

O significado do trabalho para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família

The meaning of the work for the healthcare professionals in the Family Health Strategy

Mariana Ramalho de Farias¹, Jacques Antonio Cavalcante Maciel², Ana Karine Macedo Teixeira³, José Jackson Coelho Sampaio⁴

¹Autora para correspondência. Universidade Federal do Ceará. Sobral, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0003-2834-4975. marifarias_odonto@yahoo.com.br

²Universidade Federal do Ceará. Sobral, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0002-2293-8433. cavalcantejacques@gmail.com

³Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0001-5923-1813. anakarinemt@hotmail.com

⁴Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0003-4364-524X. sampaiojackson@gmail.com

RESUMO | O objetivo do estudo foi compreender o significado do trabalho na percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa crítico-analítica com os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica de Sobral, Ceará. A população do estudo foi constituída pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. Para a seleção dos sujeitos, buscou-se identificar, a partir da aplicação do *Job Content Questionnaire*, os expostos ao adoecimento mental relacionado ao trabalho, no total de 433 profissionais. Em seguida, classificou-se esses participantes em grupos representativos da maior e menor propensão de desenvolver adoecimento, divididos pelas diferentes categorias profissionais. Desses grupos, sorteou-se onze trabalhadores para aplicação da entrevista aberta, utilizando-se o roteiro da Entrevista de Aprofundamento Clínico e Representação do Trabalho. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise de discurso e agrupadas em duas categorias analíticas: O papel do trabalho na constituição da identidade: (in)satisfação e realização profissional; e O significado do trabalho: a busca do prazer. Os resultados apontaram que o trabalho compareceu como constituinte da identidade e das experiências de vida, interferindo nas relações pessoais/afetivas, vivenciado paradoxalmente, ora destacado como fonte de prazer, satisfação e realização pessoal, ora caracterizado pela falta de reconhecimento, de valorização profissional, de sobrecarga de trabalho e de impotência diante das demandas dos usuários, que não só geram insatisfação, como também adoecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Saúde do trabalhador. Saúde mental.

ABSTRACT | The aim of the study was to understand the work meaning under the perception of healthcare professionals of Family Health Strategy. It is related to a critical-analytical research with healthcare professionals who attend in Sobral's Basic Care, Ceará. The people from the study consist of doctors, nurses, nursing assistants, dental surgeons, oral health agent aides and community health workers linked to Family Healthcare Strategy. To select the subjects, it was sought to identify, from the Job Content Questionnaire applying, those exposed to mental illness related to work, in total 433 professionals. Then, these participants were classified into groups representing the highest and lowest propensity to develop illness, divided by different professional categories. From these groups, it was sorted eleven workers for applying the open interview, making use of the script of the Interview of Clinical Deepening and Representation of the Work. The interviews were analysed by the discourse analysis technique and grouped into two analytical categories: The work role in the identity formation: (dis)satisfaction and professional achievement; and the meaning of work, the search for pleasure. The results show work as identity constituent and life experiences, interfering in personal and affective relationships, experienced paradoxically, highlighted as a pleasure source, satisfaction and personal fulfillment, and also characterized as lack of recognition, professional appreciation, work overload and impotence in face of the demand from the users, that not only generate dissatisfaction, but also illness.

KEYWORDS: Mental health. Occupational health. Primary health care.

Introdução

O trabalho é o modo de ser do homem, que permeia e transita em todos os níveis de sua atividade, de seus afetos e de sua consciência. Constitui atividade propriamente humana, estruturadora do psiquismo, da personalidade e da identidade, ocupando lugar e peso diferentes de acordo com a organização social específica e o modo concreto como os seres humanos produzem suas condições de existência (Sampaio & Messias, 2002).

O trabalho em saúde apresenta-se com uma forma de trabalho diferenciado, pois o saber no campo da saúde e o seu produto imediato, a prestação da atenção à saúde, operada por várias naturezas de cuidado, é produzida no mesmo momento em que é consumida, sendo indissociável o produto do processo que o produz. Caracteriza-se como um trabalho vivo, que só existe em ato, em ação, no momento do trabalho em si, não se expressando apenas por meio de equipamentos ou de saberes estruturados, mas operando-se também pelas tecnologias relacionais, como as práticas de acolhimento e desenvolvimento de vínculo e pela díade protagonismo-autonomização, conceituadas por Merhy et al. (2007) como tecnologias leves.

Então, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor com suas ferramentas de conhecimento, equipamentos, instrumentos, técnicas e tecnologias, com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades, percebidas ou não, no momento do trabalho.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal opção para organização da Atenção Primária à Saúde (APS). Composta por uma equipe multiprofissional que deve desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, diagnósticos de agravos, recuperação e reabilitação da saúde da população adscrita ao seu território. No Brasil existem mais de 40 mil equipes de Saúde da Família implantadas (Ministério da Saúde, 2017).

Nesse modelo de atenção, por existir essa inserção no território e por lidar com questões relacionadas aos determinantes e condicionantes sociais, necessi-

ta-se de maior comprometimento dos profissionais empregando tecnologias leves. Para Milanez, Soratto, Ferraz, Vitali, Tomasi, Sorato e Bittencourt (2018), essa atuação pode gerar ou ser influenciada por aspectos que oportunizam a satisfação e a insatisfação desses profissionais na realização do trabalho.

A definição de sentido e significado do trabalho perpassa na psicologia por diferentes bases epistemológicas, ainda sem encontrar um consenso em suas distinções e semelhanças conceituais. Nesse estudo, opta-se em utilizar o conceito de Codo (2002) sobre o significado do trabalho, buscando entender os modos de interferência dessa atividade na construção da identidade e na subjetividade do sujeito. Para o autor, o trabalho é sempre objetivo, subjetivo e transubjetivo. É objetivo porque é possível determinar e descrever suas etapas de realização. É subjetivo porque incorpora os sentimentos e as percepções de quem o executa. Concomitantemente, também é social, em sua formulação e apropriação coletiva, portanto inserido em uma dimensão transobjetiva.

É necessário, portanto investigar qual é a importância que o indivíduo atribui ao seu trabalho, tanto para si como para a sociedade. As suas atitudes, assim como seu comprometimento, carga mental e satisfação, estão relacionadas com esse significado. Portanto, deve-se considerar essas expressões subjetivas, a partir do vínculo estabelecido nesse meio social (Codo, 2002).

O estudo justifica-se pela necessidade de compreender os significados que perpassam pelo trabalho na percepção dos profissionais envolvidos no processo complexo de cuidar na Atenção Primária em Saúde, principalmente pelas particularidades desse tipo de trabalho e das responsabilidades de garantir atendimento integral, universal e equânime. Compreender os sentimentos envolvidos e os aspectos geradores de (in) satisfação possibilitará a melhoria nas condições de vida e trabalho desses sujeitos, impactando no cuidado ao usuário.

Assim, busca-se analisar o significado que o profissional de saúde atribui à sua atividade laboral, além da busca pela satisfação em realizá-lo. Cabe então analisar qual o lugar, o peso e o significado que ocupa na vida de cada sujeito. Assim, parte-se das seguintes questões norteadoras: "Qual o significado do trabalho?" e "Qual o sentimento que esses trabalhadores exprimem quando refletem sobre essa temática?".

Nesse contexto, o estudo objetivou compreender o significado do trabalho de acordo com a percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, crítico-analítico, realizado no município de Sobral (região norte do estado do Ceará), com trabalhadores pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF).

No município de Sobral, a ESF conta com 56 equipes distribuídas em 31 Centros de Saúde da Família, sendo 18 na sede e 13 nos distritos. O município conta com uma cobertura assistencial de 78% da população, o que equivale a 214.206 pessoas acompanhadas, de acordo com os dados do Sistema de Informação.

O procedimento geral da pesquisa dividiu-se em duas etapas, desenvolvidas no período de janeiro a abril de 2014. Para a primeira etapa, representada pela aplicação do Job Content Questionnaire - JCQ, foram convidados a participar todos os profissionais da ESF de Sobral (médico, enfermeiro, cirurgia-dentista, auxiliar/técnico de enfermagem e auxiliar/técnico em saúde bucal).

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da ESF, maiores de dezoito anos, e concordarem em participar da pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: profissionais de atestado médico, licença prêmio ou férias no período da coleta de dados; e aqueles que não foram encontrados em até três tentativas para coleta de dados. Responderam ao questionário 433 profissionais de um total de 753, representando 57,5% da população total.

O JCQ é um questionário desenvolvido por Karasek et al. (1998), validado para o português por Alves, Chorb, Faersteinc, Lopes, Werneck (2004), que mensura a relação entre saúde mental e trabalho a partir de suas questões, as quais cinco delas são para avaliar a dimensão da demanda no trabalho; seis avaliam a dimensão controle e as outras seis avaliam o apoio social. As opções de resposta variam entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”, nas questões de demanda e controle, e variam entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente” no bloco referente ao apoio social (Schmidt, Dantas, Marziale & Laus, 2009).

Assim, após o preenchimento do JCQ, os escores são alocados da seguinte forma: nas perguntas referentes a demanda e controle, variam de 1 a quatro pontos, em que a opção “frequentemente” recebe quatro pontos, enquanto a opção “nunca” recebe um ponto; nas perguntas referentes a escala de apoio social, a opção “concordo totalmente” recebe quatro pontos, enquanto a de “discordo totalmente” recebe um ponto (Schmidt et al, 2009). Dessa forma, a soma dos escores das questões relativas à demanda varia de cinco a vinte, em que quanto maior o escore, maior a demanda; enquanto que a soma dos escores das questões referentes ao controle e ao apoio social variam de seis a vinte-quatro, compreendido da mesma forma, quanto maior o valor, maior o controle e melhor o apoio social.

Depois de realizado o somatório dos escores, relacionando demanda, controle e apoio social, quatro situações com riscos variáveis de adoecimento serão esperadas, como indicados abaixo:

- Altas Demandas e Baixo Controle: Essa situação gera desgaste no trabalhador, o que favorece o aparecimento de situações desfavoráveis à saúde.

- Baixas Demandas e Baixo Controle: Essa situação é considerada a de um trabalho passivo, em que pode haver perda de habilidades e consequente desinteresse por parte do trabalhador.

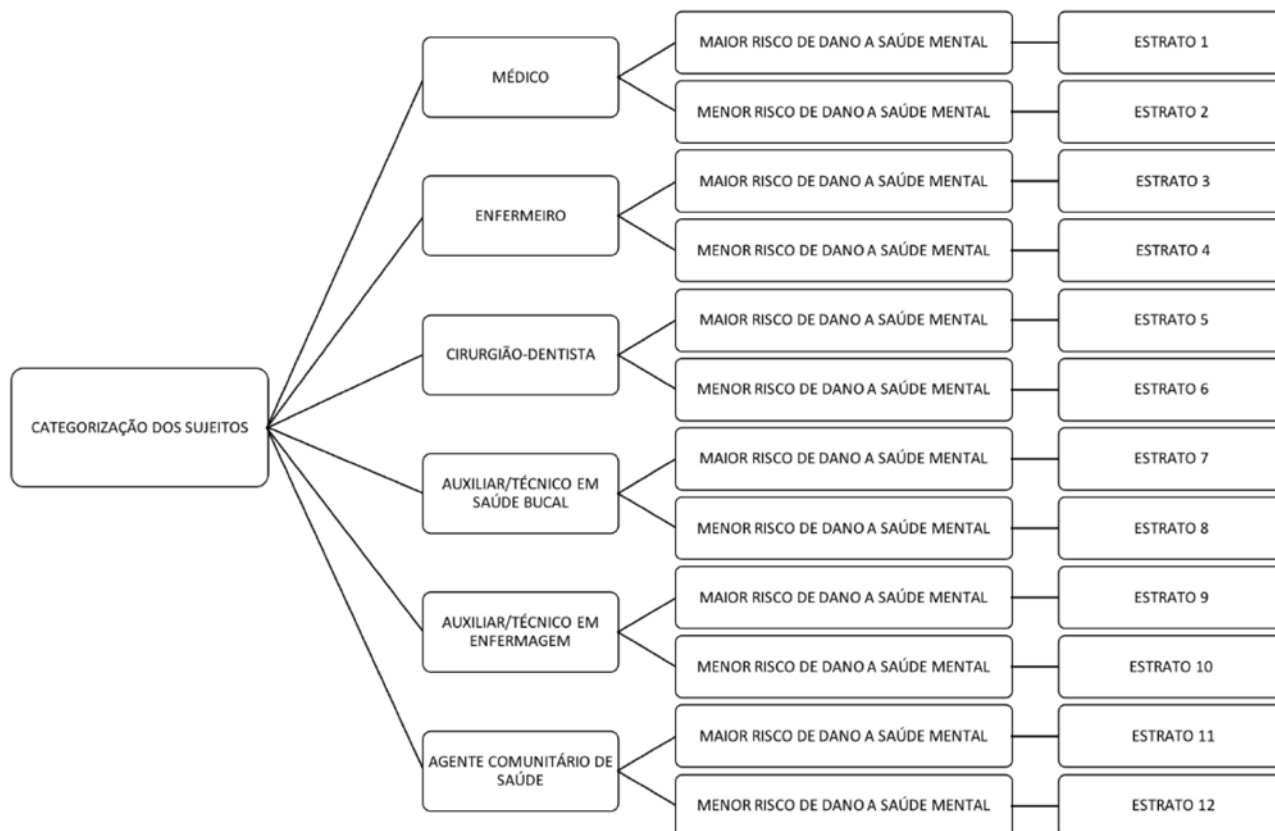
- Altas Demandas e Alto Controle: Nessa situação, tem-se uma situação favorável a saúde, visto que os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma ativa, pois, apesar de apresentar demandas excessivas, o trabalhador tem a capacidade de escolher como agir de acordo com seu ritmo biológico, podendo criar estratégias para lidar com as dificuldades.

- Baixas Demandas e Alto Controle: Essa situação é considerada a ideal, com pouco desgaste e com menores riscos de danos a saúde.

A partir dos resultados do JCQ, agruparam-se os extremos, compondo dois perfis sanitários. Os sujeitos que se encontravam na situação de “altas demandas e baixo controle” e os que se encontravam em “baixas demandas e baixo controle” foram classificados no perfil de maior risco de dano a saúde mental; enquanto os que se encontraram na situação de “altas demandas e alto controle” e de “baixas demandas e alto controle” foram classificados no perfil de menor risco de dano a saúde mental.

Assim, os participantes foram categorizados em 12 estratos, construídos por agrupamentos derivados da condição sanitária resultante da aplicação do JCQ (em que se considerou as duas condições dicotômicas: perfil de menor risco de dano a saúde mental e perfil de maior dano à saúde mental) e pelas categorias profissionais envolvidas na Estratégia Saúde da Família (seis categorias = médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal e agente comunitário de saúde). Duas condições sanitárias versus seis categorias profissionais resultaram em 12 estratos, de acordo com o esquema representado na Figura 1.

Figura 1. Esquema de categorização dos sujeitos a partir do resultado da aplicação do JCQ



Para a segunda etapa, representada pela aplicação da Entrevista de Aprofundamento Clínico e Representação do Trabalho-EART, foram sorteados, aleatoriamente, um sujeito de cada estrato, cada qual representativo de seu respectivo estrato, dada a homogeneidade garantida pelo método de sua construção. Esperava-se, portanto, a existência de 12 sujeitos nessa segunda etapa, entretanto, na categoria médico, foram identificados apenas dois sujeitos na condição sanitária desfavorável à saúde mental, os quais não mantinham mais vínculo empregatício com o município. Dessa forma, ao invés de 12 participantes, a EART foi aplicada a onze profissionais, que foram informados quanto aos objetivos e técnicas da pesquisa e cientes da possibilidade de recusa. Após os esclarecimentos, solicitou-se a participação

voluntária por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Devido ao método adotado na seleção dos sujeitos, em relação à categoria profissional, houve heterogeneidade das profissões na composição do grupo. Todos os participantes eram do sexo feminino, com faixa etária que variou de 26 a 63 anos, com média de 41,18 anos.

Na prerrogativa de preservar o anonimato das participantes, os recortes das falas apresentados nos resultados foram codificados por meio de uma sigla, devidamente seguida por um algarismo arábico, de acordo com a categoria profissional, como indicado no quadro a seguir.

Quadro 1. Codificação dos sujeitos da pesquisa

Estrato	Categoria profissional	Identificação (Código)
Estrato 1	Médica	-
Estrato 2	Médica	MED1
Estrato 3	Enfermeira	ENF1
Estrato 4	Enfermeira	ENF2
Estrato 5	Cirurgiã Dentista	CD1
Estrato 6	Cirurgiã Dentista	CD2
Estrato 7	Auxiliar de Saúde Bucal	ASB1
Estrato 8	Auxiliar de Saúde Bucal	ASB2
Estrato 9	Auxiliar de Enfermagem	AEN1
Estrato 10	Auxiliar de Enfermagem	AEN2
Estrato 11	Agente Comunitária de Saúde	ACS1
Estrato 12	Agente Comunitária de Saúde	ACS2

A EART é um instrumento desenvolvido por Sampaio (1998), que busca contrapor representações (do pesquisador sobre o sujeito e do sujeito sobre si mesmo) e captar o modo como o trabalho comparece na subjetividade do trabalhador. Esse instrumento está dividido em módulos:

Módulo I - Exame mental clássico.

Módulo II - Questões fechadas de identificação e de consumo, questões fechadas de história de vida, de trabalho e de reapropriação.

Módulo III - Questões abertas sobre representação da personalidade, família de origem e constituída, vida sexual, apetite, sono, trabalho, projetos e locus de controle.

Módulo IV - Questões semiestruturadas de representação do trabalho.

Em consideração à ausência de médico psiquiatra na equipe de pesquisa, não foi aplicado o Módulo I, próprio da anamnese médica. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em ambiente reservado, registradas por meio de gravação e, posteriormente, transcritas para análise e construção das categorias.

O diário de campo foi utilizado transversalmente, durante todo o processo de pesquisa, com o objetivo de apreender informações por meio da observação direta.

A observação teve como focos de atenção a organização e as condições de trabalho, as relações interpessoais entre os trabalhadores, e desses com os gestores e usuários, além das reações dos participantes diante das questões propostas pelo objeto de pesquisa.

Para a análise, utilizou-se o referencial teórico de análise de discurso de Orlandi (2002), a qual entende que a partir da análise do discurso do sujeito, pode-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

Para a interpretação das entrevistas, adotou-se os processos de análise propostos por Sampaio (1998), com os devidos ajustes práticos à realização do presente estudo, assim:

a) 1º processo de análise: realizou-se em cada entrevista três leituras – cursiva, analítica e crítica, destacando elementos que possam ser usados e objetivando dominar os textos.

b) 2º processo de análise: avaliou-se as questões abertas de cada entrevista, identificando a lógica de cada sujeito e destacando conceitos e categorias, além de frases paradigmáticas.

c) 3º processo de análise: comparou-se os destaques das entrevistas, buscando agrupar as ideias divergentes, convergentes, complementares e diferentes.

Dessa forma, a partir do material construído durante as entrevistas e as observações realizadas, buscou-se o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico.

Os princípios éticos deste estudo se adequaram às recomendações da Resolução 466/2012 que trata de pesquisas que envolvam seres humanos (Resolução n.º 466, 2012). A pesquisa foi apreciada pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e após anuência, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú, através da Plataforma Brasil, cuja aprovação encontra-se em parecer de nº 880.187 (CAAE 36569514.6.0000.5534).

Resultados e Discussão

A partir da análise crítica do discurso dos trabalhadores, buscou-se desvelar o significado dado ao trabalho, apreendendo a sua importância social e o seu sentido, contextualizando as relações sociais de produção, o relacionamento interpessoal com colegas e gestão e os conflitos que surgem dessa interação. Além disso, visou-se a apreender as atitudes do trabalhador, envolvendo a (in)satisfação e o comprometimento, percebendo como a atividade do trabalho o afeta e o modifica.

Assim, a partir da análise, duas categorias analíticas foram elaboradas: O papel do trabalho na constituição da identidade: (in) satisfação e realização profissional; e O significado do trabalho: a busca do prazer.

O papel do trabalho na constituição da identidade: (in) satisfação e realização profissional

No processo de construção identitária, os meios de trabalho fornecem fortes referências estruturantes para o indivíduo. Assim, o papel que o sujeito desempenha no trabalho tem influência sobre a identidade construída e a forma como ele se vê e se apresenta. As representações de si são também elaboradas pelas atividades profissionais exercidas (Chanlat, 2011). Exemplo disso pode ser constatado no fato de que oito trabalhadoras (72,7%) citaram o trabalho ao se

auto definirem, apresentando opiniões diversas sobre a importância da atividade profissional na constituição da identidade.

O objetivo da análise relaciona-se à experiência de trabalho a partir de suas relações e a partir das representações e significados advindos de sua natureza. Assim, agregou-se as temáticas emergentes do discurso relacionadas ao trabalho, as quais foram: trabalho, (in)satisfação, reconhecimento e realização profissional.

Colocando o trabalho no centro da análise, partiu-se então para a discussão das temáticas relacionadas, que foram: reconhecimento profissional e realização profissional.

Nos oito discursos em que o trabalho apareceu, foi referido e posto como um dos elementos constituintes das experiências de vida, assumindo ora um papel central, ora um papel lateral, na composição da identidade.

Para duas entrevistadas, o trabalho apareceu incorporado de forma lateral na representação de si, mas visto como essencial constituinte do ser, associado às temáticas de realização profissional e felicidade, como observado em um dos discursos.

Eu me sinto muito feliz, tanto na vida pessoal, como profissional. Aqui foi o grande motivo da minha maior mudança para melhor, devido ao tempo de profissão, pela profissão que eu tenho, pelo lugar onde eu trabalho, eu me sinto uma pessoa melhor para mim e para o próximo (ASB2).

Nas outras seis entrevistas, apesar de o trabalho não representar a constituição principal da identidade, surgiu de forma destacada nos discursos. A temática reconhecimento profissional é enfatizada pelas entrevistadas. Para três profissionais, o trabalho pareceu não trazer realização e satisfação, pois emergiram sentimentos opostos, de insatisfação e falta de reconhecimento, expressos da seguinte forma nos discursos:

Eu tenho muita vontade de continuar estudando. Espero que a gente seja reconhecida profissionalmente, porque é um trabalho que todo mundo elogia, mas na hora do reconhecimento financeiro, não tem. Não tem nem na hora do reconhecimento mesmo do trabalho. Eu acho que falta reconhecimento

financeiro, falta reconhecimento dos profissionais e falta reconhecimento da área em relação ao trabalho da gente (ACS1).

Algumas coisas da Enfermagem me deixam entristecida como, por exemplo, o fato de a gente ficar de mãos atadas, a questão mesmo do próprio salário, não ter um vínculo empregatício ou planos de cargos e carreiras, essas coisas. Isso me entristece bastante (ENF2).

A ACS1, a partir de seu relato, transpareceu insatisfação profissional decorrente da falta de reconhecimento da categoria. A visibilidade e o reconhecimento são elementos centrais da relação do ser humano com seu trabalho, tendo relação com os sentimentos de prazer ou sofrimento experimentados na atividade laboral (Chanlat, 2011). Em toda instituição, há postos com diferentes graus de visibilidade, dos quais depende o reconhecimento. No caso da ESF, a categoria de ACS apresenta-se dessa forma. Os ACS, por ocuparem uma posição hierárquica inferior na equipe, porém colocados no front do conflituoso enfrentamento com as carências populares, experimentam uma sensação de falta de reconhecimento por parte da gestão, dos profissionais de nível superior e dos próprios usuários, convergente com o encontrado no estudo desenvolvido por Lopes et al. (2018) também se evidenciaram relatos de insatisfação dos ACS pela falta de reconhecimento e pelos sentimentos de frustração e impotência diante da incapacidade de resolver os problemas.

O reconhecimento é a retribuição proferida por outros indivíduos acerca da beleza e da utilidade da contribuição do sujeito na organização do trabalho. Então, se o reconhecimento social do fazer, da utilidade, é importante para a satisfação do trabalhador, é o reconhecimento dos pares que efetivamente confere sentimento de pertencimento e de significado (Brito, Neves, Oliveira & Rotenberg, 2012). Entretanto, na dinâmica das atividades, pelas quais se busca eficácia, cumprimento de tarefas e de metas, o julgamento de utilidade torna-se mais importante que o julgamento da beleza. Para Chanlat (2011), o ideal na organização do trabalho seria uma relativização do julgamento de utilidade, que deveria ser equitativo, considerando os resultados diante das dificuldades existentes para realizá-los.

Todavia, não é o que ocorre no contexto da ESF, pois não se avalia a importância ou a beleza do trabalho

executado, e sim, quantos usuários foram atendidos ou visitados e se a meta de atendimento foi atingida. Nesse sentido, produzir muito, em ritmo intenso, torna-se a referência para se atingir o reconhecimento.

A partir do discurso da ACS1, pode-se supor que há uma contradição em relação à dinâmica de reconhecimento do trabalho, pois parece existir o reconhecimento pelo julgamento da beleza, quando ela afirma que todo mundo elogia o seu trabalho, contudo depois ela afirma que falta reconhecimento dos profissionais. Portanto, para essa profissional, o elogio de seu trabalho não é suficiente para despertar o sentimento de reconhecimento. Ainda pelo discurso dela, não parece existir o julgamento da utilidade e dos resultados do seu trabalho, o que se expressa a partir do trecho: “mas na hora do reconhecimento financeiro, não tem”. Quando, mesmo diante do esforço, o reconhecimento não surge, pode desencadear sentimentos de insatisfação e frustração.

A ENF2, em seu discurso, também demonstrou insatisfação com a falta de reconhecimento. Nesse caso, principalmente com a organização e as condições de trabalho, que se manifestam por meio de vínculos precários e baixos salários.

A consequência dessa situação é a insatisfação pela falta de autonomia e o baixo controle sobre o que é realizado. A sensação de impotência diante das demandas surgidas em seu processo de trabalho aparece quando a trabalhadora afirma sentir-se de mãos atadas, sentimento que pode levar ao desânimo, à desmotivação e interferir negativamente na forma como o trabalho é executado (Lopes et al., 2018).

A satisfação com o trabalho e a felicidade emergiram também nos discursos. O trabalho exerceu um papel positivo na constituição do viver dessas trabalhadoras, sendo operador de saúde, apresentando-se com uma relação intrínseca entre realização profissional e felicidade.

Esse trabalho me dá vida! Eu não conseguiria passar o dia todo em casa. Tem mais de trinta anos que trabalho nesse bairro. Quando cheguei, não tinha nada, só pobreza e fome. Hoje eu estou vendo tudo melhor e vejo minha contribuição nisso. Se eu não achasse meu trabalho importante, eu não estava mais aqui. Me deixa mais feliz saber que eu estou contribuindo, isso me deixa melhor, me deixa satisfeita (ENF1).

Sou feliz e gosto do que faço, porque não me importo se os colegas gostam, o importante é o paciente. Eu estou aqui pelos pacientes, são eles que me deixam bem (AEN2).

A satisfação no trabalho é um estado subjetivo, variável de pessoa a pessoa, de circunstância a circunstância, sujeita a influências internas e externas ao ambiente de trabalho imediato. Na Estratégia Saúde da Família, a identificação com o processo de cuidar, caracterizado pelo estabelecimento do vínculo e a proximidade com os usuários, é responsável por dar maior significado e satisfação ao trabalhador. Assim como a satisfação também pode ser influenciada por aspectos institucionais, vinculados à gestão, como políticas de valorização do trabalhador por meio da garantia de maiores rendimentos, vínculos mais estáveis e estrutura adequada para a efetiva atenção a saúde (Milanez et. al, 2018).

A temática infelicidade também surgiu, em um discurso, relacionada a aspectos do trabalho, em especial, com a incapacidade de realizar as atividades laborais.

Hoje, o que eu puder fazer no trabalho, eu faço, e quando eu não posso, eu fico triste. É lamentável uma pessoa que aprendeu a viver com sofrimento, com a batalha, com a luta, aprendeu a ter amor pela profissão, não poder ir mais além. Eu estou em um lugar que eu poderia ir muito mais, só que não depende mais de mim. Me sinto imobilizada (ASB2).

A infelicidade relatada no discurso encontra-se relacionada às questões decorrentes da falta de capacidade no trabalho. Para a entrevistada, que relatou estar acometida de uma doença causada pelo trabalho, não ter a autonomia e o controle para mudar a forma como o trabalho é executado é origem de insatisfação.

O significado do trabalho: a busca do prazer

Nos discursos, o trabalho se destacou como fonte de prazer, satisfação pessoal, de interação e reconhecimento social e de realização pessoal. Ao trabalho é atribuída a característica de operador de saúde, de potencializador do viver humano, visto como uma atividade gratificante e com forte relevância e impacto social. As trabalhadoras expressam esses sentimentos em alguns trechos da entrevista, ilustrados a seguir

O trabalho para mim é uma realização de vida. Eu nunca imaginei que iria chegar ao ponto que

cheguei hoje. Trabalhar e dar conta do meu trabalho. É isso que estou fazendo e é isto que eu quero fazer. O meu trabalho é muito importante, sou muito feliz e realizada (ENF1).

Eu acho meu trabalho gratificante. É um trabalho que a gente faz diretamente com as pessoas, de orientação, é um trabalho bom. Eu acho bom quando eu consigo ajudar alguém, resolver um problema de uma pessoa. Me sinto muito grata. (ACS1).

Sou muito feliz no trabalho. O meu trabalho é uma oportunidade que eu tenho de fazer o melhor a quem precisa. Eu não sei o que que eu seria sem meu trabalho. Porque meu trabalho é um aprendizado muito grande na minha vida pessoal, além do reconhecimento da equipe, da gestão e da população, que também é muito gratificante. O importante para mim é que o paciente fique satisfeito. (ASB2).

O prazer evidenciado no trabalho está relacionado, em grande parte, com a melhoria da condição de saúde e satisfação do paciente. Independente do ambiente de trabalho, é a natureza do trabalho, o conteúdo das atividades desenvolvidas e a importância dada a saúde dos pacientes, que proporcionam satisfação às trabalhadoras.

A natureza do trabalho na ESF baseia-se no estabelecimento de vínculo e na constituição de laços e corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. Assim, os trabalhadores precisam se identificar com os princípios do SUS e com os preceitos que regem a ESF. Ao realizarem atividades que gostam, não se sentem apenas executores de ordens pré-estabelecidas, mas atuam com possibilidade de exercer a autonomia, o controle do trabalho, podendo reinventar-se constantemente. Dessa forma, o trabalho torna-se uma fonte de satisfação e de criação quando transforma o objeto e o ser humano (Milanez et al., 2018)

Assim, as trabalhadoras percebem o seu trabalho como importante socialmente e que suas ações produzem impacto na melhoria da saúde da população. A felicidade do paciente e o reconhecimento por esses esforços são vistos pelas entrevistadas como oportunidade de vivenciar prazer no trabalho.

O trabalho também é visto como forma de inserção social e de valorização pessoal e profissional, garantindo sentimento de pertença ao mundo e conferindo

dignidade às trabalhadoras. Esses sentimentos passam pelas interações estabelecidas entre a equipe, em que o apoio sentido pelos pares e a integração entre os profissionais são apontadas como fortalecedoras e potencializadoras de prazer no trabalho. O trabalho possibilita a realização das trabalhadoras a partir da inserção na realidade e nas relações estabelecidas entre os colegas e a comunidade. Ao desenvolver o seu trabalho, o profissional procura compartilhar seus valores e escolhas, além de buscar apoio e cooperação no ambiente de equipe proporcionado pela ESF. Esses fatores contribuem para a construção identitária e para a satisfação (Milanez et al., 2018)

Apesar de todas as entrevistadas afirmarem que o trabalho é fonte de felicidade, alguns aspectos foram indicados como geradores de insatisfação. As instâncias de prazer e sofrimento não surgem no discurso das trabalhadoras de forma estanques, mas se imbricam e se complementam. Aspectos como a falta de reconhecimento, tanto dos pares quanto da população; a falta de valorização profissional, representada pelos baixos salários e vínculos precários de trabalho; a sobrecarga de trabalho, causada pelo ritmo intenso da jornada; e a impotência diante das demandas dos usuários e dos problemas da comunidade foram apontados como geradores de sentimento de infelicidade.

O sentimento de frustração em relação à falta de reconhecimento e pela desvalorização profissional pode ser percebidos nos trechos das entrevistas de duas profissionais.

Poucos são os que reconhecem o que a gente faz. O reconhecimento é muito pequeno, tanto pela gestão como pela população. A população é a que menos reconhece. Você pode fazer 99%, se você não fizer os 100%, é como se não tivesse feito nada (AEN1).

Eu tenho a sensação de não ser reconhecida. Eu gostaria muito de ser reconhecida na parte profissional e na remuneração também. Seria bom que o meu trabalho fosse mais valorizado, porque eu acho muito desvalorizado (ASB1).

Observou-se que o sentimento de falta de reconhecimento é mais presente nas profissões auxiliares que, além de possuírem pouco controle e autonomia sobre o trabalho, muitas vezes, tornam-se invisíveis diante do produto final.

Se o reconhecimento social do trabalho é capitalizado pelo sujeito no registro da sua identidade, é, contudo, o reconhecimento dos seus pares e da hierarquia que confere ao indivíduo o pertencimento a um coletivo de trabalho. A dinâmica desse reconhecimento possibilita a construção por parte dos sujeitos do sentido no/do trabalho, favorecendo a mobilização no trabalho e, conseqüentemente, as possibilidades de transformação de sofrimento em prazer (Brito et al, 2012).

O prazer no trabalho depende, em parte, da execução de atividades que sejam valorizadas e reconhecidas socialmente. O indivíduo espera esse reconhecimento simbólico da sua contribuição e, quando não há, tende a se sentir pouco valorizado pelos esforços empreendidos, o que pode gerar situações de sofrimento, com conseqüências na organização do trabalho (Silva & Ramminger, 2014).

A falta de valorização foi percebida a partir da baixa remuneração e do vínculo precário de trabalho, presentes nos discursos de duas trabalhadoras.

Eu sou muito feliz no meu trabalho, mesmo ganhando pouco. Essa profissão não me rende muito financeiramente, mas já me proporcionou muitos momentos de felicidade (CD1).

No trabalho, sou feliz, mas nunca 100%. Sempre tem alguma coisa que me incomoda como, por exemplo, a remuneração, que não acho ideal. Ainda tem a questão do vínculo empregatício precário e do próprio reconhecimento (ENF2).

A reestruturação produtiva teve seus efeitos também no setor saúde, ocasionando precarização dos vínculos, gerando medo e submissão dos trabalhadores. A falta de reconhecimento profissional somada a ausência de planos de cargos, carreiras e salários e de valorização salarial dos trabalhadores do SUS são reveladores dessa precarização (Braga, Carvalho & Binder, 2010), que é sentida pelas trabalhadoras analisadas.

No processo de trabalho na ESF, a sobrecarga de trabalho também é citada pelas trabalhadoras como um fator que constitui fonte de sofrimento.

Sou muito feliz e realizada, mas gostar do que eu faço, acho que só eu mesmo, porque tem muita coisa, responsabilidades e compromisso. Às vezes, fico muito angustiada por conta de tanta coisa, da carga de trabalho e da demanda grande (AEN1).

Trabalhar para mim é vida, mas não trabalhar demais. Quase todo dia aqui tem muita demanda, muito trabalho. O bom é que a equipe que trabalha comigo me ajuda, é maravilhosa, me dá uma palavra amiga. Se alguém vier discutir, elas me defendem (ENF1).

Os trabalhadores percebem a alta carga de trabalho, com o acúmulo de tarefas e ritmo intenso, como causadora de angústia, à medida em que o indivíduo se sente incapaz de cumprir com todas as atividades prescritas. O apoio social aparece na fala de uma das entrevistadas como um fator atenuante do desgaste causado pela sobrecarga de trabalho, reforçando a teoria de Karasek et al. (1998), de que diante da alta demanda no trabalho, o apoio social, vindo das relações com chefia e colegas, diminui os riscos de desenvolvimento de sofrimento psíquico.

Portanto, tem-se uma situação em que o apoio social minimiza os prejuízos à saúde decorrentes de uma alta demanda, mas a alta demanda, muitas vezes impossibilita o apoio social. Assim, nesse contexto em que há a sobrecarga de trabalho e não há apoio social, há um maior risco de aparecimento de situações de tensão e problemas de saúde.

O significado do trabalho também se apresentou como gerador de angústias, não só pela sobrecarga de atividades, mas também pela impotência sentida diante dos problemas sociais e econômicos presentes na comunidade.

O ruim no meu trabalho é quando a gente não consegue resolver o problema do paciente, porque a gente já se sente parte daquela família, a gente mora lá. Então a primeira pessoa que eles vão procurar é a gente, pois somos nós que entramos na casa deles (ACS1).

Meu trabalho traz felicidade, mas também traz angústia, porque sei que estou aqui para ajudar, mas, infelizmente muitos pacientes não fazem a parte deles. Me angustia o fato do paciente algumas vezes não cumprir o tratamento proposto (MED1).

Alguns momentos não me dão prazer, como, por exemplo, quando o paciente sai insatisfeito por alguma razão ou então você sai insatisfeito com um procedimento que não deu para fazer (CD2).

A sensação de impotência foi sentida de diferentes formas pelas entrevistadas, de acordo com o vínculo estabelecido com os usuários. Para a ACS, o

sentimento é maior, visto que é essa categoria, dentre os profissionais da ESF, que possui maior proximidade com as necessidades da comunidade, o que pode, em parte, estar associada aos sentimentos de frustração advindos da sensação de impotência e pouca capacidade resolutiva das demandas da comunidade.

Portanto, diante da sobrecarga de trabalho, as trabalhadoras buscam desenvolver suas atividades com empenho e dedicação, entretanto não percebem a valorização e o reconhecimento da chefia, dos colegas e dos pacientes sobre esse esforço. Além disso, sentem-se frustradas por não terem capacidade resolutiva diante das necessidades da comunidade, visto que muitos dos problemas trazidos pela população têm determinantes mais complexos e que não podem ser resolvidos pelos profissionais de saúde.

Como limitações do estudo, pode-se apontar a pouca adesão dos profissionais médicos. Ressalta-se também que, pela escolha metodológica de natureza qualitativa, os resultados não podem ser extrapolados para outros contextos sociais diferentes da realidade estudada.

Dada a importância e centralidade do processo de trabalho no viver humano e considerando a atual conjuntura do país, propõe-se que novos estudos na ESF sejam realizados, envolvendo triangulação de métodos e técnicas, a fim de verificar se os achados encontrados nesse estudo possam se equivaler em outros cenários e nesse novo contexto político e social do Brasil.

Conclusão

O significado do trabalho apresenta-se, para os trabalhadores da ESF entrevistados, de forma paradoxal. É vivenciado de forma satisfatória, na medida em que é potencializador do viver humano, destacando-se como fonte de prazer, satisfação pessoal, interação, reconhecimento social, realização pessoal e transformação social. Entretanto, há outro lado do trabalho, que gera insatisfação, como a falta de reconhecimento, tanto dos pares quanto da população; a falta de valorização profissional, representada pelos baixos salários e vínculos precários de trabalho; a sobrecarga de trabalho, causada pelo ritmo intenso da jornada; e a impotência diante das demandas dos usuários e dos problemas da comunidade.

O prazer evidenciado no trabalho está relacionado, em grande parte, com a melhoria da condição de saúde e satisfação do paciente, além da sensação de trabalho bem executado. Portanto, é a forma de prestar o cuidado e a garantia da atenção à saúde à população que possibilita a realização dos trabalhadores a partir da inserção na realidade e nas relações estabelecidas entre os colegas e a comunidade. O prazer depende da execução dessas atividades que são valorizadas e reconhecidas socialmente.

Contribuições dos autores

Farias, M. R. e Sampaio, J. J. C. participaram da concepção e delineamento do estudo, do levantamento de dados e redação do manuscrito. Maciel, J. A. C. e Teixeira, A. K. M. contribuíram com a interpretação e análise dos dados, redação e revisão do manuscrito final.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

- Alves, M. G. M., Chorb, D., Faersteinc, E., Lopes, C.S., Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164-71. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19774.pdf>. doi: [10.1590/S0034-89102004000200003](https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200003)
- Braga, L. C., Carvalho, L. R., Binder, M. C. P. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1585-1596. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>. doi: [10.1590/S1413-81232010000700070](https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070)
- Brito, J. C., Neves, M. Y., Oliveira, S. S., & Rotenberg, L. (2012). Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. *Revista Brasileira de saúde ocupacional*, 37(126), 316-329. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n126/a13v37n126.pdf>. doi: [10.1590/S0303-76572012000200013](https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200013)
- Chanlat, J. F. (2011). O desafio social da gestão: a contribuição das ciências sociais. In P. F. Bendassoli, & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In M. G. Jacques, W. Codo (Orgs.), *Saúde Mental e Trabalho: Leituras*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9805280>
- Lopes, D. M. Q., Lunardi Filho, W. D., Beck, C. L. C., & Coelho, A. P. F. (2018). Cargas de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente-assistencial. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4), e:3850017. doi: [10.1590/0104-07072018003850017](https://doi.org/10.1590/0104-07072018003850017)
- Merhy, E. E., Magalhães Júnior, H. M., Rimoli, J., Franco, T. B., & Bueno, W. S. (2007). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC.
- Milanez, T. C. M., Soratto, J., Ferraz, F., Vitali, M. M., Tomasi, C. D., Sorato, M. T., & Bittencourt, L.T.G. (2018). Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(2), 184-190. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-2-184.pdf>. doi: [10.1590/1414-462x201800020246](https://doi.org/10.1590/1414-462x201800020246)
- Ministério da Saúde (2017). *Histórico de Cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família*. Recuperado de <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
- Orlandi, E. P. (2002). *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Sampaio, J. J. C. (1998). *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Sampaio, J. J. C., & Messias, E. L. M. (2002). A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In M. G. Jacques, & W. Codo (Orgs.), *Saúde Mental e Trabalho: Leituras*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P., & Laus, A. M. (2009). Estresse ocupacional entre profissionais

de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(2), 330-337. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/17.pdf>. doi: [10.1590/S0104-07072009000200017](https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200017)

Silva, C.O., & Ramminger, T. (2014). O trabalho como operador de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(12), 4751-4758. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04751.pdf>. doi: [10.1590/1413-812320141912.15212013](https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013)