano	40h sem	E. Superior
T.ENF4	F	Entre 31 a 40 anos	Entre 1 a 2 anos	Entre 1 a 2 anos	40h sem	E. Superior
T. ENF5*	M	Entre 41 a 50 anos	Entre 16 a 20 anos	Entre 11 a 15 anos	30h sem	E. Médio
T.ENF6	F	Entre 21 a 30 anos	Entre 1 a 2 anos	Entre 1 a 2 anos	40h sem	E. Médio
AUX.ENF*	F	Entre 41 a 50 anos	Entre 7 a 10 anos	Entre 7 a 10 anos	30h sem	E. Médio
Profissionais de Ensino Superior						
ENF1	F	Entre 41 a 50 anos	Superior a 20 anos	Entre 1 a 2 anos	40h sem	Pós-graduação
ENF2	M	Entre 21 a 30 anos	Inferior a 1 ano	Inferior a 1 ano	40 h sem	Pós-graduação (incompl.)
DENTISTA	F	Entre 41 a 50 anos	Entre 3 a 6 anos	Entre 1 a 2 anos	40h sem	Pós-graduação
Coordenadora	F	Entre 21 a 30 anos	Entre 1 a 2 anos	Entre 1 a 2 anos	40h sem	E. Superior
MÉD.	F	Entre 51 a 60 anos	9 anos	Entre 1 a 2 anos	40h sem	Pós- graduação
*Sujeitos não pertencem a ESF, mas são contratados da UBS, por isso, tem um número reduzido de horas de trabalho.						

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Dos 16 participantes, quatro são agentes comunitárias de saúde e serão identificados no decorrer do trabalho como AC1, AC2, AC3 e AC4. As agentes possuem de quatro a oito anos de trabalho nas unidades, caracterizando-se como os profissionais com maior tempo de serviços nas equipes de Saúde da Família.

Outra categoria profissional participante da pesquisa foram os técnicos de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. Participaram sete sujeitos, identificados como T.ENF1, T.ENF2, T.ENF3, T.ENF4, T.ENF5, T.ENF6, A.ENF. O tempo de trabalho da maior parte dos participantes na equipe era recente, aproximadamente de 1 ano, sendo que uma das participantes trabalha a mais de 3 anos. Outros 2 participantes, que trabalham a 9

anos e a 15 anos nas unidades básicas não pertencem à equipe de Saúde da Família, porém foram considerados devido ao longo tempo de trabalho.

Sobre os profissionais de saúde com ensino superior, participaram da pesquisa 5 sujeitos, sendo estes uma médica, enfermeiros, uma coordenadora (enfermeira) e uma dentista. Estes profissionais possuem menos de 2 anos de trabalho na equipe.

Apesar de não diferenciar os sujeitos por UBS em que trabalham, é importante contextualizá-las³, pois a pesquisa se refere ao ambiente de trabalho. A primeira UBS é composta por uma equipe mínima de ESF (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e um nutricionista e pediatra do NASF, de acordo com o coordenador da unidade. Além disso, recentemente integrou-se a equipe um dentista e um auxiliar de dentista. A segunda UBS é composta pelos profissionais da equipe mínima, uma dentista e um fisioterapeuta. A terceira UBS é composta por duas equipes da ESF e uma equipe do PACS. Além disso, integra a equipe um ginecologista, um pediatra, um fisioterapeuta, assistente social e um nutricionista.

As ações em saúde realizadas pela ESF em Palhoça, conforme explicitado no site da Secretaria de Saúde do município, visam reorganizar a atenção em saúde e

possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (PALHOÇA, 2011, s/p).

Existe na Palhoça, atualmente, 19 unidades básicas de saúde distribuídas entre três grandes regiões do município a fim de atingir seus objetivos de proporcionar acesso a cuidados em saúde para a maior parte dos indivíduos. Além destes dispositivos, há também, o pronto socorro do município, assim como o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), voltado ao atendimento a portadores de sofrimento psíquico. Estes dispositivos, assim como o número elevado de UBS, denotam que vem sendo feitos investimentos na área da saúde, ainda que haja necessidade de crescimentos para satisfazer a demanda em saúde existente.

³ As descrições das Unidades de Saúde da Família estão baseadas nos indicadores do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para caracterizar a percepção dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família acerca das dificuldades de intervir e as conseqüências destas dificuldades sobre a saúde mental destes profissionais, foi necessário a utilização de folhas A4, contendo impresso o instrumento de coleta de dados elaborado pela autora e os termos de consentimento livre e esclarecido. Além disso, foram utilizados para a elaboração e aplicação do mesmo: notebook, impressão e canetas.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

O ambiente da coleta diferenciou-se conforme a estrutura de cada Unidade. Na primeira UBS, três sujeitos responderam ao questionário ao mesmo tempo e em uma mesma sala reservada. As outras duas participantes responderam posteriormente em outras salas individuais. A pesquisadora esteve presente em todas as aplicações.

Na segunda UBS a aplicação foi realizada com quatro sujeitos em uma mesma sala, porém, em momentos diferentes. O quarto participante respondeu ao questionário no balcão de recepção e ao último participante foi deixado o questionário para que respondesse e entregasse no dia posterior, esclarecendo ao participante que caso houvesse dúvidas, poderia tirá-las no dia da entrega do questionário. Com exceção deste último, a pesquisadora esteve presente em todas as aplicações.

Na terceira UBS a aplicação de três questionários foi realizada em salas individuais com a presença da pesquisadora. Outros dois questionários foram deixados com os participantes para que levassem para casa e trouxessem respondidos e, caso houvesse dúvidas, poderiam tirá-las no dia em que a pesquisadora fosse receber os questionários.

3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário com 32 questões elaborado pela pesquisadora, contendo três questões abertas e o restante fechadas. Para a elaboração do questionário, foram consideradas as seguintes variáveis: caracterização das dificuldades percebidas no trabalho, caracterização das intervenções afetadas devido a dificuldades na unidade de saúde, situações estressoras, desempenho nas atividades, sentimentos relacionados ao trabalho, possíveis transtornos mentais e a relação entre o trabalho e a saúde mental estabelecida pelos profissionais. Algumas categorias referentes às dificuldades encontradas pelos trabalhadores foram adaptadas da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (SISTO et al., 2007) e do artigo “Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde” (AQUINO, 2007). Categorias referentes à saúde dos trabalhadores foram adaptadas do instrumento de coleta de dados da pesquisa de mestrado “Saúde Mental dos Profissionais da Saúde” (PIMENTEL, 2005).

A fim de verificar se o instrumento de coleta de dados estava coerente com os objetivos desta pesquisa, foram realizados dois testes piloto. O teste resultou em algumas modificações no questionário, acrescentado duas questões sobre as atividades afetadas e sobre a relação que faziam entre as condições de saúde mental e o trabalho. Modificou-se também a estrutura de outras perguntas, a fim de facilitar o entendimento das mesmas por parte dos sujeitos.

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1 de seleção dos participantes

Conforme o Ministério da Saúde (2006, p. 24), a equipe de Saúde da Família é “composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de

enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde”. Sendo assim, a pesquisa envolvia estes profissionais, e outros que pudessem pertencer à equipe e tivessem esse perfil para participar da pesquisa. Por conta do tempo de trabalho dos profissionais, foram incluídos dois participantes na pesquisa que não pertencem a ESF, mas que possuem uma longa experiência com a UBS e, por isso, foram aceitos na pesquisa.

Como critério de inclusão, se pensou inicialmente que os profissionais deveriam trabalhar na unidade de saúde por um período mínimo de um ano, a fim de que tivessem familiaridade com o processo de trabalho da equipe em que estão inseridos. No entanto, a realidade das três unidades indicava um número muito grande de contratações recentes. Por conta disso, optou-se por diminuir o tempo mínimo de trabalho para seis meses, sendo que o menor tempo de trabalho dos participantes foi de sete meses.

Foram excluídos os trabalhadores com tempo inferior a seis meses de trabalho na unidade. Quanto à seleção da unidade de Saúde da Família, foi realizada por indicação do setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde da Palhoça considerando como critério de seleção o tempo de contratação dos profissionais.

3.6.2 de contato com as coordenações responsáveis

Inicialmente, foi realizada uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça-SC, para a apresentação do projeto à coordenadora da Saúde da Família, solicitando sua autorização para a realização do estudo. Foi pedido a ela que assinasse um documento para ser entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP-UNISUL). Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e a realização de uma aplicação piloto do questionário elaborado, foi realizado contato com o setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde que logo indicou as três unidades. Após, foi efetuado o contato com a coordenação de cada equipe, sendo agendado os dias para aplicação do questionário.

3.6.3 de contato com os participantes

O contato ocorreu na maior parte das vezes pela indicação do próprio coordenador da unidade, pois estes sabiam quais profissionais se enquadravam nos critérios da pesquisa. Na primeira UBS, foi agendada uma data possível de realizar a coleta de dados, e todos os questionários foram aplicados neste dia. Na segunda UBS, também foi agendado uma data para realizar a coleta com a coordenadora da unidade, a fim de que fosse apresentada a proposta da pesquisa aos profissionais de saúde. Foram realizadas duas visitas para o contato com os profissionais. Nesta unidade, foi realizado contato com um profissional que, no entanto, não se aplicou o instrumento por desistência do sujeito.

Na terceira UBS o contato foi mais trabalhoso, pois, por ser um estabelecimento de saúde maior, a demanda de usuários é maior. Foi agendado com a coordenadora, através de uma visita a unidade, o melhor dia para aplicar os questionários. Neste dia, foi estabelecido contato com dois profissionais que agendaram a coleta de dados para outro dia da semana. Foi estabelecido contato em uma segunda visita com outras três profissionais, que aceitaram participar da pesquisa, porém, não aceitaram responder o questionário na UBS. Foi ainda realizada uma última visita, em que outro profissional aceitou participar da pesquisa e a aplicação do instrumento foi realizada neste mesmo dia.

É importante destacar que foi informado a todos os participantes que a pesquisa era voluntária. Portanto, poderiam desistir de participar, mesmo após a aplicação do instrumento.

3.6.4 de coleta e registro de dados

Para a coleta de dados a pesquisadora foi até os locais de trabalho dos participantes, sendo que isso ocorreu através de várias visitas, como explicado anteriormente.

Na primeira UBS toda a coleta de dados foi realizada no mesmo dia, sendo que três participantes responderam o questionário em uma mesma sala, e outras duas participantes responderam em salas individuais. Na segunda UBS a coleta de dados ocorreu em dois dias.

No primeiro dia, foi aplicado o instrumento em quatro sujeitos, sendo três respondidos em uma mesma sala, e um dos questionários respondidos na recepção. No segundo dia, aplicado o instrumento de coleta de dados em um sujeito. Neste último dia foi entregue o instrumento a um dos participantes para que o respondesse em casa e entregá-lo no dia posterior, pois não haveria tempo viável para a aplicação do mesmo naquele dia.

Na terceira unidade de saúde, a aplicação do questionário ocorreu em três ocasiões. Na primeira ocasião foram aplicados dois questionários, individualmente, nas respectivas salas de trabalho. Na segunda ocasião foi entregue o questionário para três profissionais que, por serem ACS, tinham receio de permanecer na UBS no horário em que deveriam realizar as visitas, prontificando-se, então, a respondê-lo em casa. Duas participantes responderam o questionário e o entregaram três dias depois, a terceira ACS não respondeu o questionário. Na terceira visita a UBS foi aplicado um último questionário, e a aplicação do mesmo ocorreu na sala de triagem da UBS.

A pesquisadora esteve presente durante a aplicação do instrumento de coleta de dados para esclarecer eventuais dúvidas. A exceção foi para os três participantes com que se deixou o questionário para que respondessem. No momento da coleta de dados foi explicitado aos participantes a questão do sigilo quanto à identidade de cada um. Estas informações também estavam presentes no termo de consentimento livre e esclarecido elaborado pela autora e que foi entregue a eles uma via, após a assinatura destes consentindo em participar da pesquisa. Sendo um questionário impresso, o registro das respostas foi feito pelos próprios participantes.

3.6.5 de organização, tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em uma planilha de Excel a fim de melhor visualizá-los. Posteriormente, para as questões fechadas com categorias definidas *a priori*, foram analisadas com base nos dados brutos, indicando a quantidade de sujeitos que respondeu a cada alternativa de cada questão e as mesmas foram apresentadas em gráficos. As categorias definidas *a priori* baseavam-se nas seguintes variáveis: perspectiva profissional, relação que estabelece com o trabalho, dificuldades percebidas no trabalho, dificuldades que mais causam incômodo, sentimentos relacionados as dificuldades no trabalho, estilo de vida

do profissional, sintomas frequentes. No que diz respeito às questões abertas, estas foram analisadas através de análise de conteúdo e avaliaram as intervenções afetadas e a relação entre o trabalho e a saúde mental. Para a realização da análise de conteúdo, o material coletado foi lido atentamente e posteriormente, elaborou-se categorias a partir da leitura do material e, com base no referencial teórico, apresentou-se as categorias em quadros ao longo da discussão dos resultados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fim de analisar e discutir os dados coletados através dos questionários, neste trabalho foram organizados dois eixos temáticos. O primeiro eixo, presente no primeiro subcapítulo, está dividido em quatro subseções. Inicialmente, na primeira subseção, são apresentadas as perspectivas profissionais e a relação que os participantes estabelecem com o seu trabalho. Na segunda subseção, são apresentadas as dificuldades percebidas pelos profissionais da saúde e o quanto as dificuldades percebidas afetam estes profissionais. Posteriormente, são apresentadas as intervenções dos participantes que são afetadas pelas dificuldades percebidas no ambiente de trabalho. Por último, é discutida a relação que os participantes estabelecem com o trabalho a partir das dificuldades percebidas e da inviabilização de suas atividades. No segundo eixo, é feita uma discussão, a partir da análise dos dados, sobre as condições de saúde mental e a relação que os participantes estabelecem entre sua saúde mental e seu trabalho, conforme proposto nos objetivos desta pesquisa.

4.1 DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O trabalho, conforme pontua Ronchi (2010), é uma forma que o homem encontra de se afirmar, construir e realizar, portanto, tais aspectos contribuem para que o trabalho se torne, cada vez mais, centro da vida de muitos indivíduos. O papel estruturante do trabalho também é reforçado por Borges e outros (2006) como um dos pressupostos dos estudos em uma perspectiva psicossocial para o campo da saúde mental no trabalho. É devido à importância deste pressuposto que, quando associado a condições deteriorantes, o trabalho pode ser fonte de sofrimento. Considerando então estes aspectos, serão identificadas as dificuldades decorrentes do trabalho na percepção dos profissionais de saúde participantes deste estudo, assim como alguns sentidos atribuídos as situações geradoras de dificuldades.

4.1.1 Perspectivas de atuação profissional e a relação estabelecida pelos profissionais da área da saúde com o seu trabalho

O trabalho, segundo Ronchi (2010, p. 19) é colocado, via processos de socialização, como uma das “atividades mais relevantes e constituintes dos significados da vida”. A relação estabelecida pelos indivíduos com o seu trabalho, conforme afirma Ronchi (2010), é não apenas de atingir os níveis de produtividade na organização a que pertencem, mas também em manter seus empregos de acordo com suas expectativas e perspectivas. No que diz respeito a esta pesquisa, torna-se importante contextualizar a relação que tem sido estabelecida com o trabalho pelos profissionais da área da saúde, uma vez que esta relação repercute sobre a percepção que eles têm sobre as dificuldades relatadas. Para avaliar tais aspectos, inicialmente, foi questionado aos participantes da pesquisa qual a perspectiva profissional deles para os próximos dois anos.

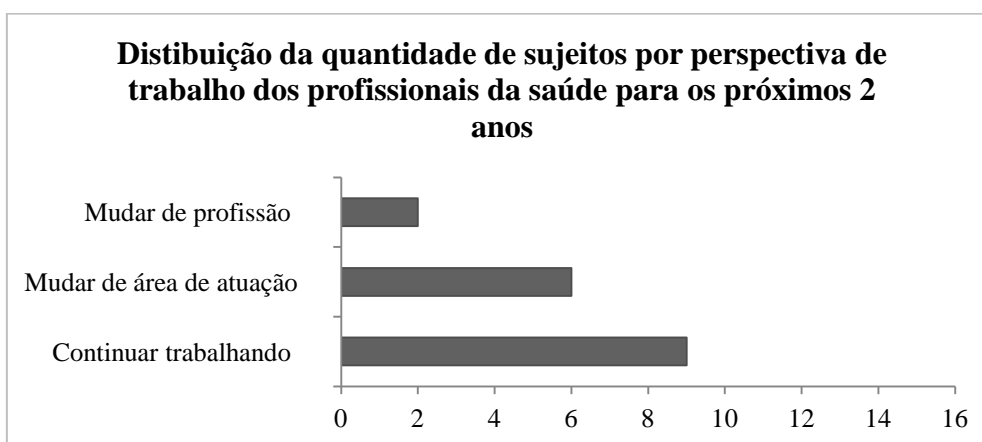


Gráfico 1 – Distribuição de quantidade de sujeitos por perspectiva de trabalho dos profissionais da saúde para os próximos 2 anos.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Como é possível verificar no Gráfico 1, dos 16 participantes da pesquisa, 9 assinalaram que pretendem continuar trabalhando nas respectivas Unidades de Saúde da Família. Para outros 6 sujeitos da pesquisa, manifesta-se o desejo de mudar de área de atuação profissional. Além disso, outros 2 participantes assinalaram que desejam mudar de profissão. Ressalta-se que um destes últimos justificou seu desejo de mudar de profissão através da seguinte afirmação: “*minhas perspectivas não são muito boas, pois a cada dia que passa estou mais decepcionada com a enfermagem*” (T.ENF3). Dentre os 8 participantes que

referem mudança de atuação ou profissão, 6 pertencem à classe profissional de agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem.

Nogueira-Martins (2003) afirma que o trabalho em saúde pode ser caracterizado por um estado de insalubridade que traz repercussões psicológicas para os profissionais, causando insatisfação tanto para o profissional quanto para os usuários. A partir da afirmação, trazida anteriormente, feita pela técnica de enfermagem, é possível cogitar uma relação entre a insatisfação com o trabalho e a mudança de área de atuação e/ou de profissão. Este desejo pode estar relacionado a características do trabalho destes profissionais.

Especificamente sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem, Silva (2008) afirma que existem conflitos entre as diversas categorias profissionais, gerados pela divisão do trabalho no campo de saúde, principalmente no que se refere ao trabalho do Enfermeiro, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem. Sobre o papel dos técnicos ou auxiliares de enfermagem, a autora pontua que as atividades realizadas por eles nem sempre condizem com a formação profissional, podendo gerar descontentamento com o trabalho. Portanto, esta pode ser uma das razões de descontentamento com o trabalho dos técnicos de enfermagem, que pode levar à insatisfação com o trabalho e, por consequência, um desejo de mudar de área de atuação profissional.

De acordo com Ronchi (2010), existem alguns fatores que estão relacionados ao significado do trabalho a que os trabalhadores almejam que vão além da remuneração, tais como reconhecimento, autoestima, oportunidade de crescimento e desenvolvimento, estabilidade. Além disso, o autor pontua também que o trabalho pode ser fonte de diversos sentidos, podendo em alguns momentos ser emancipador e, em outros, escravizante. Com a finalidade de descobrir os sentidos que os profissionais da área da saúde atribuem ao seu trabalho, foi questionado aos participantes que tipo de relação eles estabelecem com seu trabalho, de acordo com categorias definidas *a priori* pela pesquisadora.

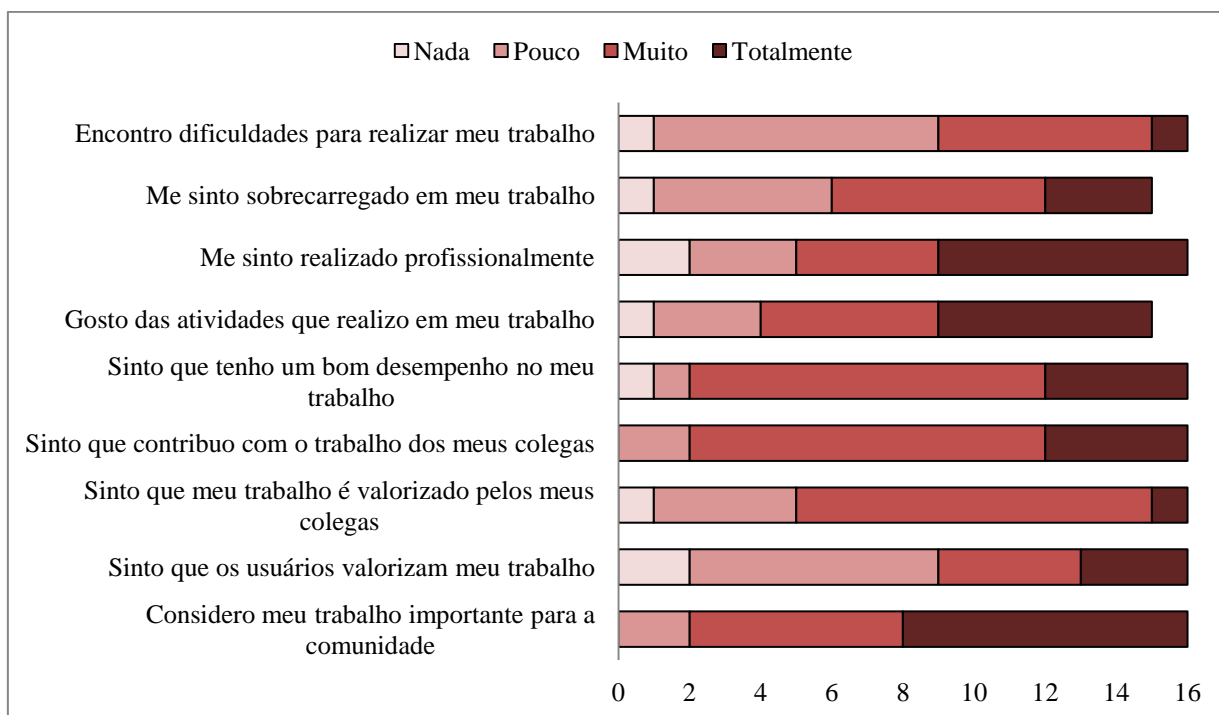


Gráfico 2 – Relação que os profissionais estabelecem com o trabalho de acordo com a intensidade dessa relação. Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Como é possível perceber no gráfico 2, dentre os 16 sujeitos pesquisados, 14 responderam que seu trabalho é “muito” ou “totalmente” **importante para a comunidade**. No que se refere à **contribuição do trabalho dos participantes para seus colegas**, 14 participantes responderam que contribuem “muito” ou “totalmente” para o trabalho dos colegas. Quando solicitados a **avaliar seu desempenho no trabalho**, 14 sujeitos assinalaram que o desempenho é positivo. Na questão referente à **valorização do seu trabalho por parte dos colegas**, 11 participantes afirmam sentir-se “muito” ou “totalmente” valorizados. Questionados sobre a **realização profissional**, 11 participantes afirmaram sentir-se realizados. Percebe-se, assim, que para a maior parte dos sujeitos pesquisados há aspectos positivos em relação ao trabalho, contudo, ressalva-se que estes, em sua maioria, são profissionais de ensino superior e técnicos/auxiliar de enfermagem – e não reflete, na maior parte dos casos, a mesma percepção partilhada pelos agentes comunitários de saúde.

A valorização e a realização profissional podem estar relacionadas com o conteúdo do trabalho em si, uma vez que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana. A assistência em saúde, conforme afirma Pires (1999), envolve trabalhadores que dominam técnicas especiais para produzir atos de saúde e, historicamente, sempre foi considerada uma atividade especial.

Em contrapartida, dentre os sujeitos que responderam sentir-se “pouco” ou “nada” valorizado pelos colegas (5 sujeitos), pouco realizado profissionalmente (5 sujeitos), que seu trabalho não tem importância para a comunidade (2 participantes), pouca ou nenhuma contribuição para o trabalho dos colegas (2 participantes) e que avaliaram seu desempenho como insatisfatório (2 participantes), representam, em sua maioria, a categoria de agentes comunitários de saúde. Logo, os dados indicam que há uma diferença de percepção sobre o trabalho entre os diferentes profissionais de saúde que participaram da pesquisa que podem estar relacionadas à classe profissional, principalmente com o papel exercido pelo ACS. Sobre o perfil destes profissionais, Silva e Dalmaso (2002) afirmam que é possível identificar dois aspectos referentes à atuação do agente comunitário: um aspecto técnico, que se refere ao atendimento direcionado às famílias e ao indivíduo, intervindo na prevenção de agravos ou monitorando grupos; e outro aspecto político, que funciona na organização da comunidade, na tentativa de transformação da realidade existente. Conforme as autoras, o dilema dos ACS é juntar estes dois pólos, que frequentemente encontram conflitos entre si, se evidenciando na prática cotidiana.

Tomaz (2002, p. 84), em contrapartida, diz que não se pode delegar ao ACS o papel de “mola propulsora da consolidação do SUS”, pois para a consolidação do SUS há inúmeros fatores envolvidos, sejam eles fatores técnicos, políticos, sociais e a necessidade do envolvimento de diversos atores, não só o ACS.

Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnico-assistencial ou político-social. Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. (TOMAZ, 2002, p. 84).

A falta de preparo para lidar com esta ambivalência da profissão e a sobrecarga advinda deste papel distorcido que lhe é atribuído, pode contribuir para que os agentes comunitários não se sintam realizados profissionalmente. Além disso, vale problematizar as implicações dessa desvalorização para o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que este papel desvirtuado da realidade contribui para que o profissional permaneça constantemente sobre tensão em sua prática profissional.

As informações contidas no Gráfico 2 trazem à tona, também, a questão da **valorização do trabalho pelos usuários do SUS**. A este respeito, 9 sujeitos – sendo estes agentes comunitários e técnicos de enfermagem – responderam que se sentem “pouco” ou

“nada” valorizados; e 7 sujeitos afirmaram sentir-se muito ou totalmente valorizados. Acerca deste aspecto, Dimenstein e Santos (2005) salientam que o trabalhador, além da remuneração adequada, ao aderir ao trabalho no SUS, busca um reconhecimento de suas ações produzidas, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pela sociedade. Logo, considerando as possíveis dificuldades de efetuar suas intervenções, que consistem em atos de produção de saúde, estes profissionais, que estão em constante contato com a comunidade, podem perceber a insatisfação dos usuários, não se sentindo valorizados.

Sobre as **atividades que realizam na unidade de SF**, 11 sujeitos afirmam gostar “muito” ou “totalmente” das atividades, no entanto, os 4 sujeitos que responderam gostar “pouco” ou “nada” são, novamente, ACS. Estes dados podem levar a pensar que o nível de insatisfação com as atividades realizadas pode estar relacionado ao fato da pouca importância atribuída às atividades destes profissionais na divisão de trabalho, pela ótica capitalista.

A este respeito, Ramos (2007), ao falar sobre as divisões de trabalho na saúde, afirma que os agentes comunitários, pensados enquanto parte de uma equipe multiprofissional, estão inseridos em uma divisão de trabalho capitalista. A lógica da divisão de trabalho nesta perspectiva reserva o domínio dos conhecimentos científicos aos que têm acesso aos níveis superiores de ensino – como ocorre na Medicina e na Enfermagem – para executar tarefas que competem ao trabalho intelectual (por exemplo, tarefas que envolvem planejamento, realização de diagnóstico, entre outros). Aos profissionais de nível intermediário, como o técnico de enfermagem, competem tarefas intermediárias. Por fim, aos ACS cabe a incumbência de tarefas “simples”. Esta visão compartimentada do trabalho, conforme afirma Ramos (2007), faz com que se dificulte o processo de totalidade do objetivo que rege a equipe de Saúde da Família. Como crítica, a autora refere que de modo algum, o trabalho do ACS deve ser tomado como ‘simples’, e ressalta a importância de que este profissional, e todos que integram a equipe de saúde, compreendam “a totalidade do processo de trabalho de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas.” (RAMOS, 2007, p. 46). Portanto, os ACS podem ter seu trabalho desqualificado tanto pelos demais profissionais quanto pelos usuários dos serviços de saúde, devido à falta de qualificação que nem sempre é oferecida de forma adequada e pelo próprio conteúdo do trabalho, que apesar da importância para as diretrizes do SUS, não é reconhecido historicamente, uma vez que esta profissão é relativamente nova, comparada a outras profissões que atuam no âmbito da saúde.

Outro dado relevante que se evidencia na pesquisa refere-se à **sobrecarga de trabalho**. Acerca deste aspecto, a maior parte dos sujeitos (9) assinala sentir-se “muito” ou

“totalmente” sobrecarregado, sendo estes, em sua maioria, ACS e técnicos de enfermagem. Do mesmo modo, 7 sujeitos referem encontrar muitas **dificuldades para realizar seu trabalho**. Sobre esta categoria Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) afirmam que os profissionais da área da saúde são muitas vezes desafiados a exercer suas funções e cumprir suas responsabilidades em um ambiente que não é ideal para aquilo que pretende os princípios do SUS. Deste modo, pode-se pensar que o ambiente de trabalho previsto como ideal nas políticas de saúde, na realidade dos participantes não tem se efetivado. Logo, estes profissionais deparam-se com dificuldades que nem sempre estão previstas em seu trabalho, podendo gerar sobrecarga de trabalho, dentre outras consequências.

4.1.2 Relações entre as dificuldades no trabalho percebidas pelos profissionais da saúde e a intensidade do incômodo gerado por essas dificuldades

Nesta subseção será abordado sobre as dificuldades cotidianas no trabalho percebidas pelos profissionais participantes da pesquisa e a intensidade de incômodo gerada por essas dificuldades. Para coletar estas informações utilizou-se de duas questões (uma avaliando a frequência das dificuldades no trabalho e outra avaliando a intensidade de incômodo destas dificuldades) com categorias definidas *a priori* elaboradas pela pesquisadora baseada em relatos de artigos científicos e na própria vivência da pesquisadora em UBS. Vale destacar que novas categorias surgiram a partir de outras dificuldades relacionadas ao trabalho relatadas por alguns participantes ao longo do questionário e serão também pontuadas.

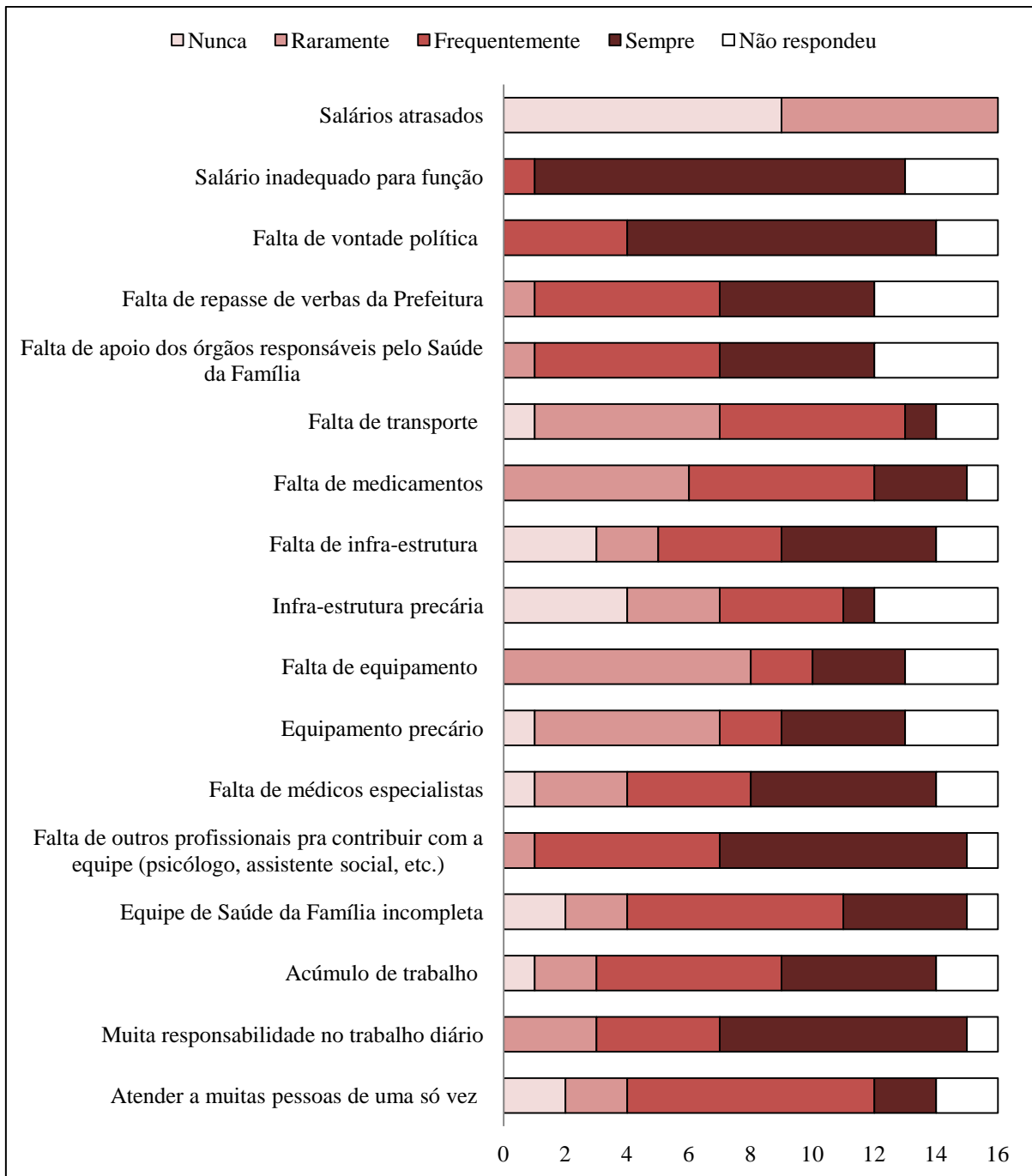


Gráfico 3 – Relação entre as dificuldades percebidas pelos profissionais na Unidade de Saúde e a frequência com que ocorrem.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Sobre a relação entre as dificuldades percebidas pelos profissionais na unidade de saúde e a frequência com que essas dificuldades ocorrem, na percepção deles, no Gráfico 3 é possível perceber importantes contribuições para a discussão. Inicialmente, percebe-se que, dentre as dificuldades percebidas com maior ocorrência pelos profissionais de saúde, **a falta de apoio dos órgãos responsáveis pela ESF**, assinalada por 11 participantes, e **a falta de verba da prefeitura**, também referida por 11 participantes, estão diretamente ligadas a

dificuldades de gestão. Sobre esta questão, Merhy (2007) afirma que é preciso que os gestores impactem os modos como são construídas as relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços de saúde, pois sem isso não há intervenções transformadoras nos modelos de atenção à saúde. A partir disso, é possível supor que várias das outras dificuldades encontradas nos serviços de saúde, são relacionadas pelos sujeitos a dificuldades de gestão, uma vez que a falta de apoio é percebida através da impossibilidade de cumprir aquilo que pretende as diretrizes da Atenção Básica através das atividades da ESF.

Ainda sobre a dificuldade de gestão, a categoria mais recorrente citada pelos participantes, assinalada por 14 sujeitos, se refere à **falta de vontade política**. Merhy (2007, p. 16) pontua que é preciso ter cuidado com o entendimento que se tem da palavra governo, pois, “não é porque um grupo ou indivíduo não seja formalmente governo que ele não tenha governabilidade sobre certos processos, marcando com sua capacidade de governo o modo como se faz a gestão das práticas institucionais e técnicas.”. Portanto, a política é feita não apenas pelo governo, mas também pelos trabalhadores e usuários, em busca de saciar suas necessidades; logo, a recorrência desta dificuldade na pesquisa pode indicar que os profissionais não percebem este movimento em busca de recursos no campo da saúde.

Outras dificuldades preponderantes, evidenciadas no gráfico 3, referem-se à categoria **falta de outros profissionais para contribuir com a equipe**, assinalada por 14 participantes e **equipe de saúde incompleta**, referida por 11 sujeitos. Estas dificuldades podem ser decorrentes de falhas da gestão e podem acarretar em dificuldade de concretizar ações em saúde. Desta forma, na ausência de profissionais que possam contribuir para o processo de trabalho, muitas vezes, torna-se difícil fazer contemplar a integralidade a que se propõe o SUS. Estas dificuldades vão ao encontro dos resultados encontrados por Loch-Neckel e outros (2009) sobre a composição das equipes de saúde da família em que se refletiu sobre o processo de integralidade. Os autores referem que a atuação de outros profissionais na equipe contribui para suprir as necessidades de saúde, enriquecendo o trabalho nos serviços de saúde. Na ausência de outros profissionais, há sobrecarga de trabalho e dificuldade para responder as demandas de saúde. (LOCH-NECKEL et al., 2009). Em situações em que a equipe está incompleta há maior dificuldade, uma vez que aumenta ainda mais a insatisfação dos usuários com o serviço de saúde.

Estas dificuldades, por sua vez, podem trazer como consequências outras dificuldades, com frequente incidência, assinaladas pelos participantes da pesquisa: o **excesso de responsabilidade no trabalho**, assinalada por 12 sujeitos, **atender a muitas pessoas de**

uma só vez, apontada por 10 sujeitos e o **acúmulo de trabalho**, que aparece como preponderante para 11 participantes. A esse respeito, faz-se necessário trazer à tona a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL 2006), segundo a qual a composição multiprofissional é uma das diretrizes mais importantes da ESF, pois possibilita ampliar conhecimentos e possibilidades de intervenção nas áreas em que estão inseridos estes profissionais. Logo, a falta de algum dos profissionais da equipe mínima (ou a falta de outros profissionais que possam contribuir com a equipe), como os dados revelam, pode refletir sobre as intervenções destes profissionais, assim como sobre suas condições de saúde.

Traverso-Yépez (2005), ao falar sobre a operacionalização do SUS, afirma que esta tem sido difícil devido às dificuldades cotidianas encontradas, como o reduzido número de profissionais para a demanda existente, estrutura inadequada e precárias condições de trabalho. A afirmação da autora leva a refletir sobre as consequências que as dificuldades referidas pelos sujeitos têm sobre eles e sobre outras dificuldades pontuadas com ocorrência pelos participantes.

A **falta de médicos especialistas**, indicada por 10 sujeitos da pesquisa, a **falta de medicamentos**, assinalada por 9 participantes, e a **falta de infra-estrutura**, apontada por 9 participantes, são outras dificuldades que frequentemente são percebidas pelos participantes no contexto de trabalho na unidade de saúde. Estas dificuldades vão ao encontro dos resultados obtidos por Dimenstein e Santos (2005) que, em pesquisa realizada com profissionais da rede básica de saúde, no município de Natal, constataram resultados similares que indicavam a defasagem dos salários e a falta de recursos materiais como fatores dificultosos para o trabalho na área da saúde. Portanto, estas dificuldades têm sido recorrentes não apenas no município de Palhoça, mas também em outras regiões.

Em contrapartida, é preciso ressaltar as dificuldades que ocorrem raramente ou não ocorrem, na percepção dos participantes. A categoria **atrasos dos salários** foi assinalada por todos os 16 participantes como ocorrendo baixa frequência no município. Outras dificuldades percebidas no trabalho com menor incidência que vale a pena destacar são: **falta de equipamentos**, assinalada por 8 sujeitos, **infra-estrutura precária**, assinalada por 7 sujeitos, **equipamentos precários**, apontada também por 7 participantes. Os dados obtidos nas categorias relacionadas aos equipamentos e materiais disponíveis nas unidades, vão ao encontro da constatação do Ministério da Saúde (2004) sobre a disponibilidade de equipamentos e materiais das unidades de SF, em Santa Catarina: segundo este levantamento, 92,8% das unidades de SF do estado possuem os equipamentos e materiais necessários ao seu

funcionamento. É importante destacar que duas das três unidades de saúde na qual se realizou esta pesquisa são relativamente novas, o que influencia na percepção sobre a infra-estrutura precária, mas não necessariamente sobre a falta de infra-estrutura, uma vez que mesmo com prédios novos podem faltar espaços para atender as demandas existentes.

Outras dificuldades foram pontuadas eventualmente quando os participantes foram questionados sobre como as dificuldades afetam as intervenções. Assim, surgiram algumas dificuldades que ainda não haviam sido pontuadas e outras que reforçam as discussões anteriores referente aos dados apresentados no gráfico 3. Para facilitar a visualização dos resultados, foi elaborado um quadro com algumas afirmações dos profissionais que foram categorizadas *a posteriori*.

CATEGORIA	UCE (UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR)	OCORRÊNCIA
Condições precárias de trabalho	[...] espaço útil, (MED) [...]temos que realizar várias funções ao mesmo tempo. (T.ENF3) Sim, se tivessemos aux. Administrativo para o sisreg e atender o telefone poderíamos fazer melhor o nosso trabalho que é prevenção (T.ENF4)	5
Desvalorização da profissão.	Sim, pois nossa classe não é valorizada [...] (T.ENF3)	2
Falta de capacitações aos profissionais	Falta de educação continuada (ENF2)	2
Falta de apoio dos órgãos responsáveis pela Saúde da Família	Falta de suporte da secretaria (ENF2)	1
Falha nos encaminhamentos aos outros níveis de atenção em saúde	Dificuldade de efetivamente repassar os pacientes da atenção básica para a especializada (MED)	1
Falta de informação dos usuários	Encontramos muitas dificuldades para desempenhar as funções da ESF devido a falta de infra estrutura da unidade e também por falta de informação da população (T.ENF6)	1

Quadro 3 – Dificuldades percebidas pelos profissionais da saúde

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Conforme é possível verificar no quadro, evidenciam-se novamente as condições precárias às quais os profissionais são submetidos no trabalho. A categoria **condições precárias de trabalho**, referente à fala de 5 sujeitos, compreende os espaços, transporte e as tarefas exercidas, pois, como uma das participantes afirma, necessitam “*realizar várias funções ao mesmo tempo*” (T.ENF3). Algumas dificuldades burocráticas vão ao encontro das dificuldades enunciadas por Danilo Lopes (2009), em pesquisa sobre saúde mental na ESF, na qual constatou descontentamento com as atividades burocráticas, uma vez que estas não estão

relacionadas diretamente com a formação do profissional, ou diretamente com o objetivo da ESF, que é promover saúde. Portanto, a falta de um profissional que possa realizar este tipo de atividade é referenciada como uma das dificuldades destes profissionais.

A **desvalorização da profissão**, pontuada por dois participantes, está relacionada aos baixos salários dos profissionais de saúde que pode ser reflexo da desvalorização dos profissionais no âmbito da saúde pública. Ainda que o trabalho em saúde seja um trabalho valorizado por seus aspectos técnicos para a assistência em saúde, como já referido anteriormente, no setor da saúde pública a realidade é composta por profissionais com salários mais baixos e condições precárias para realizar suas ações comparadas aos profissionais do setor privado. Como resultados eventualmente ocorrem greves, paralisações e faltam profissionais que busquem trabalhar nesta área, por conta desta desvalorização. Em busca de combater esta desvalorização dos profissionais da saúde no SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), elaborou as diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS (PCCS-SUC) a fim de fortalecer a identidade dos trabalhadores da saúde com o SUS. Conforme é afirmado em documento preliminar, as diretrizes

[...] são propostas para orientar a elaboração de planos de carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes que garantam a valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde. (BRASIL, 2005, p. 18).

Apesar da proposta de nortear o trabalho em saúde através destas diretrizes nos últimos cinco anos, os dados desta pesquisa apontam que a dificuldade de valorização dos profissionais da saúde no SUS ainda persiste. Outro dado que colabora com esse entendimento se refere à **falta de capacitações aos profissionais**, pontuada por dois participantes. Esta categoria está relacionada à falta de educação continuada, preconizada pelo SUS. Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (2006), compete às secretarias municipais de saúde a viabilização de educação permanente dos profissionais da atenção básica, apoiado pela secretarias estaduais e pelo Ministério da Saúde. A educação permanente também é apontada no PCCS-SUS como um dos princípios norteadores para a reforma dos planos de carreira no sistema de saúde. (BRASIL, 2005). No entanto, os dados demonstram uma realidade diferente, que pode ocasionar dificuldades dos profissionais da saúde para intervir junto aos usuários.

A **falha nos encaminhamentos aos outros níveis de atenção em saúde**, apontada por um dos participantes, diz respeito ao sistema de referência e contra-referência, que faz parte da implantação do SUS. Fratini, Saupe e Massaroli (2008) afirmam que os mecanismos de referência e contra-referência são importantes para a concretização do princípio da integralidade. No entanto, a realidade tem demonstrado que este mecanismo muitas vezes encontra dificuldade de ocorrer de acordo com as demandas existentes.

Portanto, a partir desta discussão, pode-se afirmar que as dificuldades encontradas são um dos fatores que pode gerar sofrimento aos trabalhadores da área de saúde, uma vez que elas, muitas vezes, interferem sobre a resolutividade de suas ações. A partir desta premissa, perguntou-se aos profissionais participantes da pesquisa se as dificuldades que percebiam interferem em suas intervenções.

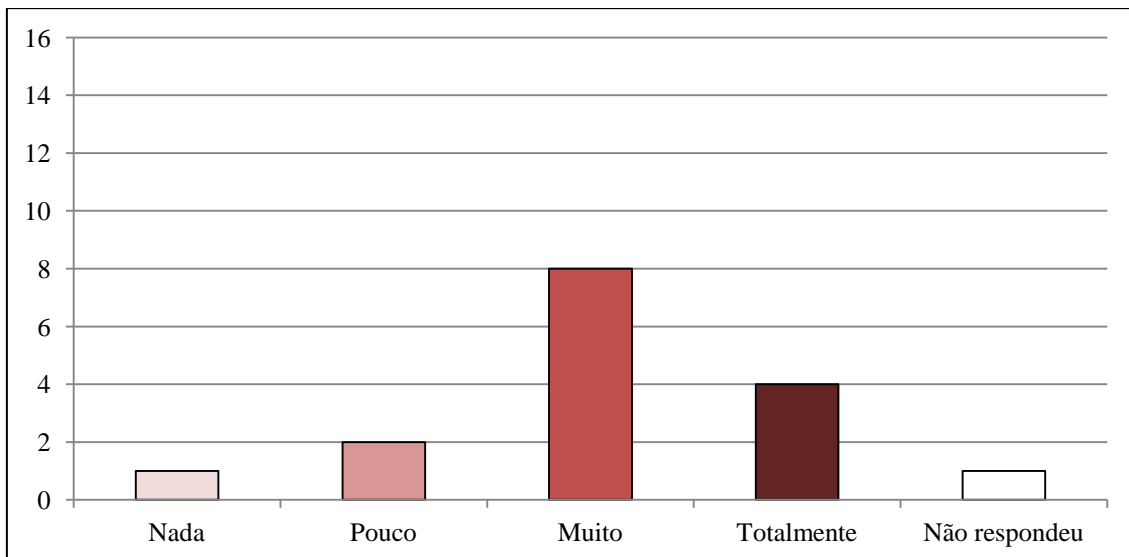


Gráfico 4 – Distribuição da quantidade de sujeitos de acordo com a intensidade de interferência das dificuldades na intervenção profissional.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Quando questionados se as dificuldades encontradas em suas rotinas de trabalho interferem na intervenção profissional, 8 sujeitos responderam que as dificuldades interferem “muito”, 4 sujeitos responderam que as dificuldades interferem “totalmente”, 3 sujeitos assinalaram que as dificuldades encontradas interferem “pouco” ou “nada”. Conforme já referenciado anteriormente, o trabalho, quando limita nossa capacidade de “lidar com as variabilidades do meio”, aumenta a chance de adoecimento. (BRASIL, 2009, p. 13). Portanto, a interferência nas ações dos profissionais da área de saúde devido às dificuldades que cada profissional percebe, pode ser um agente causador de sofrimento aos trabalhadores.

Dimenstein e Santos (2005), ao falar sobre as precárias condições de trabalho, argumentam que estas, quando presentes no cotidiano dos profissionais da área da saúde,

refletem sobre a motivação, o interesse e a disposição para o trabalho, além de afetar a relação estabelecida por eles com outros membros da equipe e com os usuários. Pode-se pensar, então, que as precárias condições de trabalho submetem os sujeitos a níveis de incômodo quando se deparam com certas dificuldades.

Pensando sobre quão incômodo podem ser as dificuldades percebidas pelos participantes da pesquisa (conforme pontuado no gráfico 3), os mesmos foram questionados sobre a intensidade do incômodo para cada categoria de dificuldade percebida.

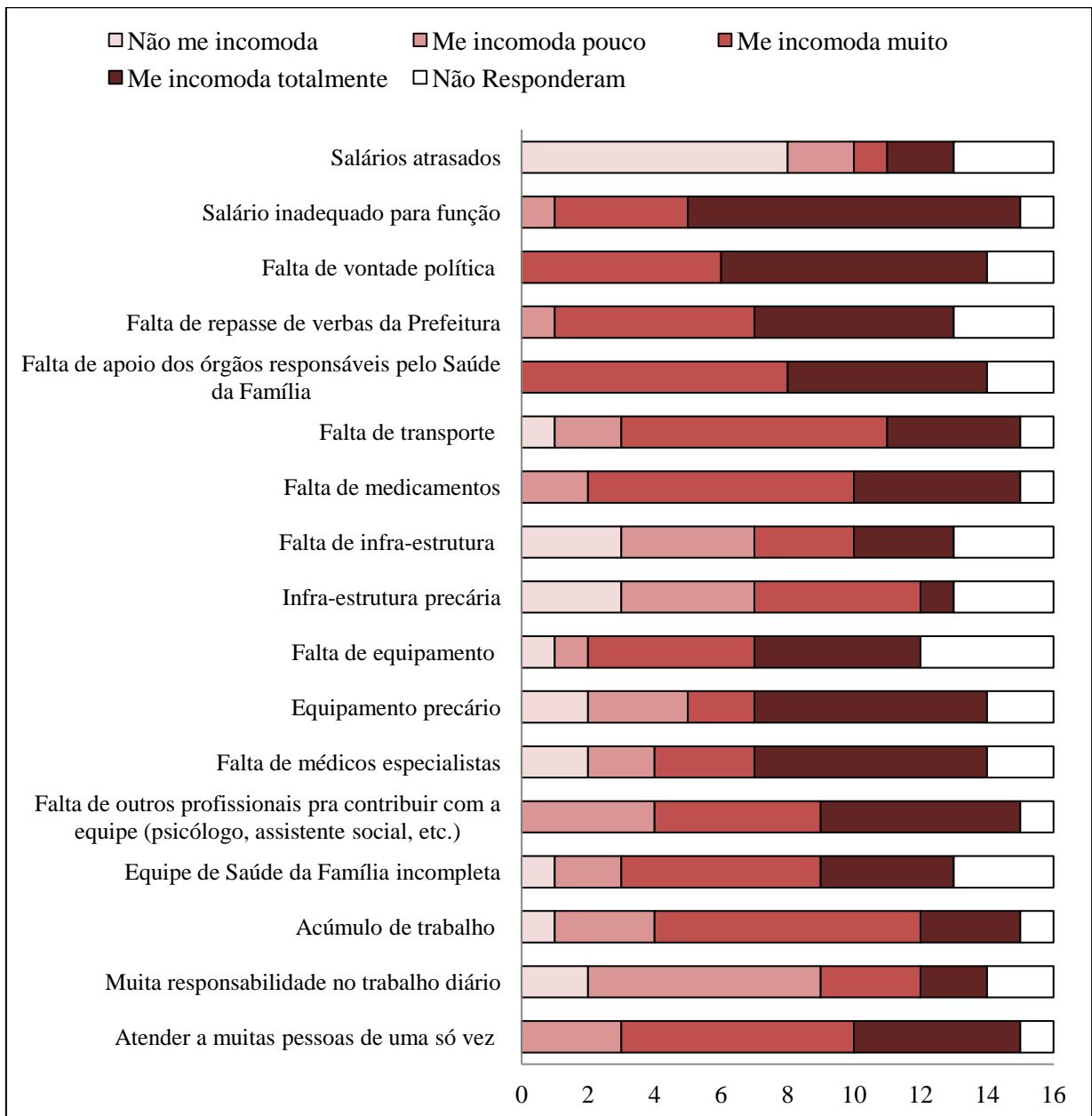


Gráfico 5 - Dificuldades que mais causam estresse aos profissionais da saúde de acordo com a intensidade de incômodo.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

As dificuldades percebidas com maior intensidade de incômodo foram a **falta de apoio dos órgãos responsáveis pela ESF**, assinalada por 14 participantes, **falta de verba da prefeitura**, referida por 12 sujeitos, e **falta de vontade política**, assinalada por 14 sujeitos. Estas dificuldades também são percebidas pela maior parte dos participantes com frequência no cotidiano de trabalho (ver gráfico 3).

Outra dificuldade com grande incidência de respostas se refere aos **salários inadequados para a função**, pontuado por 14 sujeitos. Sobre esta categoria, Batista e outros (2005), em estudo realizado com enfermeiros na rede pública de saúde da cidade de Aracaju, constataram que a retribuição financeira destes profissionais é apontada como um dos fatores de maior insatisfação para eles. De forma similar, os resultados desta pesquisa demonstram que esta dificuldade é uma das que mais incomodam os profissionais participantes da pesquisa, além de ser frequente na realidade dos participantes.

A **falta de medicamentos**, assinalada por 13 participantes, a **falta de transporte**, assinalada por 12 participantes, a **falta de equipamentos**, apontada por 10 sujeitos, e **equipamentos precários** assinalada por 9 participantes, são outras dificuldades que causam muito ou total incômodo para a maior parte dos sujeitos. São, também, dificuldades que são percebidas com frequência pelos participantes, conforme evidenciado no gráfico 3. Pode-se cogitar então que quanto maior a frequência com que percebem a ocorrência de tais dificuldades, maior seu grau de incômodo com a dificuldade.

Algumas categorias que mais causam incômodo se referem a dificuldades no trabalho relacionadas à falta de mão de obra para a realização das atividades, como a **falta de outros profissionais para contribuir com a equipe**, apontada por 11 sujeitos, **acúmulo de trabalho**, assinalada por 11 sujeitos, **falta de médicos especialistas**, assinalada por 10 participantes. Estas categorias remetem à ideia de condições precárias de trabalho existentes para os trabalhadores de saúde.

Quanto às dificuldades que apresentam menor intensidade de incômodo para os participantes da pesquisa, as categorias com incidência maior de respostas foram **salários atrasados**, assinalada por 10 sujeitos, **falta de infra-estrutura**, assinalada por 7 participantes, e **infra-estrutura precária**, apontada por 7 sujeitos. As três categorias são as mesmas indicadas como sendo de menor ocorrência no cotidiano de trabalho, portanto, é possível estabelecer a relação de que o incômodo dos profissionais diminui de acordo com o grau de contato deles com a dificuldade.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) pontuam que as condições de trabalho têm sido identificadas como um dos fatores causadores de estresse para os trabalhadores. O estresse, conforme os autores, é uma forma de ajuste entre o indivíduo e o trabalho, ou a demanda e os recursos existentes para supri-la, resultando em um estado de desequilíbrio.

Compreendido como reação ante as demandas sociopsicológicas, o estresse, como um estado intermediário entre saúde e a doença, passa a ser um possível indicador das conseqüências do trabalho sobre os trabalhadores, que podem estar sofrendo em decorrência das condições e características de suas atividades, sem necessariamente apresentar nenhum quadro patológico definido. (CODO, SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004, p. 282).

Partindo deste entendimento, os participantes desta pesquisa referem diversas situações estressoras relacionadas às condições de trabalho e que, conseqüentemente, também afetam os recursos necessários para suprir a demanda existente nas unidades de saúde. O incômodo gerado pelas dificuldades no trabalho pode estar diretamente relacionado à dificuldade de realizar as intervenções percebidas pelos participantes (gráfico 4). Sobre este aspecto Trindade (2007) afirma que o trabalhador da saúde é submetido à tensão e desgaste emocional quando se percebe impossibilitado de atingir seus objetivos de trabalho.

Vale destacar o número de ausências de resposta, que se totalizou em 35 ausências de respostas para esta pergunta. Não é possível estabelecer a razão de os sujeitos não terem respondido, uma vez que esta pode estar relacionada a múltiplos fatores que variam desde o não entendimento sobre a questão até o fato de não quererem pensar sobre o assunto por causar incômodo, como referenciado por uma das ACS ao devolver o questionário.

4.1.3 Intervenções afetadas devido às dificuldades no trabalho percebidas pelos profissionais de saúde

Considerando as dificuldades percebidas pelos profissionais no cotidiano de seu trabalho, é preciso destacar de que forma esta dificuldades tem se tornado obstáculos para a realização das atividades dos profissionais de saúde, uma vez que é a partir da impossibilidade de realizá-las que se gera o incômodo. Para isso foi questionado aos profissionais de saúde

quais atividades eram afetadas na unidade de saúde em que trabalham devido às dificuldades que percebem, conforme quadro 1.

CATEGORIA	UCE (UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR)	OCORRÊNCIA
Atividades que envolvem intervenções em grupo com os usuários	Qualidade do atendimento afeta as outras atividades, muitas vezes não temos tempo para organizar os grupos devido a demanda e a falta de profissional. (ENF1)	4
Encaminhamentos aos outros níveis de atenção em saúde	Somos a porta de entrada, mas a linha do cuidado não se desenvolve e eles ficam sem atendimento adequado e nós frustramos por não poder fazer mais por essas pessoas. (ENF2)	4
Atividades de assistência básica	As vezes estou na sala de vacina e chega um paciente estressado para saber de consulta, exames ou retornos, isso atrapalha o bom atendimento da criança ou da mãe. (T.ENF4) Não, falta os materiais, equipamentos para realizar os procedimentos, etc, falta medicações específicas para odontologia. (Dentista)	4
Todas as atividades da Unidade são afetadas.	Um problema afeta toda a equipe. (Coordenadora)	3
Intervenção de outras especialidades	Não temos assist. social, pediatra na equipe, dentista na equipe, gineco, psicólogo, nutricionista, essas especialidades que devem ter na ESF (T.ENF6) [...] não há especialistas para coisas básicas, não há apoio de outros profissionais (psicólogo, assistente social). (ENF2)	3
Acolhimento	Acredito que sim, pois muitas vezes não conseguimos acolher o usuário de maneira adequada. (T.ENF1)	1
Não respondeu	-----	3

Quadro 4 - Intervenções afetadas pelas dificuldades percebidas pelos profissionais da saúde no ambiente de trabalho

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A partir das afirmações dos sujeitos, foi possível elaborar seis categorias referentes às atividades afetadas no contexto do trabalho devido às dificuldades que percebem. Dentre as atividades com maior ocorrência, destacam-se as categorias **atividades que envolvem intervenções em grupo com os usuários, encaminhamentos aos outros níveis de atenção em saúde, atividades de assistência básica**, com 4 ocorrências cada uma delas.

As atividades que envolvem intervenções em grupos estão relacionadas com a falta de espaços nas unidades de saúde para este tipo de trabalho, logo, refere-se à falta de infra-estrutura pontuada pelos sujeitos (ver gráfico 3). Apesar de esta ser uma dificuldade recorrente e estar entre as que mais afeta as intervenções, não é causadora de grande incômodo (ver gráfico 5). É importante destacar que outras dificuldades estão envolvidas com esta atividade, uma vez que as dificuldades de realizar intervenções em grupos podem ser

relacionadas com a falta de apoio dos órgãos responsáveis pela ESF e pela falta de verba da prefeitura. Ambas são dificuldades de gestão, que podem repercutir sobre todas as ações nos serviços de saúde. As outras duas categorias recorrentes, encaminhamentos aos outros níveis de atenção em saúde e atividades de assistência básica, também estão envolvidas com as dificuldades relacionadas estreitamente a questões de gestão, no entanto, a segunda também pode estar relacionada com outras dificuldades, como falta de medicamentos e equipamentos assinalada pelos participantes.

Outras atividades que se afetam pelas dificuldades são as **intervenções de outras especialidades**, pontuado por 3 participantes, e o **acolhimento**, referido por 1 sujeito. Para realizar as intervenções os profissionais estão ancorados em alguns fundamentos da Atenção Básica. Um dos seus fundamentos é:

efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. (BRASIL, 2006).

Portanto, pode-se inferir, a partir das ações afetadas pelas dificuldades, que várias das ações que se preconiza na atenção básica ocorrem de forma problemática ou, muitas vezes, não ocorrem. Novamente, volta-se a inferir que, na impossibilidade de realizar suas ações, dificulta-se o processo de reconhecimento do trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que por diversas vezes ele não se efetiva.

4.1.4 Relações estabelecidas com o trabalho a partir da percepção das dificuldades pelos profissionais da área da saúde

A partir das descobertas das percepções dos profissionais sobre as dificuldades no cotidiano de trabalho e o quanto estas lhes incomodam, buscou-se descobrir de que forma este incômodo repercute sobre o profissional em sua relação com o trabalho. Conforme se pode verificar no gráfico 6, foram apresentadas afirmações para que os participantes demonstrassem de que forma eles se relacionam com o trabalho diante das dificuldades, segundo a intensidade que melhor lhes caracteriza.

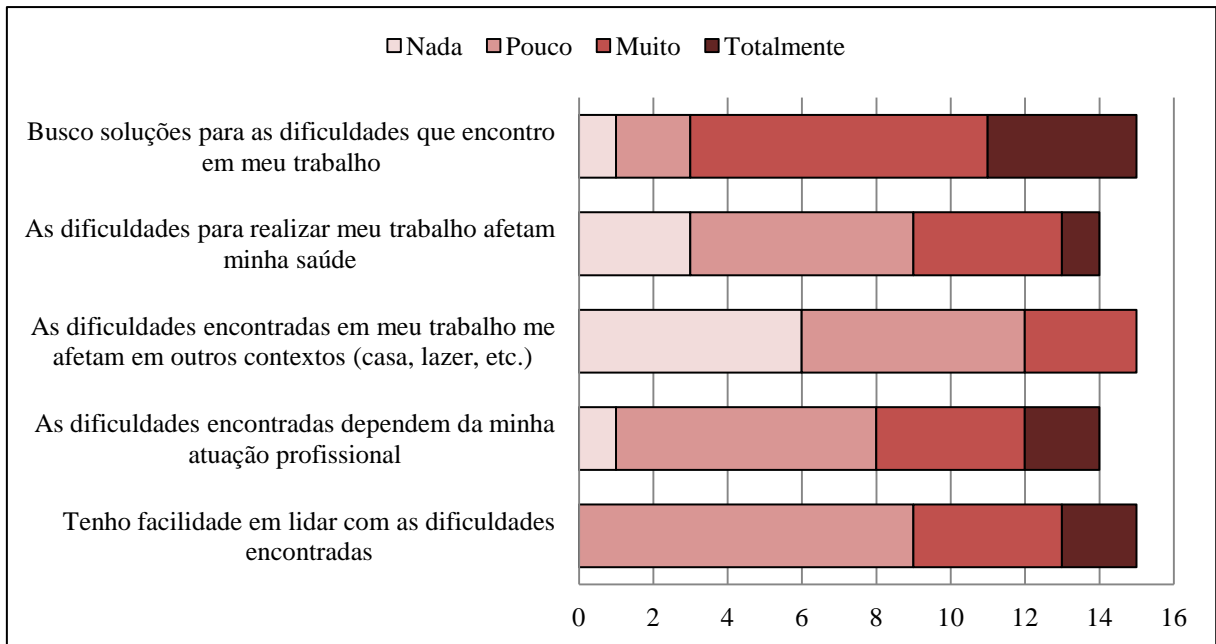


Gráfico 6 - Formas que os profissionais de saúde se relacionam com as dificuldades de acordo com a intensidade que melhor lhes caracterizam

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Como é possível observar no gráfico 6, foram assinaladas por 12 sujeitos a afirmação de que “frequentemente” ou “sempre” **buscam soluções para as dificuldades que encontram em seu trabalho**. Outros 12 participantes responderam que há pouca ou nenhuma **interferência das dificuldades sobre outros contextos da vida** deles. Trindade (2007) afirma que os trabalhadores, frente a situações estressoras, buscam formas de enfrentamento variadas a fim de adaptar-se a situação vivenciada. Segundo as indicações dos participantes, pode-se afirmar que estes, em sua maioria, têm indo em busca de soluções para as dificuldades percebidas no trabalho, buscando impedir que as mesmas afetem outros contextos da vida.

Apesar do grau de incômodo referenciado pelos participantes frente às dificuldades no trabalho, 9 sujeitos responderam que as **dificuldades afetam pouco ou nada sua saúde**. Sobre a afirmação que diz que as **dificuldades dependem da atuação do profissional**, 8 sujeitos assinalaram que as dificuldades encontradas dependem “pouco” ou “nada” de sua própria atuação profissional. Os resultados demonstram que a maior parte dos sujeitos parece lidar de forma adequada com as dificuldades percebidas no trabalho. Contraditoriamente, parte dos participantes refere ter pouca **facilidade de lidar com as dificuldades encontradas**, assinalado por 9 sujeitos. Há de se destacar que, conforme Sessa e

outros (2008), pessoas com capacidade de interpretar as dificuldades decorrentes do trabalho como possíveis de serem controladas estão menos vulneráveis ao estresse.

Conforme Merlo (2002) o sofrimento no trabalho pode gerar um processo de alienação como forma de mecanismo de defesa contra a organização, tornando, deste modo, penoso o processo de modificação das dificuldades. O processo de alienação talvez possa explicar a contradição dos sujeitos, aos afirmarem pouca facilidade para lidar com as dificuldades, quando também afirmam, em sua maioria, buscar soluções para as dificuldades encontradas no trabalho.

Também foi questionado aos participantes sobre alguns sentimentos em relação ao trabalho diante das dificuldades, a partir de categorias definidas *a priori* pela pesquisadora.

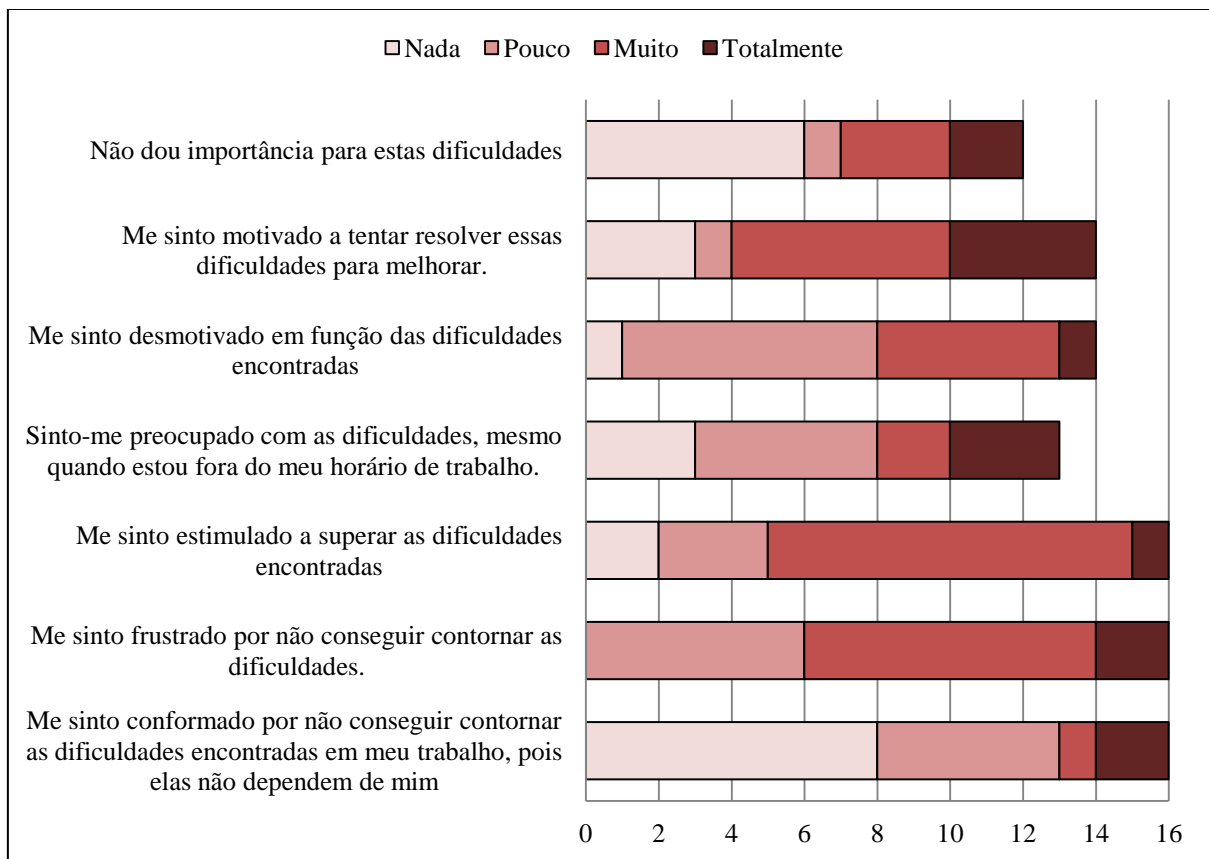


Gráfico 7 – Intensidade dos sentimentos em relação ao trabalho diante das dificuldades
Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Conforme é possível verificar no gráfico 7, das respostas que se destacam como sentimentos positivos em relação ao trabalho, 11 sujeitos referem sentir-se **estimulados a superar as dificuldades**. Da mesma forma, outros 10 sujeitos assinalaram sentir-se **motivados para tentar resolver as dificuldades**. Ainda de acordo com esta lógica, 8 sujeitos afirmam sentir-se “nada” ou “pouco” **desmotivados diante das dificuldades** encontradas no trabalho. O sentimento de motivação é compreendido, de acordo com Ronchi (2010) como

um sintoma da vida psíquica – entendido também como uma forma de energia, comprometimento, impulso – em busca de algo, impelindo o sujeito à ação.

Gondim e Silva (2004), por sua vez, conceituam motivação como tudo aquilo que determina uma ação e que pode estar relacionado tanto a fatores extrínsecos como intrínsecos ao sujeito. No que diz respeito ao trabalho em saúde, Batista e outros (2003) em pesquisa realizada com enfermeiros, constataram que os fatores que trazem maior satisfação no trabalho desses profissionais são a auto-realização (gostar do que faz), a auto-estima, segurança (referente às condições de trabalho) e a remuneração. Nesta pesquisa, em contrapartida, não é possível afirmar quais os fatores motivacionais para enfrentar as dificuldades, mas possivelmente não são os fatores apontados pelos autores, uma vez que estes são pontuados como geradores de incômodo aos profissionais.

Sobre o sentimento de **preocupação em relação às dificuldades**, mesmo quando fora do local de trabalho, 8 sujeitos afirmam sentir-se “pouco” ou “nada” preocupados com as dificuldades encontradas no trabalho quando fora dele, outros 5 sujeitos referem que sentem-se “muito” ou “totalmente” preocupados e outros 3 participantes não responderam a essa questão. Dejours (1992) refere que o tempo fora do trabalho reflete as características vivenciadas pelos trabalhadores durante o trabalho. Segundo o autor, “o ritmo do tempo fora do trabalho não é somente uma *contaminação*, mas antes uma *estratégia*, destinada a manter eficazmente a repressão dos comportamentos espontâneos que marcariam uma brecha no condicionamento produtivo” (DEJOURS, 1992, p. 47). Portanto, a partir da citação do autor, pode-se pensar que os profissionais da saúde, ao se afetarem com as dificuldades no trabalho, podem refletir estas afetações fora dele.

Em contrapartida, 10 participantes afirmam sentirem-se **frustrados por não conseguirem contornar as dificuldades encontradas**. Sobre sentir-se **conformado, porque as dificuldades não dependem apenas do próprio profissional**, 13 sujeitos responderam sentir-se “pouco” ou “nada” conformados com as dificuldades. Ambas as categorias demarcam a insatisfação gerada diante das dificuldades no trabalho. Outras consequências negativas das dificuldades no trabalho foram pontuadas pelos profissionais. Para melhor visualizá-las, foram separadas em três categorias posteriormente, conforme apresentadas no quadro abaixo.

Sub-Categoria	UCE (Unidade de Contexto Elementar)	Ocorrência
Interferência na atuação adequada da equipe	<p>“Essa desmotivação e insatisfação diminui o rendimento, a produtividade e a qualidade final do trabalho.” (MED)</p> <p>“No meu ver todas prejudica o desempenho, o desenvolvimento de todos, incapacitando e limitando.” (AC3)</p> <p>Sim, pois o trabalho na ESF deveria ser interdisciplinar, em sua totalidade. (Dentista)</p> <p>“Tento fazer o que está ao meu alcance e da equipe, mas só o que temos aqui não é o suficiente.” (ENF2)</p>	4
Insatisfação para os profissionais	<p>“Sim. Sempre as dificuldades geram desconforto, [...] é difícil p/ o profissional e p/ o usuário tb. (ENF1)”</p> <p>“[...] eles ficam sem atendimento adequado e nós frustramos por não poder fazer mais por essas pessoas.” (ENF2)</p> <p>“A falta de capacitações, espaço útil, baixos salários, dificuldade de efetivamente repassar os pacientes da atenção básica para a especializada: desmotiva, estressa e traz grande insatisfação.” (MED)</p>	3
Assumir responsabilidades que não são apenas da equipe	<p>Sim. Porque se as autoridades não ligam para contribuir para sair um bom trabalho, aí nós que temos que fazer um bom trabalho. (AC1)</p>	1

Quadro 5 – Consequências das dificuldades percebidas no trabalho para os profissionais da saúde
 Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Os participantes apontam que diante das dificuldades percebidas no trabalho, ocorrem algumas **interferências na atuação da equipe**. As dificuldades fazem com que se diminua o rendimento e a qualidade do trabalho oferecido. Por consequência, impossibilita, diversas vezes, que seja realizado um trabalho integral, pois não há recursos suficientes.

Outra categoria formulada se refere à **insatisfação para os profissionais**. Os participantes pontuam que as dificuldades geram desconforto, frustração, estresse diante da impossibilidade de realizar as ações, não oferecendo o atendimento adequado. Esta categoria, juntamente com a constatação de sentimentos de frustração diante das dificuldades encontradas no trabalho e o fato de os trabalhadores sentirem-se pouco conformados com as dificuldades podem ser indicativos de um processo de sofrimento gerado a partir das dificuldades. Segundo Dejours (1992), a insatisfação, quando chega a um estágio em que o trabalhador não consegue perceber possibilidades de diminuição, é compreendida como o começo de um sofrimento para o trabalhador.

Sobre **assumir responsabilidades que não são apenas da equipe**, uma das participantes refere que os profissionais acabam se responsabilizando por um trabalho que não

é apenas da responsabilidade deles, mas de outros órgãos responsáveis pela atenção básica. Logo, ao assumir essas responsabilidades, podem se sentir sobrecarregados.

Araújo e outros (2003) reforçam esta discussão afirmando que ao avaliar saúde e trabalho, um dos aspectos mais considerados é o controle sobre trabalho. Conforme as características das dificuldades trazidas até então, percebe-se que os profissionais não têm controle sobre a maior parte dessas dificuldades. Essa característica pode refletir sobre como os profissionais de saúde lidam com as dificuldades que, como pontuado no gráfico 6, a maior parte dos participantes refere não ter facilidade para tal ação.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E A RELAÇÃO QUE ESTABELECEM COM O TRABALHO

Um dos objetivos deste trabalho é identificar as condições de saúde mental dos profissionais da saúde na percepção destes. Para tanto, buscou-se investigar os hábitos relativos ao estilo de vida, sintomas característicos da realidade destes profissionais e outras doenças e diagnósticos, que possam ser características de sofrimento psicológico ou transtorno mental.

Para identificar os hábitos que indicam o estilo de vida dos participantes, foi elaborada uma questão com afirmações definidas *a priori* para que os participantes indicassem a frequência destes hábitos. Para facilitação da visualização, foi elaborado um gráfico com os respectivos resultados.

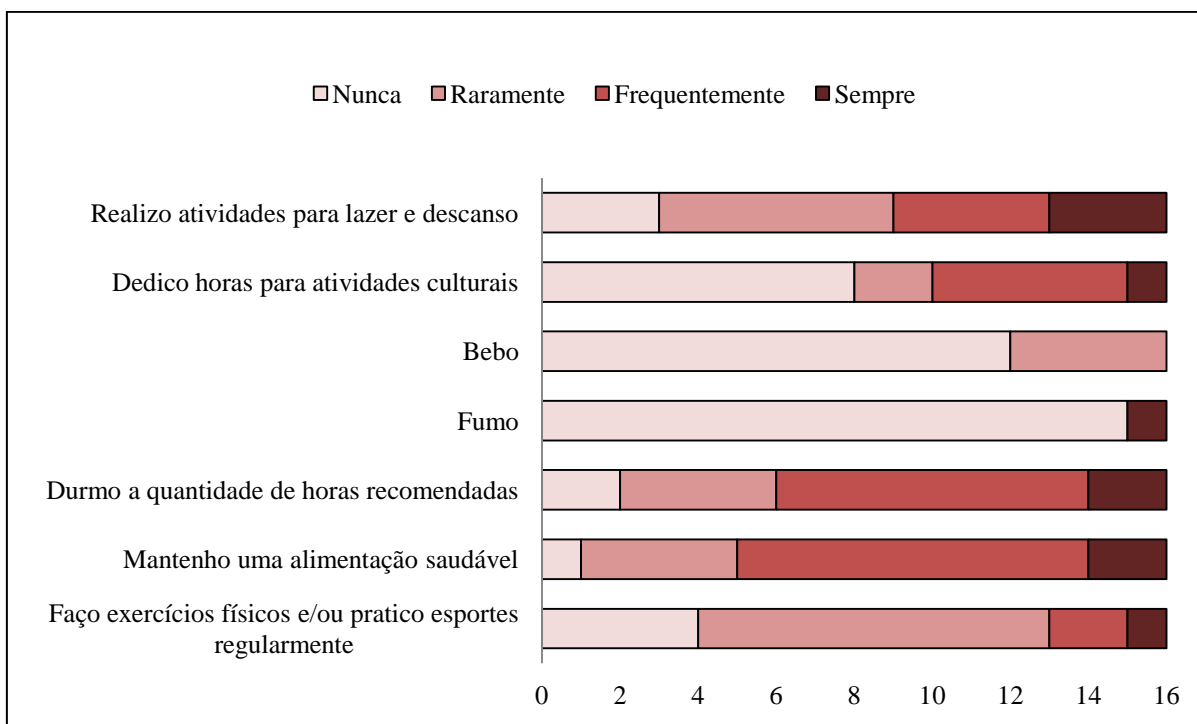


Gráfico 8 – Distribuição da quantidade de sujeitos de acordo com a frequência com realizam as atividades que indicam seu estilo de vida.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Conforme é possível verificar no gráfico 8, dos 16 participantes, 9 assinalaram que **buscam realizar atividades de lazer e descanso** com pouca frequência, sendo estes técnicos de enfermagem e ACS. De forma semelhante, 10 sujeitos referem “raramente” ou “nunca” **dedicar horas para atividades culturais**, novamente respondidos por técnicos de enfermagem e ACS, com exceção de um participante que pertencia à classe de profissionais de ensino superior. Ambas as afirmações podem ser relacionadas entre si, uma vez que, muitas vezes, atividades culturais podem ser uma forma de lazer para o sujeito. Conforme Marcellino (2006), um processo de trabalho empobrecedor está relacionado à vivência de um lazer também empobrecedor e vive-versa, ainda que algumas situações de lazer possam ser consideradas como formas de resistência para as situações cotidianas. Destaca também o autor que as vivências de lazer se diferenciam de acordo com o fator econômico, pois este fator determina a distribuição de tempo disponível entre as classes sociais e até mesmo as formas de acesso a algumas atividades de lazer. Considerando isso, os resultados indicam que o trabalho dos profissionais de saúde pode impactar, de alguma forma, outras situações sociais dos sujeitos. Este impacto pode ser vivenciado de formas diferentes considerando a hierarquia profissional existente no trabalho em saúde, assim como as diferenças econômicas entre os trabalhadores. Vale destacar que 4 dos técnicos e auxiliar de enfermagem exercem outra atividade profissional, podendo ser outro fator influente sobre os resultados.

Sobre outros hábitos dos participantes, todos afirmam não **beber**, nem **fumar**, com exceção de um sujeito que refere fazer uso de cigarros. Os resultados contrariam outras pesquisas (PIMENTEL, 2005) que referem o uso de bebida e tabaco por trabalhadores da saúde como uma válvula de escape em busca de algo que produza sensação de bem estar. Portanto, estes profissionais parecem não utilizar esta forma de compensação ao corpo, mas buscam outras formas de produção de bem estar diante das dificuldades encontradas no trabalho. Todavia, vale questionar se este tipo de hábito seria facilmente revelado em uma pesquisa, uma vez que é contraditório com as orientações em saúde, o que poderia inibir que os profissionais o revelem.

Sobre os hábitos de sono, 10 participantes afirmam **dormir as horas recomendadas**, sendo que, os outros 6 sujeitos que referem dormir raramente ou nunca as horas recomendadas, são técnicos de enfermagem, ACS e um profissional da enfermagem. Novamente destaca-se o fato de que duas técnicas e a enfermeira que responderam dormir pouco possuem outro vínculo profissional, trabalhando à noite, o que reflete na quantidade de horas a dormir.

Sobre a alimentação, 11 sujeitos assinalaram que nunca ou raramente se **alimentam de forma saudável** e outros 11 afirmam que não costumam praticar exercícios físicos regularmente. Conforme o manual de procedimentos aos serviços de saúde sobre doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001), alguns sintomas são característicos de incapacidade causados por transtornos psiquiátricos. Das limitações da vida diária, estas incluem:

[...] atividades como autocuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais e exercício de atividades sociais e recreacionais. O que é avaliado não é simplesmente o número de atividades que estão restritas ou prejudicadas, mas o conjunto de restrições ou limitações que, eventualmente, afetam o indivíduo como um todo. (BRASIL, 2001, p. 163).

Pimentel (2005) refere, da mesma forma, que os distúrbios do sono podem estar relacionados com ansiedade, depressão ou estresse. Portanto, tanto as atividades direcionadas a bem estar, quanto o repouso e o sono, ambas categorias que se apresentam relativamente inadequadas para alguns participantes, podem ter relação com distúrbios psicológicos decorrentes do trabalho destes profissionais.

Baseando-se nos resultados, é possível afirmar que a maior parte dos profissionais não parece possuir hábitos saudáveis, com exceção do uso da bebida alcoólica e o cigarro que

pouco foi assinalado pelos sujeitos. Os participantes com hábitos menos recomendáveis a saúde são, em sua maior parte, técnicos/auxiliar de enfermagem e ACS.

Sobre os sintomas que fazem parte da vida dos participantes, foram elaboradas categorias *a priori* referentes a alguns sintomas mais comuns quando há indícios de algum tipo de sofrimento ao indivíduo, de acordo com a frequência com que sentem os sintomas.

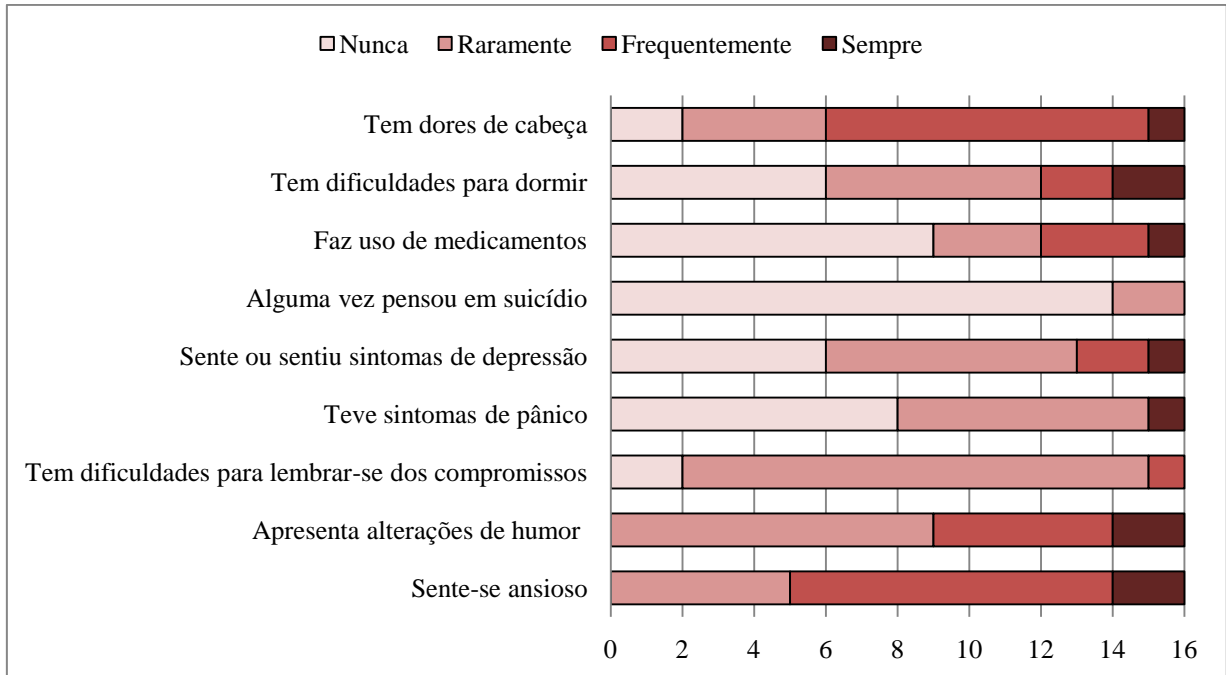


Gráfico 9 – Frequências com que os sujeitos referem sentir algum sintoma
Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Os sintomas referidos pela maior parte dos sujeitos como os de maior frequência são: sentimento de **ansiedade**, assinalada por 11 participantes, **dores de cabeça**, pontuado por 10 participantes, e **alterações de humor**, assinalado por 9 sujeitos. Segundo Camelo e Angerami (2004) estes são alguns dos sintomas característicos das fases de estresse. O estresse, conforme Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), resulta de um desequilíbrio entre o ambiente de trabalho e o indivíduo. Estes sintomas também são características de Transtornos Mentais Comuns (TCM) que, de acordo com Braga e outros (2010), é diagnosticado quando não há critérios suficientes para caracterizar outros transtornos específicos.

Alguns sintomas assinalados pelos participantes, como as dores de cabeça, por exemplo, também podem estar relacionados à psicossomática. Pimentel (2005, p. 60) conceitua psicossomática como “uma explosão no corpo em função de uma descarga”, lesando algum órgão sem existir um fator externo para o mesmo, não obedecendo aos mecanismos clássicos do sintoma. Ainda conforme a autora, estes sintomas psicossomáticos

podem ser decorrentes de insatisfações do sujeito com sua qualidade de vida, também pode estar relacionado com o lugar que o trabalho ocupa na vida do indivíduo, podendo este ser gerador de sofrimento.

Pode-se afirmar que o trabalho está na gênese de algumas expressões psicossomáticas, haja vista a relação que existe entre estas e a organização e as condições do ambiente do trabalho ao qual o trabalhador é submetido, tais como tarefas, jornadas, turnos, serviços médicos, relações interpessoais, alimentação e relação produção-salário. (CARVALHO, 2004, apud PIMENTEL, 2005).

Sobre os aspectos sintomáticos, Dejours (1994, p. 29) explica que “quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico”. O autor ainda refere que a organização do trabalho ocasiona sentimento de desprazer e tensão que, em excesso, pode conduzir a aparição de patologias clínicas. Portanto, os sintomas evidenciados pelos profissionais de saúde da ESF podem estar relacionados à carga de trabalho, uma vez que estes referem dificuldades no exercício profissional geradoras de incômodo.

Em contrapartida, os sintomas pontuados por boa parte dos profissionais com “pouca” ou nenhuma frequência são: **pensamento de suicídio**, assinalado por 16 participantes, **dificuldades para lembrar-se das coisas**, assinalado por 15 sujeitos, **sintomas de pânico**, também assinalado por 15 sujeitos, e **dificuldade para dormir** apontado por 12 sujeitos.

Sobre o **uso de medicamentos**, 12 participantes referem que nunca ou raramente se medicam. Quanto aos outros 4 sujeitos, estes afirmam fazer uso de medicamentos para hipertensão, ansiedade e depressão.

Apenas dois participantes (uma das técnicas de enfermagem e a dentista) afirmam ter feito tratamento psicoterápico, sendo a primeira no ano de 2011 e a segunda participante há, aproximadamente, 3 anos atrás. Somente um sujeito refere realizar tratamento psiquiátrico atualmente, sendo esta agente comunitária de saúde. Outro participante, técnico de enfermagem, afirma ter feito tratamento com psiquiatra no ano de 2011.

Sobre os poucos sintomas que ocorrem com frequência, é importante destacar que estes foram assinalados, em sua maior parte, por ACS, sendo duas delas já diagnosticadas com depressão. A depressão é caracterizada como um abatimento no humor que pode variar em sua intensidade e em seu tempo de duração, oscilando entre um humor normal a

sentimento intenso de tristeza e desânimo. (VANDENBOS, 2010). Os resultados vão ao encontro da pesquisa realizada por Sessa e outros (2008) sobre a influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional de profissionais da saúde, relatando terem encontrado incidência de pessoas com depressão e que estes sujeitos tenderam a descrever sua realidade laboral de forma negativa. Além de outros aspectos psicossociais envolvidos na dinâmica de um transtorno, o aspecto do trabalho pode ser um dos fatores importantes para o surgimento das doenças indicadas pelas agentes uma vez que o diagnóstico foi realizado posterior ao início de trabalho como ACS. No entanto, outros fatores necessitam de investigações para afirmações mais concretas e precisas a respeito.

A fim de estabelecer relações entre as características da saúde mental dos profissionais de saúde e a dificuldades encontradas no trabalho, questionou-se que relação eles percebiam entre esses aspectos. Posteriormente, foram elaboradas categorias a partir de suas respostas, conforme é possível verificar no quadro 6.

(Continua)

CATEGORIA	SUBCATEG	UCE (UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR)	OCOR.
Influências negativas	Cisão entre o ser do trabalho e o ser de casa.	<p>“Sim, porém deixo o trabalho no trabalho. Procuo não levar nada para fazer em casa e os problemas resolvo aqui mesmo. Por mais que seja difícil, não me cobro tanto, porque a minha parte estou fazendo, e tem muito mais que não depende de mim. (ENF2)</p> <p>“Trabalho aqui a três anos, no início tudo era mais difícil, pois queria atender todos os pacientes sem ter estrutura p/ isso. Hoje consigo conhecer a necessidade de cada um e separar os problemas profissionais, antes ficava muito decepcionada agora aprendi a lidar com as situações.” (T.ENF1)</p>	5
	Condições de trabalho geradoras de sofrimento.	<p>“Sim. Tenho pavor de chegar nas casas para chamar o paciente. E nunca fui ajudada por nenhum profissional no ambiente de trabalho.” (AC1)</p> <p>“deveria ter um auxiliar administrativo, pois só assim os funcionários ficariam só executando sua função, pois o atendimento na recepção é muito estressante.” (A.ENF)</p> <p>“Sim, porque provoca tensão pelo trabalho. As condições que somos submetidos afeta o emocional, não há acolhimento para o nosso serviço, exige-se muito sem planejar o que se pode fazer com estas informações.” (AC3)</p>	4
	Outras estratégias para enfrentar as condições de trabalho geradoras de sofrimento	<p>Uso outras coisas para relaxar e manter-me saudável física, espiritual e psicologicamente. E isso funciona.” (ENF2)</p> <p>“As vezes como mencionei anteriormente a nossa mente é capaz de amar e odiar, ficar doente e ficar sadia. Como eu consegui driblar uma fibromialgia tenho certeza que posso tudo aquilo que acredito. Tenho muita fé.” (T.ENF4)</p> <p>“Eu contribuo ativamente para o meu bem estar emocional, pois sou minha melhor amiga.” (MÉD)</p>	3

(Conclusão)

Influências positivas	Bem estar pessoal para boa atuação no trabalho.	<p>“Sim, se a pessoa não está bem psicologicamente, ela não consegue dar sentido as suas atividades diárias.” (T.ENF6)</p> <p>“Sim, porque se eu não tiver bem mentalmente como vou cuidar do próximo.” (Coordenadora)</p>	3
	Bem estar emocional gerado pela realização profissional	<p>“Amo o que faço, o trabalho é ótimo p/ mim.” (ENF1)</p>	1
Não respondeu.	-----	-----	1

Quadro 6 - Relações entre as dificuldades encontradas no trabalho e as condições de saúde mental dos profissionais da área da saúde
 Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Alguns autores como Gondim e Siqueira (2004, p. 229) afirmam que estudos sobre o bem-estar, que inclui desde o conceito de saúde até aspectos afetivos como satisfações/insatisfações experimentadas pelo indivíduo em suas vivências, tem sido relacionados às condições de trabalho. Entre os apontamentos trazidos pelos autores, há referências significativas sobre “ambiguidade e conflito entre papéis organizacionais com reações afetivas”, tais como satisfação, tensão/ansiedade, comprometimento e envolvimento, entre outros aspectos. Nesta mesma perspectiva, Gouveia e outros (2009) referem que as emoções advindas das vivências do trabalho podem trazer tanto efeitos positivos quanto negativos para a saúde do trabalhador. Portanto, percebe-se relevante a descoberta de que forma esta relação tem sido estabelecida para os profissionais de saúde estudados.

No que diz respeito à relação entre as condições de trabalho e a saúde mental dos participantes desta pesquisa, organizou-se duas categorias, a partir de suas respostas, que descrevem a forma como os participantes percebem esta relação. A primeira categoria se refere a **influências negativas** e foi dividida em três subcategorias: **cisão entre o ser do trabalho e o ser de casa**, descrito por 5 sujeitos, **condições de trabalho geradoras de sofrimento**, descrito por 4 participantes, e **outras estratégias para enfrentar as condições de trabalho geradoras de sofrimento**, descrito por 3 sujeitos.

Na subcategoria **cisão entre o ser do trabalho e ser de casa**, os participantes descrevem a possibilidade de divisão entre aquilo que lhes afeta no trabalho e aquilo que pode lhes afetar em casa. Conforme a descrição destes profissionais, diante das dificuldades percebidas no cotidiano de trabalho, buscam não deixar estes problemas do trabalho lhes afetar fora deste local. Segundo Denise Lopes (2009), existe estratégias de adaptação frente

aos problemas encontrados no trabalho caracterizados pela negação do sofrimento e pela submissão aos desejos do trabalhador. A autora pontua que esquecer as dificuldades encontradas no trabalho fora do ambiente de trabalho é uma forma de adaptação encontrada em sua pesquisa com agentes comunitários de saúde.

As estratégias defensivas, também denominadas de *coping*, são compreendidas como “processo dinâmico de esforços determinados para a resolução das dificuldades e das demandas exigidas para o ajustamento do organismo” (ZEUTRA; WRABETZ, 1991 apud TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002, p. 39). O profissional de saúde, diante da impossibilidade de modificar a realidade encontrada no trabalho, busca estratégias adaptativas a fim de diminuir o estresse diante das dificuldades, conforme é possível perceber na fala de um dos participantes: *“hoje consigo conhecer a necessidade de cada um e separar os problemas profissionais, antes ficava muito decepcionada agora aprendi a lidar com as situações.”* (T.ENF1). A partir desta estratégia defensiva, os sujeitos parecem interpretar que através desta divisão entre trabalho e casa não há afetação a sua saúde, como se a saúde mental estivesse relacionada apenas ao contexto da vida pessoal. Como mencionado em outros momentos ao longo deste estudo, o trabalho é central na vida do indivíduo, logo, não há como criar uma cisão entre saúde mental e trabalho (BORGES et al., 2006).

A segunda subcategoria se refere a condições de trabalho geradoras de sofrimento, em que os sujeitos descrevem que as más condições de trabalho afetam sua saúde mental, como revela uma das participantes: *“as condições que somos submetidos afeta o emocional”* (AC3). As condições de trabalho e o relacionamento com os usuários são percebidas como os principais fatores de estresse em profissionais da rede básica de saúde de Florianópolis, conforma pesquisa realizada por Stürmer e outros (2010). O estresse também é apontado por uma das participantes, ao afirmar que *“tudo que se faz mesmo que seja de bom humor e boa vontade me causa um certo estresse até porque lidamos direto com o público.”* (T.ENF2). Esta categoria também vai ao encontro dos resultados apresentados no gráfico 5, sobre as dificuldades que mais causam estresse. As condições de trabalho, tal como a falta de profissionais, de infra-estrutura adequada, são enunciadas como dificuldades causadoras de intenso incômodo.

O sofrimento no trabalho, conforme Dejours (1992), está diretamente ligado à organização do trabalho. A organização do trabalho produz efeitos sobre o trabalhador quando há uma imposição da organização do trabalho sobre o sujeito e pode ser geradora de patologias sobre os trabalhadores.

Se por um lado ela [a atividade de trabalho] garante os meios de vida do ser humano, por outro a presença de demandas do ambiente, que exigem mais do que a estrutura psíquica do indivíduo suporta, pode gerar patologias e a diminuição da eficiência do homem, contribuindo para o surgimento do estresse de sobrecarga e o adoecimento. (SANTOS et al., 2011, p. 181-182).

Ainda sobre as condições geradoras de sofrimento no trabalho, duas ACS referem falta de apoio diante das dificuldades que encontram em seu trabalho: “*tenho pavor de chegar nas casas para chamar o paciente. E nunca fui ajudada por nenhum profissional no ambiente de trabalho.*” (AC1), “*não há acolhimento para o nosso serviço*” (AC3). Estas participantes referem um sofrimento em relação ao qual não encontram suporte, na equipe, para lidar com ele. Isso pode estar relacionado com o conceito de suporte organizacional. Segundo Siqueira e Gomide Junior (2004), suporte organizacional se refere às crenças do trabalhador sobre o cuidado do empregador com o seu bem estar.

[...] As crenças nutridas por empregados acerca do quanto a organização se preocupa e cuida do bem-estar de seus membros trabalhadores é uma cognição com capacidade de influenciar não só vínculos familiares com o trabalho (satisfação e envolvimento) e vínculos afetivos com a organização (comprometimento afetivo), como também de impactar positivamente ações individuais (absenteísmo, desempenho, intenção de rotatividade e cidadania organizacional) que podem contribuir para a efetividade organizacional. (SIQUEIRA; GOMIDE JUNIOR, 2004, p. 312).

Portanto, pode-se pensar que a falta de apoio para os profissionais de saúde lidarem com os sofrimentos decorrentes do trabalho acabam por agravar os sofrimentos existentes e refletir sobre seus desempenhos e sua relação com o trabalho. No caso das agentes comunitárias, isso parece ser mais evidente, principalmente pelo fato delas não trabalharem diretamente dentro das unidades de saúde, convivendo menos com os outros profissionais. Sessa e outros (2008) referem que a percepção de que os demais colegas de trabalho estão disponíveis para ajudar é importante para o trabalhador, pois proporcionar apoio é “um antídoto eficaz para as situações tão carregadas de ansiedade, sofrimento e dor.” (SESSA et al. 2008, p. 58). Entretanto, este espaço parece não ser encontrado no trabalho.

A falta de apoio pode ser um dos agravantes para duas das ACS apresentarem diagnóstico de depressão e outra ACS referir “*pavor de chegar nas casas*” (ACS1), podendo ser uma característica de síndrome de *burnout*. Esta síndrome, segundo Ronchi (2010), se caracteriza por estágio bastante avançado do estresse laboral crônico, em que o sujeito, diante de intensos estímulos estressores, encontra-se com recursos esgotados ou inadequados para a demanda existente, perdendo o sentido do trabalho.

A terceira subcategoria diz respeito às outras estratégias defensivas para lidar com o sofrimento decorrente do trabalho, e refere-se às formas que os sujeitos encontram de lidar com as situações que geram sofrimento, na tentativa de amenizar os efeitos destes sofrimentos sobre o sujeito. Sobre uma das formas encontradas para lidar com o estresse advindo das dificuldades no trabalho, um dos participantes afirma: *“uso outras coisas para relaxar e manter-me saudável física, espiritual e psicologicamente. E isso funciona”* (ENF2). A fala do participante faz referência a um tipo de estratégias defensivas de proteção, em que se busca racionalizar situações geradoras de sofrimento, sendo uma destas formas a realização de outras atividades que proporcionem bem estar. (LOPES, Denise, 2009). Da mesma forma, quando uma das participantes refere *“Eu contribuo ativamente para o meu bem estar emocional, pois sou minha melhor amiga.”* (MÉD), pode se pensar que a mesma busca estratégias para seu bem estar pessoal. No entanto, os participantes não referem de que forma buscam realizar estas atividades que gerem bem estar. Isto levanta o questionamento de como isso vem ocorrendo e se estas ações têm proporcionado realmente sensações de bem estar. Será que de fato conseguem amenizar os efeitos da frustração decorrente do trabalho? Como isso ocorre? São questionamentos que não são possíveis de serem respondidas apenas a partir das afirmações dos participantes.

Outra fala de uma participante, ao ser questionada sobre a relação do trabalho com suas condições de saúde mental, faz referência à fé como estratégia para enfrentar as dificuldades no trabalho: *“tenho certeza que posso tudo aquilo que acredito. Tenho muita fé.”* (T.ENF4). Em pesquisa realizada por Denise Lopes (2009), constatou-se o uso da religiosidade como forma de estratégia defensiva de proteção. Estratégias deste tipo são utilizadas quando os sujeitos percebem-se diante de estressores os quais não são possíveis de modificação, possibilitando assim que se consiga interagir com as dificuldades geradoras de estresse. (TAMAYO; TROCOLLI, 2002). A religiosidade, portanto, possibilita que o trabalhador tenha atitudes de otimismo diante das situações vivenciadas, diminuindo as emoções frente ao problema.

A segunda categoria faz referência às **influências positivas**, divididas em duas subcategorias: **bem estar pessoal para boa atuação no trabalho**, descrito por 3 participantes, e **bem estar emocional gerado pela satisfação com o trabalho**, descrito por 1 sujeito. A primeira subcategoria se refere a falas dos sujeitos de que é preciso estar bem para trabalhar, portanto, é feito um movimento contrário, pois não são as dificuldades encontradas no trabalho que tem relação com o bem estar, mas o bem estar psicológico é que influencia o

desempenho, não estabelecendo relações com as dificuldades encontradas no trabalho. Algumas das falas dos participantes que compõe esta categoria denotam certa cobrança consigo mesmos, para estar bem a fim de ajudar o próximo: “*precisamos estar bem com nós mesmos para tratar as pessoas bem*” (T.ENF3). Essa relação estabelecida pelos profissionais pode estar relacionada à natureza de suas profissões, uma vez que as três participantes são do ramo da Enfermagem. Conforme Elias e Navarro (2006), em pesquisa com profissionais de enfermagem em um hospital escola, os sentimentos de “devotamento, a abnegação, a dedicação”, foram encontrados na fala das participantes da pesquisa e são características aceitas como próprias da profissão de enfermagem. Segundo os autores, esta visão idealizada do trabalho pode funcionar como um mecanismo defensivo frente às dificuldades decorrentes do trabalho.

A segunda subcategoria, bem estar emocional gerado pela satisfação com o trabalho, diz respeito a um trabalho satisfatório, que traz bem estar pessoal pela realização do que se faz, apesar das dificuldades relatadas. Esta categoria faz referência ao conceito de bem estar no trabalho. Segundo Gondim e Siqueira (2004) o bem estar no trabalho se refere à afetividade no contexto do trabalho, tendo como principais componentes:

Satisfação com o trabalho: grau de contentamento com chefia, colegas, salário, promoções e trabalho realizado.

Envolvimento com o trabalho: nível de identificação com o trabalho realizado.

Comprometimento organizacional afetivo: afetos dirigidos à empresa empregadora.

Partindo deste entendimento, é possível supor a partir da resposta da participante que há um bom envolvimento entre ela e seu trabalho, e que a mesma encontra-se satisfeita com o trabalho, uma vez que afirma: “*Amo o que faço, o trabalho é ótimo p/ mim.*” (ENF1). Sobre a satisfação encontrada no trabalho, é possível relacioná-la com a relação prazer/sofrimento no trabalho. Merlo (2002) destaca que na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, não existe apenas sofrimento, mas também pode haver uma relação de prazer, ocasionado a partir das sublimações realizadas pelos sujeitos.

“O bem-estar, em matéria de carga psíquica não advém só da ausência de funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na tarefa e revigorado por ela” (DEJOURS, 1994, p. 24)

Em pesquisa com profissionais da ESF, Azambuja e outros (2007, p. 75) constataram que o trabalho para esses profissionais se apresentava tanto como um processo “potencializador do viver humano”, como também, ligado a atividades estressantes, a perda do tempo destinado a convivência com familiares, ao lazer, gerador de angústias frente às responsabilidades assumidas.

Diante disso, percebe-se que a relação entre saúde mental e trabalho, estabelecida pela maior parte dos profissionais, é de uma influência negativa do trabalho sobre o sujeito. Transparece muitas formas defensivas a fim de lidar com as fontes geradoras de sofrimento. O trabalho como fonte de sofrimento é evidenciado principalmente pelos técnicos/auxiliar de enfermagem e ACS, que também são os trabalhadores com maiores sintomas e que apresentam um estilo de vida inadequado.

Como já mencionado, neste estudo buscou-se utilizar o conceito de saúde mental caracterizado como “bem-estar emocional, bom ajustamento comportamental, relativa liberdade de ansiedade e de sintomas incapacitantes, e uma capacidade de estabelecer relacionamentos e de lidar com as demandas e estresses comuns da vida” (VANDENBOS, 2010, p. 86) Considerando, então, este conceito de saúde mental, pode-se dizer que os profissionais da ESF encontram-se com boas condições de saúde mental, pois buscam, conforme seus relatos, ajustar-se as situações vivenciadas ou amenizar os sofrimentos decorrentes das dificuldades encontradas no trabalho. Todavia, os ACS e técnicos de enfermagem parecem estar mais vulneráveis a sintomas incapacitantes e encontram maior dificuldade (principalmente no que se refere à amostra dos agentes comunitários) para lidar com as demandas do trabalho. Isso pode estar relacionado com a tarefa destas profissões, que exigem um maior contato com a população e que resulta em maior dificuldade de satisfazer os usuários diante das dificuldades com que se deparam na implantação do SUS. Pode também ter relação com a capacitação destes profissionais para lidarem com as demandas no exercício de suas profissões.

Portanto, perceber as vivências destes profissionais possibilita questionar os processos de trabalho existentes na ESF. Se os profissionais da equipe de saúde da família não perceberem seu local de trabalho como algo positivo, se este tem demandado cargas psíquicas negativas aos trabalhadores, pode-se pensar que os mesmos têm falhado em seu objetivo de proporcionar qualidade de vida aos usuários. Como proporcionar meios que produzam qualidade de vida à população quando não se encontra espaço para o mesmo na unidade de saúde? Quanto suas ações são afetadas por dificuldades que não estão ao seu alcance (na maior

parte das vezes) modificá-las? São características que não são possíveis de mensuração, mas que é possível perceber ao longo deste estudo que devem ser aprofundadas constantemente a fim de que possibilite maior qualidade de vida aos trabalhadores de saúde, que na prática não tem se percebido este cuidado com os mesmos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo caracterizar a percepção de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família acerca das dificuldades em realizar suas intervenções junto aos usuários e as consequências destas dificuldades para as condições de saúde mental desses profissionais. Com base nos dados analisados, foi possível perceber através desta pesquisa uma diferença significativa de perspectiva profissional de acordo com a categoria profissional. Alguns técnicos, e principalmente, os agentes comunitários de saúde, referem sentimentos de desvalorização da profissão, tanto pelos colegas de trabalho quanto no que se refere à comunidade. Esta percepção negativa reflete sobre a forma como lidam com o trabalho, uma vez que as agentes comunitárias encontram maiores dificuldades para lidar com os obstáculos decorrentes do trabalho. A desvalorização também pode ser reflexo da realidade nas UBS, que possivelmente não satisfazem a demanda existente de cuidados em saúde.

Quanto ao objetivo de identificar as principais dificuldades percebidas no ambiente de trabalho, os profissionais referem à falta de apoio dos órgãos responsáveis pela ESF, assim como à falta de verba da Prefeitura, e às condições precárias do ambiente de trabalho. Estas dificuldades, de certa forma, culpabilizam as esferas do governo pela realidade de trabalho com que se deparam estes profissionais, tais como a falta de profissionais, de infra-estrutura adequada e falta de medicamentos a serem distribuídos aos usuários. Por conta disso, gera-se um sentimento de desvalorização com o trabalho, sentimento este que também foi apontado como algo que incomoda os profissionais.

De modo geral, os profissionais de saúde participantes do estudo pontuaram relevante grau de incômodo com as dificuldades percebidas no trabalho. No entanto, a maior parte dos profissionais refere não afetar-se por essas dificuldades, nem em sua saúde, nem em outros contextos da vida – o que indicaria uma forma adequada de lidar com as dificuldades no trabalho. Contraditoriamente, ao serem questionados sobre esse manejo frente às dificuldades, afirmam não conseguir lidar bem com essas situações. Além disso, em outros momentos, os participantes referem que estas dificuldades geram desconforto, insatisfação e frustração para si, quando impossibilitados de realizarem suas atividades laborais. Estas contradições, de certa maneira, podem ser um indício de que a maior parte dos profissionais não reflete sobre as circunstâncias vivenciadas no trabalho, funcionando, talvez, como um mecanismo defensivo frente aos sofrimentos decorrentes do trabalho.

No que se refere ao objetivo de identificar as intervenções afetadas pelas dificuldades percebidas nas unidades de saúde, as intervenções mais ressaltadas pelos profissionais dizem respeito às atividades que envolvem ações em grupo com usuários, aos encaminhamentos para outros níveis de atenção a saúde e às atividades de assistência básica. Outros sujeitos referem que diante das dificuldades, as atividades de todos os profissionais da equipe são afetadas, assim como também é afetado o processo de acolhimento dos usuários no serviço de saúde e o trabalho de outros profissionais que podem contribuir com o trabalho na ESF. De fato, pequenas dificuldades, como falta de algum equipamento ou falta de medicamentos interfere no processo de trabalho, pois impossibilita que os profissionais alcancem seus objetivos, que é intervir sobre os problemas em saúde.

Quanto ao objetivo de identificar as condições de saúde mental, foi possível perceber, a partir dos relatos dos sujeitos, que realizam poucas atividades de lazer e descanso, e também relatam dedicarem-se pouco a atividades culturais. Os profissionais referem também que não costumam se alimentar adequadamente. Em contrapartida, os participantes, com exceção de um deles, afirmam que não fazem uso de cigarros e bebidas alcoólicas e buscam, em sua maioria, dormir as horas de sono recomendadas. Isso indica que os profissionais não produzem ações de cuidado à sua própria saúde, em sua maior parte, e essa percepção se acentua quando analisado os profissionais ACS e técnicos/auxiliar de enfermagem.

Os participantes também referem alguns sintomas frequentes, tais como ansiedade, dores de cabeça, e alterações de humor, que podem ser resultantes da forma como vivenciam seu ambiente de trabalho. Destaca-se que as agentes comunitárias relatam um número maior de sintomas, se comparado aos outros profissionais. Poucos sujeitos referem fazer uso de medicação, sendo este uso de medicamentos a ansiedade, depressão e hipertensão. Apenas dois participantes afirmam ter feito tratamento psicoterápico, sendo a uma delas no ano de 2011 e outra há, aproximadamente, três anos atrás. Além disso, uma trabalhadora refere realizar tratamento psiquiátrico atualmente, sendo esta agente comunitária. Outra participante, técnica de enfermagem, afirma ter feito tratamento com psiquiatra no ano de 2011. Duas profissionais referem ter diagnóstico de depressão, sendo estas, novamente, agentes comunitárias de saúde. A precariedade do trabalho no serviço público de saúde pode ser um dos fatores que favorece alguns sintomas descritos, pois muitos sujeitos deparam-se com dificuldades com as quais não conseguem lidar.

Sobre o objetivo de identificar a relação que os profissionais estabelecem entre suas condições de saúde mental e suas condições de trabalho, constataram-se algumas influências negativas do trabalho sobre as condições de saúde mental deles quando referem que as condições de trabalho podem ser geradoras de sofrimento. Sofrimentos como tensão, pavor e estresse foram pontuados como consequências do trabalho por agentes comunitários e por técnicos/auxiliar de enfermagem, sendo que os agentes referem não receber apoio diante do sofrimento decorrido do trabalho. Outra influência negativa é percebida quando os sujeitos afirmam que separam a vida profissional e a vida pessoal, indicando que o mesmo serve como mecanismo defensivo frente aos sofrimentos advindos das dificuldades no trabalho. Além disso, outras estratégias defensivas utilizadas pelos participantes da pesquisa são a busca por outras atividades geradoras de bem estar a fim de compensar o mal estar gerado no trabalho e o uso da religiosidade. Quanto às relações positivas estabelecidas pelos trabalhadores, estas se referem à percepção de que o bem estar é importante para uma boa atuação no trabalho e de que bem estar emocional pode ser gerado pela realização profissional.

Através deste estudo foi possível perceber que, apesar das várias dificuldades apontadas pelos profissionais no contexto do trabalho na ESF, e apesar destas dificuldades serem fontes geradoras de sofrimentos, angústias e frustrações aos profissionais, os mesmos parecem ter encontrado, em sua maioria, mecanismos para lidarem com estes sofrimentos decorrentes das dificuldades no trabalho. No entanto, foi possível perceber que os agentes comunitários de saúde, assim como parte dos técnicos/auxiliar de enfermagem encontram maiores dificuldades frente a estes sofrimentos do que as classes profissionais com ensino superior. Há de se questionar, no entanto, porque estes profissionais encontram-se mais vulneráveis as dificuldades no trabalho. Será devido a sua formação profissional? Estarão os profissionais de saúde que possuem Ensino Superior melhor preparados em sua formação acadêmica para enfrentar as dificuldades decorrentes do trabalho? Estará relacionado, talvez, ao contato dos profissionais com os usuários? Técnicos de enfermagem e agentes comunitários têm maior contato com os usuários, pois, os primeiros são os que, normalmente, proporcionam acolhimento ou triagem aos usuários e os ACS são a ligação entre a equipe e os usuários, o que demanda contato constante. Estes são alguns questionamentos que não obtiveram resposta neste estudo, mas que são importantes.

Os resultados desta pesquisa contribuem para refletir sobre os impactos das condições de trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da ESF. A frustração, insatisfação e desconforto gerado por essas dificuldades, além de afetar a relação

do profissional com o próprio trabalho, interferem na sua relação com os usuários atendidos e, conseqüentemente, ambos os fatores interferem na resolutividade preconizada pela ESF. Assim, é preciso entender que, para que seja possível um bom atendimento aos usuários no sistema de saúde, é necessário que os trabalhadores tenham condições adequadas de trabalho, que possibilitem a eles um sentimento de realização diante das suas ações.

Pensando no conceito de saúde mental, os profissionais de saúde estão suscetíveis a encontrar dificuldades, sofrimentos, ansiedades e estresses decorrentes de todos os contextos de sua vida. Entretanto, quando estas dificuldades interferem sobre suas capacidades de lidar com estas situações, de ajustar-se a elas, e afetam seu bem estar emocional, podem surgir transtornos psiquiátricos ou outros sofrimentos psíquicos a estes profissionais. No que se refere a esta pesquisa, os sujeitos que parecem estar mais afetados em suas condições de saúde mental são os ACS e parte dos técnicos/auxiliar de enfermagem. É importante que se busque investigar as razões para estes profissionais estarem mais vulneráveis, uma vez que são importantes para o funcionamento da ESF. É importante, também, que se reflita sobre formas de amenizar o sofrimento dos trabalhadores na ESF. Ainda que se saiba que as dificuldades presentes no trabalho dos profissionais decorrem de diversos fatores, tais como econômicos, sociais e políticos, programas organizacionais podem ser implantados a fim de possibilitar apoio aos profissionais de saúde, principalmente aos ACS que referem não encontrá-lo. Esta idéia vai ao encontro da proposta de Campos (2006) ao sugerir o suporte social como forma de amenizar o estresse decorrente do trabalho dos profissionais de saúde.

O psicólogo, enquanto um dos profissionais responsáveis pela saúde do trabalhador, precisa refletir sobre o papel que tem exercido na Estratégia de Saúde da Família. O psicólogo na Atenção Básica tem o papel de promover saúde aos usuários e seus familiares, de variadas formas, tais como grupos temáticos, visitas domiciliares, acolhimento psicológico, entre outras maneiras. No entanto, o psicólogo também deve ter seu olhar voltado à saúde dos trabalhadores, pois um dos princípios fundamentais do psicólogo é promover saúde e qualidade de vida as pessoas, independente do campo em que estiver inserido. Isto, de certa forma, pode ser conflituoso, uma vez que o psicólogo pode também estar submetido as mesmas dificuldades percebidas pelos outros profissionais. Portanto, se os profissionais da saúde precisam refletir sobre as condições de trabalho na Atenção Básica, a fim de buscar melhores práticas e contribuir aos efeitos sobre si mesmos, ao psicólogo caberá o mesmo papel, uma vez que também atua na área e, portanto, pode ser sujeito das mesmas dificuldades apontadas pelos profissionais deste estudo.

Uma das dificuldades encontradas na realização deste estudo foi quanto à seleção dos participantes. Pensou-se inicialmente em realizar a pesquisa com profissionais com maior tempo de trabalho, a fim de melhor caracterizar o tipo de relação estabelecida por eles com o trabalho diante das dificuldades laborais. A realidade do município, no entanto, fez com que se modificassem alguns processos metodológicos e, por fim, a maior parte dos profissionais de saúde tinha pouco tempo de trabalho nos serviços de saúde da ESF. Outra dificuldade deste estudo se refere ao número reduzido de profissionais que participaram da pesquisa, pois este fator dificulta que os resultados sejam estendidos as outras UBS do município de Palhoça, uma vez que a rede de saúde é diversificada quanto a suas características. Por sua vez, o instrumento utilizado na coleta de dados destaca-se como uma das facilidades para a realização da pesquisa, pois facilitou a aplicação do mesmo no ambiente de trabalho dos participantes e facilitou o processo de análise deste estudo.

Como sugestão de pesquisas posteriores, parece importante que se investigue as estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais da ESF frente às dificuldades geradoras de sofrimento para melhor caracterizar suas relações com o trabalho. Parece importante também investigar as razões pelas quais os ACS e os técnicos de enfermagem demonstram-se mais vulneráveis às dificuldades decorrentes do trabalho, uma vez que este dado ressaltou-se na pesquisa, mas não foram aprofundados já que não era o objetivo que pretendia o estudo.

Ampliar estudos sobre a relação entre o trabalho e as condições de saúde mental no contexto da ESF possibilita maiores conhecimentos sobre o processo de trabalho destes profissionais. Além disso, auxilia os profissionais da saúde a buscarem novas possibilidades de cuidado para si e para outros colegas que estejam vulneráveis aos sofrimentos decorrentes da sua prática profissional. Diminuindo as condições geradoras de sofrimento no exercício profissional, acredita-se que afetará não só os profissionais de saúde que, muitas vezes, estão submetidos a estas condições, mas também, os usuários do SUS que também podem ser afetados por estas dificuldades.

REFERÊNCIAS

- AGASSI, Ingrid. **Características das competências do psicólogo para intervir em saúde mental, propostas em planos de ensino de disciplinas de cursos de graduação em psicologia**. 2008. 159 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008.
- AQUINO, Regiane Ribeiro de. **Inventário de suporte familiar (IPSF) e escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho (EVENT): evidência de validade**. 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2007.
- ARAÚJO, Tânia M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, Ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n4/16776.pdf>>. Acesso em: 27 Out. 2011.
- AZAMBUJA, Eliana P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a09v16n1.pdf>>. Acesso em: 09 Nov. 2011.
- BATISTA, Anne Aires Vieira et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>>. Acesso em: 23 Out. 2011.
- BORGES, Livia de Oliveira et al. Concepção, planejamento e desenvolvimento da pesquisa. In: BORGES, Livia de Oliveira. (org.) **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BORGES, Livia de Oliveira et al. Saúde mental, diagnóstico organizacional e do trabalho. Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho, II. **Anais**. Goiânia, 2006.
- BORGES, Livia de Oliveira; TAMAYO, Álvaro; ALVES FILHO, Antônio. Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In: BORGES, Livia de Oliveira (org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BRAGA, Ludmila Cândida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, sup. 1.1, p. 1585-1596, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2011.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 Mai. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo de assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Proposta preliminar de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS. Brasília, 2005. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pccs_sus.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Atenção a Saúde da Família. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão de Legislação participativa**: Seminário discutirá situação dos trabalhadores da saúde. Disponível em:
<<http://www2.camara.gov.br/portal/Camara/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/noticias/seminario-discutira-situacao-dos-trabalhadores-da-saude>>. Acesso em: 06 Abr. 2011.

CAMELO, Silvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, Feb. 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a03.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2011.

CAMPOS, Eugenio Paes. Equipes de saúde: cuidadores sob tensão. **Rev. Espistemossomática**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 195-222, set./dez. 2006. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epistemo/v3n2/v3n2a05.pdf>>. Acesso em: 30 Abr. 2011.

CAMPOS, Eugenio Paes et al. Equipes do programa de saúde da família: estresse profissional e dinâmica do trabalho. **Rev. de APS**, Juíz de Fora, v. 13, n. 1, p. 46-54, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/386/296>>. Acesso em: 30 Mar. 2011.

CODO, Wanderley; SORATTO, Lucia; VASQUES-MENEZES, Iône. Saúde Mental e trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS,

Antonio Virgílio Bittencourt. (Org.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Jornal do Conselho Nacional de Saúde**. Set. 2010. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/Jornal_CNS_setembro.pdf>. Acesso em: 06 Abr. 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do Trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços em saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, jul./set. 2006. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1artigo_organizacao_trabalho.pdf>. Acesso em: 25 Mai. 2011.

DAVID, Helena M. S. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 206-12, abr./jun. 2009.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, Christophe. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

DIMENSTEIN, Magda; SANTOS, Yalle Fernandes dos Santos. Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuárias da rede básica de Natal. In: BORGES, Livia de Oliveira (org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2011.

SCOREL, Sara; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FERNANDES, Jocileia Dumê et al. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a24.pdf>. Acesso em: 17 Mai. 2011

FRANCO, Túlio Batista ; MERHY, Emerson Elias . Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.. In: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; FRANCO, Túlio Batista; RÍMOLI, Josely. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

FRANTINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra-referência: para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

GENTIL, Valentim. **Pânico, Fobias e Obsessões: a experiência do projeto AMBAM**. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLINA, Débora Miriam Raab et al. Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n3/4643.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2011.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SILVA, Narbal. Motivação no trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. (Org.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. Emoções e Afetos no Trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. (Org.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOUVEIA, Rildésia S. V. et al. Bem estar afetivo entre profissionais de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 2, p. 267-280, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/166/171>. Acesso em: 27 Out. 2011.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Direito à Saúde com controle social**. Passo Fundo: Fórum Sul de Saúde (PR SC RS), Centro de Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP), 2003.

LANCMAN, Selma et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n4/7227.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Stress: conceitos básicos. In: _____. **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.

LOCH-NECKEL, Gecioni et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 05 Nov. 2011.

LOPES, Danilo Camuri Teixeira. **Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: notas cartográficas sobre os processos de trabalho em saúde**. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

LOPES, Denise Maria Quatrin. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 2009. 110 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Estudos do lazer: uma introdução**. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2006.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, Set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERLO, Álvaro R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, Maria das Graças; CODO, Wanderley. **Saúde Mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; FRANCO, Túlio Batista; RÍMOLI, Josely. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. Trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2006.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/14.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/rbmt08.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O que é saúde mental?** Set. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde do Trabalhador: Conceito**. 2010. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=44&area=conceito>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. **A crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde coletiva**. Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

PALHOÇA. Secretaria da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saudepalhoca.sc.gov.br/saude-da-familia>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

PEIXOTO, Sandro Garcia Duarte. **Eficácia e gestão da política de atenção básica de saúde nos municípios brasileiros**. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PIMENTEL, Déborah Mônica Machado. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. 2005. 191f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2005.

PIRES, Denise. Caracterizando o processo de trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: EPU, 1996.

RONCHI, Carlos César. **Sentido do Trabalho: saúde e qualidade de vida**. Curitiba: Juruá, 2010.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, v.13, n.1, p. 23-34. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

SANTOS, Cidália de Lourdes Moura et al . Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). **Produção**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v21n1/AOP_200811118.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2011.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste Mental e trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1994.

SESSA, Roberta Maia et al. Influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. **Rev. adm. Saúde**, v. 10 n. 39, p. 51-60, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/ARTIGO39.pdf>>. Acesso em 26 mar. 2011.

SIQUEIRA, Mirlane Maria Matias; GOMIDE JÚNIOR, Sinésio. Vínculos do Indivíduo com o Trabalho e com a Organização. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. (Org.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SISTO, F. F.; BATISTA, M. N.; SANTOS, A. A. A. **Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho**. São Paulo: Vetor, 2007.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Revista Interface –comunicação**, saúde e educação, v. 6, n. 10, p. 75-83, fev. 2002. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2011.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; MENEZES, Paulo Rossi. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6933.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

SILVA, Francisca Idanésia de. **Entre flores e espinhos: a atuação do técnico de enfermagem na estratégia de saúde da família**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

SOUZA, Ana Beatriz Chechin et al. Análise da dinâmica do trabalho da Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde na região norte de Florianópolis/SC. In: BÜCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema. **A formação em Saúde da família: uma estratégia na consolidação do SUS**. Florianópolis: UFSC, 2010.

STÜRMER, Bárbara Cristina et al. Os possíveis estressores no processo de trabalho das Equipes Saúde da Família de Florianópolis. In: BÜCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema. **A formação em Saúde da família: uma estratégia na consolidação do SUS**. Florianópolis: UFSC, 2010.

TAMAYO, Mauricio Robayo; TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estud. psicol.**, Natal, v. 7, n. 1, Jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10952.pdf>>. Acesso em: 09 Nov. 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção a saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de Atenção a Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Revista Interface –comunicação, saúde e educação**, v. 6, n. 10, p. 84-96, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>>. Acesso em 19 out. 2011.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. Idéias e significações que permeiam as práticas de saúde: a perspectiva sobre o atual sistema de atendimento. In: BORGES, Livia de Oliveira (org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TRINDADE, Leticia de Lima. **O estresse laboral de uma equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TRINDADE, Leticia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2011.

VANDENBOS, Gary R. **Dicionário de psicologia da APA**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para coleta dos dados.

Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul

Psicologia – Núcleo Psicologia e Saúde

Este questionário tem por objetivo verificar a sua percepção a respeito das relações entre as condições de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da saúde. O questionário tem no total 39 questões, sendo algumas de assinalar com “X” e outras são questões abertas. Pedimos atenção ao enunciado das questões para respondê-las, pois algumas questões são muito semelhantes.

Agradeço desde já por sua colaboração no preenchimento deste questionário, uma vez que ele é de grande importância para o resultado da pesquisa.

QUESTIONÁRIO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. Sexo M F 1.2. Idade: _____

1.3. Bairro e cidade onde reside: _____

1.4. Estado civil: Solteiro/a Casado/a União Estável Divorciado/a Viúvo/a Outro

1.5. Tem filhos?

<input type="checkbox"/> Sim	1.5.1 Quantos: _____ 1.5.2 Idade(s) do(s) filho(s): _____	1.5.3 Mora(m) com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não		

1.6. Você é responsável pela renda de sua família?

Totalmente Parcialmente Não

2. DADOS PROFISSIONAIS

2.1. Função que desempenha na Equipe de Saúde da Família (ESF):

Agente Comunitário/a de Saúde Auxiliar de Enfermagem Enfermeiro/a

Médico/a Técnico/a em Enfermagem

Outro: _____

2.2. Tempo de atuação na Atenção Básica (anos/meses): _____

2.3. Tempo de atuação na atual equipe de Saúde da Família (anos/meses): _____

2.4. Qual a sua carga horária semanal de trabalho na Unidade de Saúde? _____ horas.

2.5. Costuma exceder o tempo de sua jornada de trabalho diária?

Nunca Eventualmente Frequentemente Sempre

2.6. Escolaridade:

Ensino Fundamental	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> cursando
Ensino Médio	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> cursando
Graduação	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> cursando

Pós-graduação	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> cursando
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

2.7. Realiza ou realizou algum curso de especialização ou aperfeiçoamento profissional nos últimos dois anos?
 Sim Não

2.7.1. Caso a resposta seja sim, qual? _____

2.8. Exerce outra atividade profissional além da ESF?

<input type="checkbox"/> Sim	Qual: _____	Quantas horas diárias dedica a essa atividade? _____
	_____	_____
<input type="checkbox"/> Não		

3. CONTEXTO DO AMBIENTE DE TRABALHO

3.1. Qual a sua perspectiva profissional para os próximos dois anos, em relação à Unidade de Saúde em que trabalha?

Continuar trabalhando Mudar de área de atuação Mudar de profissão Outro. Qual?

3.2. Assinale todas as afirmações que se seguem de acordo com a intensidade que melhor caracteriza sua relação com seu trabalho.

Afirmação	Intensidade			
	Nada	Pouco	Muito	Totalmente
a) Considero meu trabalho importante para a comunidade				
b) Sinto que os usuários valorizam meu trabalho				
c) Sinto que meu trabalho é valorizado pelos meus colegas				
d) Sinto que contribuo com o trabalho dos meus colegas				
e) Sinto que tenho um bom desempenho no meu trabalho				
f) Gosto das atividades que realizo em meu trabalho				
g) Me sinto realizado profissionalmente				
h) Me sinto sobrecarregado em meu trabalho				
i) Encontro dificuldades para realizar meu trabalho				

3.3. Quais as atividades realizadas pela sua equipe de Saúde da Família? (pode marcar várias opções)

- | | | |
|--|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Consulta – clínico geral | h) <input type="checkbox"/> Consulta – enfermagem | n) <input type="checkbox"/> Consulta odontológica |
| b) <input type="checkbox"/> Consulta – pediatra
especialistas | i) <input type="checkbox"/> Consulta – Ginecologista | o) <input type="checkbox"/> Consulta – outros médicos |
| c) <input type="checkbox"/> Palestras educativas | j) <input type="checkbox"/> Grupo – hipertensos | p) <input type="checkbox"/> Pré-Natal (acompanhamento) |
| d) <input type="checkbox"/> Grupo – diabéticos | k) <input type="checkbox"/> Grupo – gestantes | q) <input type="checkbox"/> Vacinação |
| e) <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares | l) <input type="checkbox"/> outros grupos educativos | r) <input type="checkbox"/> Preventivo (exame) |
| f) <input type="checkbox"/> Teste do pezinho
estratégias | m) <input type="checkbox"/> Curativos | s) <input type="checkbox"/> Reunião em equipe para avaliar |
| g) <input type="checkbox"/> Distribuição de medicamentos | | |

Outras atividades: _____

3.4. Quais destas atividades você realiza? (pode marcar várias opções)

- a)** () Consulta – clínico geral **h)** () Consulta – enfermagem **n)** () Consulta odontológica
b) () Consulta – pediatra **i)** () Consulta – Ginecologista **o)** () Consulta – outros médicos
 especialistas
c) () Palestras educativas **j)** () Grupo – hipertensos **p)** () Pré-Natal (acompanhamento)
d) () Grupo – diabéticos **k)** () Grupo – gestantes **q)** () Vacinação
e) () Visitas domiciliares **l)** () outros grupos educativos **r)** () Preventivo (exame)
f) () Teste do pezinho **m)** () Curativos **s)** () Reunião em equipe para avaliar
 estratégias
g) () Distribuição de medicamentos

Outras atividades: _____

3.5. Na tabela a seguir marque um X em cada um dos itens, para expressar suas dificuldades, de acordo com a frequência com que ocorrem.

Dificuldade ⁴	Frequência			
	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
a) Atender a muitas pessoas de uma só vez				
b) Muita responsabilidade no trabalho diário				
c) Acúmulo de trabalho				
d) Equipe de Saúde da Família incompleta				
e) Falta de outros profissionais pra contribuir com a equipe (psicólogo, dentista, assistente social, etc.)				
f) Falta de médicos especialistas (pediatra e ginecologista)				
g) Equipamento precário (em mau estado, muito antigo, etc.)				
h) Falta de equipamento				
i) Infra-estrutura precária (prédio antigo demais, rachaduras, goteiras, etc.)				
j) Falta de infra-estrutura (faltam salas, espaço pequeno demais)				
k) Falta de medicamentos				
l) Falta de transporte				
m) Falta de apoio dos órgãos responsáveis pelo Saúde da Família				
n) Falta de repasse de verbas da Prefeitura				
o) Falta de vontade política				
p) Salário inadequado para função				

⁴ Categorias adaptadas da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (SISTO et al., 2007) e do artigo “Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde”. (AQUINO, 2007).

q) Salários atrasados				
Outra: qual? Opção 1 _____				
Outra: qual? Opção 2 _____				
Outra: qual? Opção 3 _____				

3.6. Você acha que as dificuldades encontradas em sua rotina de trabalho interferem na sua intervenção profissional?

() Nada () Pouco () Muito () Totalmente

3.7. Na tabela a seguir marque um X ao lado de cada item para expressar quais dificuldades mais lhe causam estresse de acordo com a intensidade com que lhe incomodam. (Nas dificuldades que não ocorrem em seu trabalho assinale um X em “não me incomoda”).

Dificuldade	Intensidade			
	Não me incomoda	Me incomoda pouco	Me incomoda muito	Me incomoda totalmente
a) Atender a muitas pessoas de uma só vez				
b) Muita responsabilidade no trabalho diário				
c) Acúmulo de trabalho				
d) Equipe de Saúde da Família incompleta				
e) Falta de outros profissionais pra contribuir com a equipe (psicólogo, dentista, assistente social, etc.)				
f) Falta de médicos especialistas (pediatra e ginecologista)				
g) Equipamento precário (em mau estado, muito antigo, etc.)				
h) Falta de equipamento				
i) Infra-estrutura precária (prédio antigo demais, rachaduras, goteiras, etc.)				
j) Falta de infra-estrutura (faltam salas, espaço pequeno demais)				
k) Falta de medicamentos				
l) Falta de transporte				
m) Falta de apoio dos órgãos responsáveis pelo SF				
n) Falta de repasse de verbas da Prefeitura				
o) Falta de vontade política				
p) Salário inadequado para função				
q) Salários atrasados				
Outra: qual? Opção 1 _____				
Outra: qual? Opção 2 _____				

Outra: qual? Opção 3 _____				
----------------------------	--	--	--	--

3.8. Você acha que as atividades realizadas por você ou pelos outros membros da equipe são afetadas pelas dificuldades encontradas na unidade de saúde? Justifique.

3.8.1. Caso a resposta seja *sim*, quais atividades são afetadas?

3.9. Na tabela a seguir, assinale com um X, ao lado de cada item, de acordo com a intensidade que melhor caracteriza a maneira como você lida com as dificuldades no trabalho.

Afirmação	Intensidade			
	Nada	Pouco	Muito	Totalmente
a) Tenho facilidade em lidar com as dificuldades encontradas				
b) As dificuldades encontradas dependem da minha atuação profissional				
c) As dificuldades encontradas em meu trabalho me afetam em outros contextos (casa, lazer, etc.)				
d) As dificuldades para realizar meu trabalho afetam minha saúde				
e) Busco soluções para as dificuldades que encontro em meu trabalho				

3.10. Assinale as afirmações de acordo com a intensidade que melhor caracterizam seus sentimentos em relação ao trabalho diante das dificuldades que você percebe na sua rotina de trabalho.

Afirmação	Intensidade			
	Nada	Pouco	Muito	Totalmente
a) Me sinto conformado por não conseguir contornar as dificuldades encontradas em meu trabalho, pois elas não dependem de mim				
b) Me sinto frustrado por não conseguir contornar as dificuldades.				
c) Me sinto estimulado a superar as dificuldades encontradas				
d) Sinto-me preocupado com as dificuldades, mesmo quando estou fora do meu horário de trabalho.				
e) Me sinto desmotivado em função das dificuldades encontradas				
f) Me sinto motivado a tentar resolver essas dificuldades para melhorar.				
g) Não dou importância para estas dificuldades				

Outros sentimentos: _____				

4. SAÚDE E ESTILO DE VIDA

4.1. Indique a frequência com que você realiza cada uma das atividades abaixo:

Afirmação	Frequência			
	Nunca	Raramente	Com Frequência	Sempre
a) Faço exercícios físicos e/ou pratico esportes regularmente				
b) Mantenho uma alimentação saudável				
c) Durmo a quantidade de horas recomendadas				
d) Fumo				
e) Bebo				
f) Dedico horas para atividades culturais				
g) Realizo atividades para lazer e descanso				

4.2. Indique a frequência com que você sente cada um dos sintomas abaixo:

Afirmação ⁵	Frequência			
	Nunca	Raramente	Com Frequência	Sempre
a) Sente-se ansioso				
b) Apresenta alterações de humor				
c) Tem dificuldades para lembrar-se dos compromissos				
d) Teve sintomas de pânico				
e) Sente ou sentiu sintomas de depressão				
f) Alguma vez pensou em suicídio				
g) Faz uso de medicamentos				
h) Tem dificuldades para dormir				
i) Tem dores de cabeça				
j) Tem distúrbios de percepção (vê ou ouve algo que não é real, vivencia situações que pensa já ter acontecido antes)				
k) Tem algum tipo de fobia (medo intenso em relação a algo: objetos, animais, lugares)				

4.3. Já fez psicoterapia?

() Nunca fez. () Já fez. Em que período? (ano) _____ () Está fazendo.

4.4. Já fez tratamento com psiquiatra?

() Nunca fez. () Já fez. Em que período? (ano) _____ () Está fazendo.

⁵ Categorias adaptadas do instrumento de coletas de dados da pesquisa de mestrado "Saúde Mental dos Profissionais da Saúde" (PIMENTEL, 2005).

4.5. Já foi diagnosticado com algum tipo de transtorno mental? () sim () não

4.5.1. Caso a resposta seja sim, qual? _____

4.5.2. Desde quando ou por quanto tempo? _____

4.5.3. Fez uso de medicação? Qual? _____

4.5.4. Quem fez o diagnóstico? _____

4.6. Faz uso de outros medicamentos? Quais? _____

4.7. Tem algum outro tipo de problema de saúde? () Sim () Não. Se sim, qual?

5. TRABALHO E SAÚDE

5.1. Você acha que suas condições de saúde mental são influenciadas por suas vivências em seu ambiente de trabalho? Por quê?

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
Campus Norte – Unidade Pedra Branca
Graduação em Psicologia
Núcleo Psicologia e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título *“Percepção de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família acerca das dificuldades de realizar suas intervenções junto aos usuários e as conseqüências destas sobre as condições de saúde mental desses profissionais.”*. A pesquisa tem como objetivo saber como os profissionais das equipes de saúde percebem algumas dificuldades no ambiente de seu trabalho e as implicações destas sobre a saúde mental deles.

É muito importante pesquisar a respeito deste assunto para poder reconhecer situações causadoras de sofrimento para os profissionais da saúde e possibilitar novas perspectivas na tentativa de minimizar danos à saúde dos trabalhadores e aperfeiçoar intervenções já existentes neste campo.

Esta pesquisa será realizada com profissionais que compõem algumas equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família do município de Palhoça, sendo estes o médico, o enfermeiro, o técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. A aplicação do questionário durará cerca de quinze minutos e será feita em seu ambiente de trabalho. No questionário, constarão perguntas referentes a: caracterização das intervenções afetadas por dificuldades estruturais na unidade de saúde, situações estressoras, desempenho nas atividades, sentimentos relacionados ao trabalho e possíveis transtornos mentais.

Você não é obrigado a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado (a) por isso. No entanto, participar desta pesquisa contribuirá para conhecer situações que lhe causam sofrimento e pensar em estratégias de promoção de saúde para os profissionais da ESF. Uma vez que o questionário aborda questões referentes à sua percepção frente a algumas dificuldades no trabalho, existe a possibilidade de desconforto durante a aplicação do mesmo. Caso isso ocorra, você deve

informar a pesquisadora para que ela possa lhe fornecer o apoio necessário a fim de eliminar esse desconforto.

Você poderá pedir informações sobre a pesquisa à pesquisadora a qualquer momento. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante o questionário, ou depois dele, por telefone, a partir dos contatos da pesquisadora que constam no final deste documento.

Todos os dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Lembrando que a participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora **Ester König da Silva** sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Nádia Kienen
Telefone para contato: (48) 3279-1084

Aluna Pesquisadora: Ester König
Telefone para contato: (48) 9901-7188