



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
[MESTRADO PROFISSIONAL]



BRUNA POSSAMAI PAGNAN

**INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

CRICIÚMA

2022

BRUNA POSSAMAI PAGNAN

**INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para obtenção do título de Mestraem Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Jacks Soratto.

CRICIÚMA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P139i Pagnan, Bruna Possamai.

Insatisfação no trabalho de profissionais das equipes de saúde da família de municípios do Estado de Santa Catarina / Bruna Possamai Pagnan. - 2022.

80 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Jacks Soratto.

1. Estratégia da Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Profissionais da saúde. 4. Saúde do trabalhador. 5. Saúde mental. 6. Condições de trabalho. I. Título.

CDD. 23. ed. 362.1098164

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

BRUNA POSSAMAI PAGNAN

BRUNA POSSAMAI PAGNAN

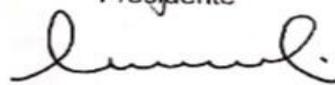
"INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA",

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 11 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Jacks Soratto
Doutor – Orientador
Presidente


Prof. Samuel Spiegelberg Zuge
Doutor – UNESC
Membro externo


Profa. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedico esse trabalho ao meu pai Odair e minha mãe Rosane, ao meu irmão João Victor, a minha amiga Thalita e ao meu tio Toninho (in memoriam), obrigada por acreditarem e sonharem comigo e por vibrarem em cada passo conquistado!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar minha vida e minha trajetória profissional, por sempre me dar sabedoria, paciência e fé.

Agradeço aos meus pais Odair e Rosane, por sempre sonhar e vibrar comigo em cada conquista, por sempre me dar forças e ensinar o que é justo e bonito!

Agradeço ao meu irmão João Victor, por sempre me acolher e também por me incentivar e sonhar junto comigo! Saiba que és o meu orgulho!

Agradeço à minha amiga Thalita, por sempre me dar forças e vibrar comigo em todas as minhas conquistas!

Ao professor Jacks Soratto, por me acompanhar nesse trabalho, me incentivar, pela paciência e por todos os ensinamentos repassados!

Agradeço a professora Ioná, Paula e Cristiane, por sempre acreditarem em mim, pelas oportunidades maravilhosas que me fizeram crescer profissionalmente e por todo ensinamento!

À profissional Cleide por toda paciência, incentivo e ensinamentos!

Aos meus colegas de Mestrado, que conheci e que agora são amigos da vida (Isadora, Carla, Rafael, Micaela e Laís) por todas as trocas de saberes, experiências e por todos os incentivos!

À Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC que sou imensamente grata, por todas as oportunidades e por mais uma vez contribuir e fazer parte da minha formação profissional!

E por fim, agradeço imensamente todos àqueles que de alguma forma participaram dessa trajetória e deixaram um pouco de suas sabedorias comigo!

“Não tenhas medo, somente crê” (Marcos 5, 21-43).

RESUMO

Introdução: O trabalho de profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) possui características diferenciadas, pois o objeto de atuação dos profissionais é além dos indivíduos e famílias, mas também as condicionantes do território adstrito. Essa atuação dos profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde devem ser diferenciadas, com necessidade de exercício de competências diversas para manejo as situações de significativa complexidade. O resultado desse processo de trabalho pode desencadear nas eSF insatisfação no trabalho e refletindo conseqüentemente na assistência a saúde presta e própria vida do trabalhador. **Objetivo:** Identificar os fatores que influenciam na insatisfação dos profissionais de saúde que atuam nas equipes de Saúde da Família de cinco municípios do estado de Santa Catarina.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Os locais do estudo foram 16 Unidades Básicas de Saúde com eSF das principais cidades de cada região geográfica do estado de Santa Catarina: Criciúma, Joinville, Blumenau, Lages e Chapecó. Os participantes do estudo foram 64 profissionais que integram as eSF. A coleta de dados aconteceu entre os meses de março a dezembro do ano de 2020, por meio de entrevista semiestruturada e observação indireta como fonte complementar. A análise dos dados foi realizada segundo análise de conteúdo temática de conteúdo, com auxílio do software Atlas.ti para organização dos achados. Os procedimentos éticos foram respeitados com aprovação do pelo Comitê de Ética e Pesquisa sobre parecer número 3.675.401.

Resultados: a insatisfação dos profissionais das equipes de Saúde da Família foi sustentada em 491 trechos de citação, 52 códigos, vinculado a oito subcategorias, estas aglutinadas em três categorias: a) Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família, com as subcategorias sobrecarga de trabalho, prejuízos nos direitos trabalhistas, déficit de estímulo profissional e formação continuada, dificuldades estruturais e institucionais para assistência à saúde, e problemas relacionados a carga horária. b) Dificuldades de comunicação entre gestão, profissionais e usuários das Equipes de Saúde da Família, com as subcategorias lacunas existentes na comunicação entre a rede, aspectos comunicacionais entre a equipe e aspectos comunicacionais com o usuário. c) Sofrimento físico e mental como componente insatisfatório, vinculada aos códigos abalos na saúde mental, perda de funções laborais ou produtividade, possibilidades de problemas ergonômicos, perda de sono e sofrimento pela angústia dos pacientes.

Conclusão: A insatisfação dos profissionais que atuam em equipes de Saúde da

Família vinculasse as condições de trabalho, falhas na comunicação entre gestão em saúde, equipe e usuários e também a problemas físicos e mentais que o próprio trabalho pode proporcionar.

Palavras chave: Estratégia da Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde, Profissionais da Saúde; Saúde do trabalhador; Saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: work in Primary Health Care can lead to dissatisfaction on the part of the team of professionals who are part of the provision of care. Professional dissatisfaction can be associated with the subjectivity of each professional and with the organizational model in health. **Objective:** To analyze factors that influence the dissatisfaction of health professionals who work in the Family Health teams of five municipalities in the state of Santa Catarina. **Methods:** This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. The study locations were the main cities of each geographic region of the state of Santa Catarina: Criciúma, Joinville, Blumenau, Lages and Chapecó. Data collection took place between March and December 2020, through two instruments: semi-structured interview and indirect observation. Data analysis was performed according to thematic content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee under number 367540. **Results:** the dissatisfaction of professionals from the Family Health teams was organized into three categories: a) Working conditions of the Family Health Teams, with the subcategories work overload, damage to labor rights, lack of professional stimulation and continuing education, structural and institutional difficulties for health care, and problems related to workload. b) Communication difficulties between management, professionals and users of the Family Health Teams, with the subcategories existing gaps in communication between the network, communication aspects between the team and communication aspects with the user. c) Physical and mental suffering as an unsatisfactory component, linked to mental health disturbance codes, loss of work functions or productivity, possibilities of ergonomic problems, loss of sleep and suffering due to patient anguish. **Conclusion:** The dissatisfaction of professionals who work in Family Health teams was linked to working conditions, failures in communication between health management, team and users and also to physical and mental problems that work can provide. **Keywords:** Family Health Strategy, Primary Health Care, Health Personnel, Mental Health, Occupational Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Características Demográficas das cidades que participaram do estudo	39
Quadro 2- Panorama da saúde nas mesorregiões de Santa Catarina, Brasil 2019	39
Quadro 3 - Unidades de Saúde do estudo de acordo com a Região de Santa Catarina e cidade	40
Quadro 4-Números de participantes do estudo de acordo com a Região Santa Catarina e cidade.	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos participantes do estudo	42
Tabela 2- Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família	47
Tabela 3- Dificuldades de Comunicação entre Gestão, Profissionais e usuários das Equipes de Saúde da Família	57
Tabela 4- Sofrimento físico e mental como componente insatisfatório	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Categorias, subcategorias e códigos relacionados a insatisfação dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica.

ACS- Agente Comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária de Saúde.

APF- Association Psychanalytique de France.

CAP's- Caixas de Aposentadoria e Pensão.

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

CNST- Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

CNAM- Conservatoire Nationale Des Arts Metiers.

CRST- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.

ESF- Estratégia de Saúde da Família.

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social.

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

IPSO- Center of Recherche of Paris.

IAP's- Institutos de Aposentadorias e Pensões.

CONASP- Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.

SIPAS- Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social.

SUDS- Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

SUS- Sistema Único de Saúde.

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

RAS- Redes de Atenção à Saúde.

eSF - Estratégia de Saúde da Família.

LPTA- Laboratório de Psicologia do Trabalho e de Ação.

NOB- Norma Operacional Básica.

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde.

PAIS- Programa de Ações Integradas de Saúde.

PMAQ- AB- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.

PMM- Programa Mais Médicos.

PNAB- Programa Nacional de Atenção Básica.

PNSTT – Programa Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.

PSF- Programa de Saúde De Família.

ST- Saúde do Trabalhador.

UBS- Unidade Básica de Saúde.

VISAT- Vigilância de Saúde do Trabalhador.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 JUSTIFICATIVA	19
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA	19
1.3 OBJETIVO GERAL	19
1.4 PRESSUPOSTOS	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	20
2.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E O PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	23
2.3 POLÍTICA NACIONAL SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA NO BRASIL	27
2.4 INSATISFAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE	31
3 CONTRIBUIÇÕES DE CRISTOPHE DEJOURS PARA COMPREENSÃO DA INSATISFAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	34
4 MÉTODOS	38
4.1 TIPO DE ESTUDO	38
4.2 LOCAL DO ESTUDO	38
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
4.4 COLETA DE DADOS	43
4.5 ANÁLISE DE DADOS	43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMILIA	46
5.1.1 Sobrecarga de trabalho	47
5.1.2 Prejuízo nos direitos trabalhistas	50
5.1.3 Déficit de estímulo profissional e formação continuada	51
5.1.4 Dificuldades estruturais e institucionais para assistência à saúde	54
5.1.5 Problemas relacionados à carga horária	55
5.2 DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE GESTÃO, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMILIA	56
5.2.1 Lacunas existentes na comunicação da rede assistencial de saúde	57
5.2.2 Aspectos comunicacionais entre a equipe	61

5.2.3 Aspectos comunicacionais com o usuário	62
5.3 SOFRIMENTO FÍSICO E MENTAL COMO COMPONENTE INSATISFATÓRIO	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7 APÊNDICE	74
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	74
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	76
ANEXO B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	77
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	78

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do macroprojeto multicêntrico vinculado a chamada Universal MCTIC/CNPq 2018 Faixa A com valor de R\$ 30.000,00, número do processo 436568/2018-7.

O trabalho desenvolvido é parte da pesquisa multicêntrica intitulada "Satisfação e Insatisfação no Trabalho de Profissionais da Estratégia Saúde da Família no estado de Santa Catarina", e contou com a participação de pesquisadores e instituições de ensino de três universidades, a saber: Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UnoChapecó) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, com a aprovação da constituição de 1988, em seu art.196 a saúde passa a ser um direito universal. Foi realizada a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com base na lei 8.080 e posteriormente lei número 8.142, ambas estabelecem diretrizes no sentido de reorganização do modelo de atenção (NUNES; PIRES; MACHADO, 2020).

Em 2006 é instituída a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa portaria se refere ao acesso aos serviços de forma universal, atendimento integral e com equidade, com foco nas famílias e comunidades e estabelecida a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como prioridade (NUNES; PIRES; MACHADO, 2020).

Para que as ações da ESF ocorram conforme a PNAB recomenda-se a obrigação da garantia de elementos essenciais, como: a existência de estrutura física adequada e de materiais necessários para assistência na saúde em condições favoráveis de uso (SORATTO et al., 2017).

Não obstante, a insatisfação dos profissionais que atuam nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido referenciada em diversos estudos. A insatisfação pode ocorrer quando os trabalhadores não podem ou não conseguem exercer uma tarefa ou sentir prazer no trabalho, seja por questões subjetivas ou por exigências do modelo organizacional. Assim, o prazer se manifesta quando “o trabalhador inventa soluções convenientes” no enfrentamento ao do prescrito, ou seja, se reinventar, se transformar (VITALI et al., 2020).

A falta de estrutura física adequada pode causar insatisfação devido à dificuldade para acolhimento dos indivíduos, e isso se torna agravante na medida em que existem problemas na comunicação com as chefias. A falta de recursos materiais é a segunda maior queixa, causando desmotivação e aumento das cargas no trabalho (SCHERER et al., 2016).

A falta de autonomia para tomar decisões clínicas e a negação de cuidados, é associada ao estresse, trabalho excessivo e principalmente ao baixo salário (VITALI et al., 2020). A equipe de Saúde da Família vivencia rotineiramente nas suas práticas, situações limites como pobreza, desigualdade social, violência, abandono, doença entre outras, que influenciam no aparecimento de sentimento de frustração, impotência e de angústia (CARDOSO et al., 2016).

No âmbito brasileiro, a APS é a porta de entrada para o SUS, sendo os profissionais que atuam na base para o funcionamento e desenvolvimento dos serviços prestados para a população. Portanto, identificar a insatisfação dos profissionais que atuam na base do sistema é importante e necessário na medida em que os níveis de satisfação influenciam na atuação cotidiana das equipes (VITALI et al., 2020).

1.1 JUSTIFICATIVA

O trabalho em saúde tem proporcionado insatisfação aos profissionais de saúde. Aumento da sobrecarga de trabalho, a difícil conciliação entre vida pessoal e profissional, causando adoecimentos, sofrimento mental, entre outros agravos, que geram impactos na assistência, no trabalho e nas relações entre a equipe. Ainda poucos estudos que enfocam a insatisfação na APS no cenário proposto. Nesse sentido, tornou-se importante analisar quais os fatores que influenciam na insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Saúde da Família (eSF).

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais os fatores que influenciam na insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em eSF em cinco municípios do no Estado de Santa Catarina?

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores que influenciam na insatisfação dos profissionais de saúde que atuam nas eSF de cinco municípios do estado de Santa Catarina.

1.4 PRESSUPOSTOS

A rotatividade de profissionais; a falta de comunicação entre equipe e a gestão; a falta de recursos humanos e materiais; a sobrecarga de trabalho; a falta de educação permanente e muitos outros são fatores que podem influenciar na insatisfação no trabalho dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Por muitos anos no Brasil, o Estado estava limitado a ações de controle de epidemias. Entretanto, o aumento desorganizado das cidades, as dificuldades de acesso ao tratamento de doenças e inexistência de medidas eficazes de prevenção fizeram com que o país sofresse com a alta prevalência de doenças (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Em 1904 ocorreu a revolta da vacina no Rio de Janeiro, esse movimento trouxe mudanças no Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923, com a lei Eloi Chaves, a assistência à saúde passou a ser com a contribuição dos trabalhadores brasileiros a previdência social, dando origem às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), ou seja, somente aqueles que contribuíam com a previdência tinham acesso à saúde pública no país (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

No sistema das CAPs a gestão dos fundos era de ação privada, o governo era responsável pela criação, regulação e funcionamento das caixas. As ações de saúde feitas eram apenas para os trabalhadores de carteira assinada (SALES et al., 2019).

Em 1932, Getúlio Vargas substituiu as CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que tinha como objetivo fundamental a prestação e contas do estado para com os trabalhadores, através disso dando assistência médica de forma mais organizada, contudo, maior parte da população continuava desassistida por não contribuir com o IAPs. Esses institutos eram centrados na prevenção e profilaxia de doenças. A população pobre dependia de hospitais de caridade e santas casas de misericórdia (SALES et al., 2019).

Os IAPs foram unidos em 1965 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIPAs), e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), eram determinados com a função de prestar assistências médicas custeadas por compras de serviços hospitalares do setor privado (SALES et al., 2019).

Em 1980, o país passava pelo processo de redemocratização, dando origem ao movimento da Reforma Sanitária (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Em 1982 foi instituído o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) com destaque na

Atenção Primária, que pretendia realizar a junção das instituições públicas nas três esferas do governo rede regionalizada e hierarquizada (SALES et al., 2019). Em 1986, ocorreu através desses movimentos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência envolveu estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidade comunitária, a saúde foi definida como um direito fundamental para a garantia da cidadania. As discussões apontadas na Conferência foram a base do texto constitucional da saúde descrito nos artigos 196 à 200 da Constituição Federal de 1988, criando o SUS (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

A Constituição brasileira diante disso, definiu a saúde como “dever do Estado e direito do cidadão”. Diante disso, todo cidadão possui direito de acordo com suas necessidades, independentemente da sua capacidade de pagamento, da sua inserção no mercado de trabalho ou da sua condição de saúde (OCKÉ-REIS, 2017).

O SUS é um extenso sistema, único em um país com dimensões continentais que integra diferentes culturas, interesse, climas e características regionais. Engloba União, Estados e Municípios em sua gestão, inclusive com garantia da participação dos usuários do sistema. O SUS é definido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, formando uma rede hierarquizada, descentralizada, a partir de diretrizes de universalidade, integralidade e equidade (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Com sua implantação, o Brasil começou a ser o único país da América Latina com um sistema universal de saúde, aproximando-se da experiência de países como, Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália. Era considerada a maior política de inclusão social da história, quebrando uma divisão injusta (OCKÉ-REIS, 2017).

Os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade, a equidade e a integralidade, e os princípios organizativos são: a regionalização e hierarquização e a descentralização (com comando único) e a participação popular (SALES et al., 2019).

A atribuição da universalidade representou na história do Brasil, a captação de uma dívida social e o início da implantação da reforma do setor saúde. O dever do Estado foi garantido pela primeira vez em uma constituição, sendo representada pela responsabilidade para com a organização de um sistema de saúde único, nacional, público e universal (OCKÉ-REIS, 2017).

Em 19 de setembro de 1990, é aprovada a lei orgânica da saúde 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ela regulamenta em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde realizados isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 2021).

Das disposições gerais, no Art 2º desta lei, diz que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado dispor das condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No item 1 deste artigo, diz que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que propõem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que garantem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, e que o dever do Estado não exclui o das pessoas, família, empresas e sociedade (BRASIL, 2021).

Em 28 de Dezembro de 1990 é aprovada a lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre suas transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde, e que cada esfera do Governo irá contar com as seguintes instâncias colegiadas: as conferências de saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais, para acompanhar a situação de saúde e propor as diretrizes para elaboração da política de saúde nos níveis correspondentes, intimado pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2021).

Os Conselhos de Saúde terão como membros os representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, agindo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e também nos aspectos econômicos e financeiros, em que as decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente composto por cada esfera de governo (BRASIL, 2021).

A partir das leis estabelecidas descritas acima, o SUS foi implantado e orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), instituídas pelas portarias no começo do INAMPS e logo após do Ministério da Saúde. Essas normas definiriam competências de cada esfera do Governo na implementação do SUS e as condições necessárias para que os estados e municípios pudessem adquirir novas atribuições que eram as condições de gestão, e iriam definir critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2011).

A primeira Norma Operacional Básica foi a NOB/1991, foi editada pelo INAMPS, da resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991 e reeditada com as devidas alterações nº 273, de 17 de janeiro de 1991, essa foi digitada conforme a cultura de instituição de assistência médica e, portanto, tinha uma forte centralidade. Em 5 de novembro de 2006, da portaria nº 2.203, é criada a Norma Operacional Básica do SUS- NOB/96, esta consolidou a política de municipalização, regulando o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde. Esta implantou a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos estados (BRASIL, 2011).

Essa NOB teve alterações por algumas portarias, sendo que a portaria 1.882 de 1997 definiu mudanças na sua implantação, alterando o conceito do Piso Assistencial Básico, do Piso Básico de Vigilância Sanitária e do incentivo aos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011).

2.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E O PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF assume princípios e diretrizes para concretização da garantia do direito à saúde e reconfiguração do modelo de atenção como principal representante da Atenção Primária à Saúde (APS). A ESF iniciou em 1994, com características de programa, porém sua efetividade a enalteceu como uma estratégia, visto consideráveis melhorias nos Indicadores (COSTA et al., 2020).

Atua por meio de equipes de saúde da família e desde 2004, são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de Saúde (ACS), além dos profissionais de saúde bucal. As equipes atuam com áreas geográficas e populações adstritas (MALTA et al., 2016).

Tem foco em quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, são reconhecidas como eixos que estruturam o processo de atenção à saúde, a qualidade dos serviços, a efetividade e eficiência nas intervenções. Os serviços da ESF devem ser articulados e integrados com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, precisa do esforço da equipe para atuar de forma planejada sobre os determinantes de saúde para fornecer melhores condições de vida a indivíduos, famílias e comunidade (CARDOSO et al., 2016).

Tem como prioridade ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, com o objetivo da reorganização das práticas assistenciais, modificando o modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura de doenças em hospitais, e a atenção deve estar direcionada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que proporciona a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença, e que as intervenções vão além das práticas curativas (CARDOSO et al., 2016).

Os investimentos na APS desencadearam muitos resultados positivos em vários países do mundo e também do Brasil, como a diminuição na taxa de mortalidade infantil, nas internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, acesso e continuidade do cuidado, menor custo, entre outros (MALTA et al., 2016).

Na portaria nº2.488 de 21 de Outubro de 2011, consta no art. I das especificidades da equipe de eSF, que a existência de equipe saúde da família deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo incluir nessa equipe, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2021).

Essa portaria possui algumas das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica que são: definição do território de atuação e de população sob responsabilidades das UBS e das equipes; realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade visando à responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e primeiro atendimento de urgência; promover atenção integral contínua e organizada a população de responsabilidade; desenvolver ações educativas que podem interferir no processo saúde- doença, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva e na procura por qualidade de vida dos indivíduos; apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e controle social, e outros (BRASIL, 2021).

No Brasil, a APS é organizada pela ESF, que tem como função produzir uma atenção pautada em modelos assistenciais e gerenciais, voltados para o atendimento das necessidades dos usuários, com enfoque na promoção da saúde e na prevenção

de agravos. Sendo a atenção à saúde centrada na família, incluindo o ambiente em que vivem e o espaço em que se constroem as relações (CARDOSO et al., 2016).

Diante disso, a ESF tem contribuído para reorganizar o modelo de atenção à saúde, trazendo novos comportamentos por profissionais e usuários. Porém, os profissionais lidam diariamente com situações que limitam e dificultam a efetividade dos princípios da APS (CARDOSO et al., 2016).

Um destaque importante que foi instituído às atribuições da APS no Brasil foi a primeira edição da PNAB em 2006, esta ampliou o sentido e a concepção da Atenção Básica (AB) ao inserir os atributos da Atenção Primária à Saúde e reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB, e também revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde, e definiu as modalidades, Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem ESF (MELO et al., 2018).

Reformulada em 2011, ficou reconhecida essa PNAB com as seguintes mudanças Requalifica UBS com: reformas, ampliações, construções e informatização, no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM), foi criado também o e-SUS AB, ofertando o prontuário eletrônico para todos os municípios, incluiu-se também a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Notou-se um incremento no orçamento federal da AB, o PAB Variável e em recursos de investimento (MELO et al., 2018).

Reformulada novamente em 2017, as solicitações de revisão da PNAB de 2011 já haviam sido solicitadas, então em 30 de agosto de 2017 a PNAB foi aprovada. Um destaque importante do texto da nova PNAB é a explicação de possibilidades para a caracterização e implementação da AB, sendo uma pretensa flexibilidade amparada pelo argumento da necessidade de assistência às especificidades locorregionais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Então a portaria nº 2.488, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Essa nova política é resultante da experiência reunida por um conjunto de atores envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas do Governo. Define a RAS como meios para um cuidado integral e focado às necessidades de saúde da população, salienta a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada prioritária do sistema, que deve

organizar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Tem a Saúde da Família como método prioritário para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2021).

São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem exercidos na Atenção Básica: universalidade, equidade e integralidade, regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. A PNAB tem na ESF seu meio para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2021).

Mesmo entendendo a persistência de dificuldades no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos recomendam avanços das políticas de AB na diminuição de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. A universalidade é um princípio construído da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, associada a integralidade, tem diferenciado a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. As PNAB de 2006 e 2011 projetaram a expansão da ESF nas duas últimas décadas. Diante disso, o tema de cobertura da APS destaca-se como um considerável indicador da PNAB 2017 (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em vista disso, procura-se transformar as habilidades e práticas profissionais para que estejam em acordo com as práticas reais das organizações do trabalho, especificamente na área da saúde, criando espaços de solidariedade e resolutividade, em consonância com o nível de complexidade. O processo de trabalho, conforme sua história, tem como objetivo atender as demandas da população numa conjuntura de produção responsável com o aprimoramento de ações voltadas para si ou para a coletividade (GOMES, 2015).

Todavia, no contexto da APS, em alguns espaços, principalmente na ESF, ainda se nota uma forte influência do modelo biomédico, sendo que estudos na área da formação em saúde revelam que essa discordância por vezes acontece devido a formação ainda estar alicerçada em um modelo fragmentado, que não emprega a integralidade da atenção, muito menos a clínica ampliada, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e as tecnologias relacionais como instrumentos para cuidado em saúde. Percebem-se na rotina da assistência, atuações profissionais sem integração entre os membros da equipe, e muito menos destes com a população, focadas em

agravos e doenças, que precisam ser ultrapassados para a efetivação da ESF em muitos locais do País (COSTA et al., 2020).

O entendimento da função da ESF como coordenadora do cuidado é o ponto inicial para se ter conhecimento do processo de trabalho em saúde. Isso alega o que o Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais entendem a ESF como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por fornecer uma reorientação do processo de trabalho com grande potencial de aprofundar os princípios e diretrizes e fundamentos desse nível assistencial. Além de expandir a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, e oferecer uma importante relação custo-efetividade (COSTA et al., 2020).

A ESF é considerada a impulsionadora de reorientação do modelo na APS, ao sugerir atenção contínua a uma população com território definido é dever dos profissionais a responsabilidade de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, através do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (COSTA et al., 2020).

Ao se buscar um modelo amparado na integralidade, é preciso trilhar pelo território subjetivo do trabalho vivo em atitudes na saúde, enriquecendo redes vivas de cuidado que forma o território de tecnologias leves. Sem deixar de considerar, a importância das outras tecnologias, que apontam como práticas de acolhimento, escuta e diálogo, significando campo privilegiado para desempenho do autogoverno e de reaproximação do fazer em saúde com os projetos de vida das pessoas (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

2.3 POLÍTICA NACIONAL SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA NO BRASIL

A saúde do trabalhador (ST) caracteriza-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares – técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, direcionados a analisar e intervir nas relações de trabalho que geram doenças e agravos. Seus marcos principais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Presente ao Movimento da Reforma Sanitária, o pensamento novo sobre ST adquiriu mais repercussão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde,

em 1986. Em dezembro deste mesmo ano, na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram manifestadas as experiências de implantação da rede de serviços de ST. Essa rede anterior ao decreto do SUS, já incorporava princípios e diretrizes que depois seriam consagrados pela Constituição de 1988, tais como universalidade, a integralidade e o controle social (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Em 1970, devido ao rápido crescimento dos trabalhadores, obteve-se um incremento na organização dos trabalhadores em volta da regulamentação da jornada de trabalho e a procura de melhores salários. Nessa década também ocorreram os primeiros movimentos em defesa da saúde pela melhoria das condições de trabalho. Em 1984 foi criado o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC. Logo após, foram criados Programas de Saúde do Trabalhador (PST), parecidos na Secretaria de Estado de Saúde (SES) de São Paulo e em outros Estados, com a participação de vários trabalhadores, e também na realização de ações de vigilância em algumas empresas (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Em 1983, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou o Programa de Salud de los trabajadores e patrocinou um seminário realizado em 1984, em Campinas. Nesse seminário foi debatido sobre a necessidade de mudar do conceito de saúde ocupacional para de saúde dos trabalhadores, com objetivos a enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, numa união de fatores econômicos, culturais e individuais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Em 1984, ocorreu os primeiros movimentos operários para a melhoria das condições de trabalho em defesa da saúde, iniciativa da assessoria técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Investigações de Ambientes de Saúde e Trabalho que junto com o sindicato trabalhadores das indústrias químicas e petroquímicas dos municípios industriais de San Pablo sugeriram ao Secretário de Estado da Saúde o Programa Saúde do Trabalhador Químico do ABC (Região Metropolitana de São Paulo). A 8ª Conferência de Saúde de 1986, resultou na implantação do SUS e a constituição de 1988 foi fundamental na história da saúde pública brasileira que determinou um conjunto de atribuições do SUS como a saúde do trabalhador (MINAYO GOMEZ, 2018).

Nos primeiros programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST continuava a dimensão assistencial, as estratégias eram diagnosticar, orientar e acompanhar as patologias decorrentes do trabalho com se ter efetividade na assistência à saúde dos trabalhadores. A 1ª Conferência Nacional de Saúde do

Trabalhador (CNST) integra a proposta de que o SUS deve conter ações e órgãos de ST, na perspectiva da saúde como direito. A lei orgânica da Saúde define que as ações de ST devem ser executadas pelo SUS nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos. E determina também que é de competência da instância Federal do SUS colaborar na elaboração de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Nos anos 2000, o Ministério da Saúde desenvolveu a criação da Rede de Saúde do Trabalhador que logo mais seria instituída como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que começou a fazer parte da rede de Atendimento do SUS por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Uma função importante desses centros é serem núcleos articuladores e organizadores de ações intra e intersetoriais em saúde do trabalhador e se tornarem centros de vigilância, detectando e analisando os fatores determinantes dos agravos à saúde relacionados aos processos de trabalho (MINAYO GOMEZ, 2018)

Em 2015, a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que foi realizada no Espírito Santo, apresentou o tema “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado” e teve por objetivo a proposta de diretrizes para a implementação Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSST). Um dos objetivos de realização dessa conferência era o debate e a inclusão de pautas e demandas, entendendo a saúde do trabalhador em sua transversalidade aos serviços e linha de cuidado da saúde (NETO, et al, 2018).

O decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, dispõe sobre a PNSST. Os objetivos são a promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho. Os princípios são a universalidade; prevenção; ações de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e reparação; diálogo social e integralidade. Para ser implementada deve ser articulada com ações do governo no campo do trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde (BRASIL, 2021).

Considerando esse decreto citado acima, a portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 instituiu a PNSST e os seus princípios e diretrizes são a universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade e precaução. Os objetivos são fortalecer

a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em saúde; promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; assegurar a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que presume a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da RAS do SUS, por meio da articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede e outros que consta nesta portaria (BRASIL, 2021).

A PNSTT dispõe de maneira clara o papel protagonista da atenção básica como ordenadora dos serviços e programas de saúde do SUS, acrescentando os voltados para a proteção e promoção de saúde do trabalhador. Apesar desse reconhecimento, os avanços de consolidação da AB como a principal para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no SUS são reservados (CAMARA; BELO; PERES, 2020).

No Brasil, a saúde do trabalhador é resultado de um patrimônio acumulado na saúde coletiva, que tem raízes no movimento da medicina social, que ampliou a definição do processo saúde-doença, inserindo as questões da aula e do trabalho. A observação do processo de trabalho entende-se o contexto dos processos de produção, as características técnicas do processo de produção, os riscos ambientais e organização do trabalho. Nisso, os trabalhadores se tornam sujeitos políticos coletivos e agentes de transformações, eles possuem conhecimentos e afloram experiências, que é importante na produção de conhecimento e no desenvolvimento de práticas de saúde (MINAYO; GOMEZ, 2018).

Contudo, se a AB e principalmente a Estratégia da Saúde da Família é um espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador, os investimentos tanto organizativos e informativos estão limitados aos profissionais dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e dos programas de Saúde do Trabalhador das secretarias municipais e estaduais de saúde. Isso leva ao desafio de reorganizar políticas e estratégias de implementação das ações e de intervenção em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS. Necessitam incluir um olhar sobre a saúde do trabalhador, que ao mesmo tempo é interdisciplinar, intra e intersetorial (CAMARA; BELO; PERES, 2020).

2.4 INSATISFAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

O ser humano tem necessidades a serem supridas, sendo elas necessidades básicas como alimentação e segurança, necessidades psicológicas, como respeito e ainda necessidades de realização pessoal, como autonomia e crescimento. No dia a dia, o trabalho tem como função possibilitar a satisfação dos indivíduos. Contudo, o trabalhador da saúde pratica a produção não material de bens, ou seja, termina seu trabalho logo após o mesmo ser gasto pelo sujeito, não sendo possível desunir o produto do processo (VITALI et al., 2020).

O trabalho na APS é destacado da mesma forma que em outros setores da saúde, todavia, opera de maneira particular, pois o objeto de trabalho, além do indivíduo e famílias, é também toda a população do âmbito do território de responsabilidade pelas equipes. O fazer dos trabalhadores é acompanhado de muitas peculiaridades a serem consideradas na própria organização do trabalho, sendo elas o vínculo com os usuários do serviço, o trabalho em equipe interdisciplinar e o modo de produção em saúde que deve priorizar atividades de promoção e prevenção (VITALI et al., 2020).

O cumprimento de prazos, cobrança por resultados, número insuficiente de pessoas para realizar as atividades, tarefas repetitivas, ritmo de trabalho acelerado entre outros são aspectos determinantes para o sofrimento do trabalhador. As condições para realização do trabalho foram consideradas críticas para os trabalhadores, essencialmente ao mobiliário inadequado, excesso de barulho, falta de instrumentos e materiais. Esses dados indicam incongruência para a execução do trabalho na APS, as quais contribuem para o sofrimento (MAISSIAT et al., 2015).

Compreende-se que a lógica de trabalho multiprofissional por ser fragmentada, ajuda para a sobrecarga de trabalho e baixa resolutividade das equipes de saúde, influenciando negativamente na qualidade de cuidado ofertado e na satisfação com o trabalho. Os principais fatores que estão relacionados à insatisfação e sobrecarga de trabalho são: a falta de capacitação para o exercício profissional na ESF; as complexas condições psicossociais existentes nas comunidades que impactam na qualidade de vida da população e baixas remunerações dos profissionais, que retratam a desvalorização (ASSIS et al., 2020).

O ser e o fazer não são tarefas fáceis e se encontram bem distantes da ausência de tensões individuais e coletivas, porque envolvem aspectos de poder,

interesses conflitantes, disputas individuais, profissionais e institucionais. Através disso, desenvolvem-se satisfações e insatisfações vindas desta desafiadora atividade na APS. A insatisfação no trabalho é caracterizada por fatores negativos que também afetam a qualidade, a qualidade da atividade, gerando, além da insatisfação no trabalho, o desgaste físico e emocional da equipe (NUNES; PIRES; MACHADO, 2020).

O trabalho pode oferecer satisfação se em seu processo de criação consegue suprir as necessidades dos sujeitos, no qual se alteram o objeto e o ser humano. Todavia, quando não há vínculo entre quem produz e o resultado desse processo o indivíduo passa a ser apenas mais uma peça de engrenagem que não compreende no processo de criação e produção, gerando, na maioria das vezes, insatisfação (VITALI et al., 2020).

Em uma pesquisa realizada com coleta de artigos sobre satisfação e insatisfação, os fatores que causam insatisfação dos profissionais de saúde são: salário, carga de trabalho, carga horária, baixa oportunidade de crescimento e desenvolvimento profissional, falta de autonomia, pouco incentivo à educação continuada, excesso de atividades administrativas, ausência de orientação, pouco contato com os pacientes e outros (VITALI et al., 2020).

A literatura registra vários estudos referente aos fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde e no âmbito da APS. São eles: trabalhar em local que não é de sua escolha, sobrecarga de trabalho e a violência, os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura organizacional dos serviços, condições salariais insuficientes, excesso de carga horária e inexistência de plano de carreira, situações que limitam a autonomia do profissional e problemas na cooperação com os colegas de trabalho (SORATTO et al., 2017).

Dentre as pesquisas que abordam a insatisfação dos profissionais de saúde, alguns tratam da insatisfação na APS, e menos ainda na ESF, no Brasil. Os que falam sobre o tema se referem à insatisfação com a carga de trabalho, a instabilidade no emprego, aos baixos salários e a ausência de uma maior definição das competências no trabalho. Outras pesquisas referiram sobre a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam na ESF, gerando desgaste e adoecimento que contribuem para a insatisfação dos profissionais que trabalham na ESF (SORATTO et al., 2017).

As insatisfações dos profissionais que trabalham na ESF possuem uma forte associação com a gestão do trabalho em saúde na APS. Nessa pesquisa, esta

categoria expressou o maior número de insatisfação no trabalho dos profissionais das eSFs. Esses fatores englobam as condições de trabalho, que envolvem diversos elementos relativos ao ambiente em que se trabalha (SORATTO et al., 2017).

Além dos fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde, no âmbito da APS, trabalhar no serviço que não é de sua escolha, tem sido responsável por doenças relacionadas ao trabalho, absenteísmo e problemas psicossociais. Isso pode gerar agravos como estresse, depressão, outros transtornos mentais e abuso de álcool e drogas (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

O estresse constante no trabalho pode acarretar consequências prejudiciais à saúde mental e física do trabalhador, tais como o desenvolvimento da síndrome metabólica, distúrbios do sono, diabetes, hipertensão, enfermidades psicossomáticas, síndrome de *burnout*, depressão, uso de substâncias psicoativas, e também queda na produtividade, insatisfação laboral e baixa na qualidade de vida e trabalho (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

3 CONTRIBUIÇÕES DE CRISTOPHE DEJOURS PARA COMPREENSÃO DA INSATISFAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Cristophe Dejours é psiquiatra, psicanalista, professor do Conservatoire Nationale Dês Arts et Métiers (CNAM) que é uma instituição pública ligada ao Ministério da Educação Francês, diretor do Laboratório de Psicologia do Trabalho e de Ação (LPTA), do Societé e da revista Travailler. É membro associado do Centre de Recherche de Paris (IPSO), e da AssociatonPsychnalutique de France (APF). Depois de estudos na área de medicina, de medicina do trabalho, de ergonomia, de psiquiatria, de psicanálise e de psicossomática, bem como formação em investigação, efetuou investigações sobre fronteiras da psicanálise com as ciências biológicas e ciências sociais, além de ter escrito diversos artigos (DEJOURS, 2006).

A clínica do trabalho teve origem nos anos 70 do confronto entre antropologia psicanalítica e ergonomia, que estuda as condições de trabalho e a relação entre o homem e os objetos técnicos. O contexto atribuído à clínica do trabalho nessa época consistia em elaborar uma teoria de relação entre a vida psíquica e o trabalho, ou seja, a ideia era entender o porquê o trabalho poderia gerar o sofrimento em certos casos e prazer, em outros, e tentar elaborar intervenções a favor do aperfeiçoamento nas relações entre trabalho e o funcionamento psíquico (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

Trabalhar não é apenas produzir ou fabricar, não é só transformar o mundo, é também transformar a si próprio, produzir a si mesmo. Em outros conceitos, o trabalhador se transforma, revelando em si de tal forma, que já não é completamente o mesmo que antes de ter empreendido (DEJOURS, 2011).

O zelo [capacidade de usar a inteligência para construir soluções] é associado à subjetividade (o que sentimos) em conflito com o real, quando isso acontece gera o sofrimento do trabalhador por não dar conta da sua tarefa, logo após, se desenvolve a transformação. Já o prazer começa quando, graças ao seu zelo, se consegue construir soluções convenientes, inventando e acrescentado em si mesmo para superar as prescrições (DEJOURS, 2012).

O trabalho pode provocar o pior: a doença e a morte, mas também pode desenvolver o melhor: a saúde e o acréscimo de vida. A posteriori, quando da satisfação do trabalho realizado, anuncia-se a atravessar o sofrimento e sua

transformação em sentimento de satisfação, de plenitude e até de euforia. O prazer no trabalho está ligado ao sucesso de subjetivação, reforço de identidade, a autorrealização (DEJOURS, 2011).

A psicopatologia do trabalho é a análise dos processos psíquicos do sujeito frente ao confronto entre o indivíduo e a realidade do trabalho, ou seja, quando falamos de psicopatologia não falamos de doenças, mas do sofrimento que leva aos processos psíquicos. O sujeito frente a isso corre o risco de não ser mais que o mesmo que antes do começo do conflito e que o real do trabalho também corre o mesmo risco de ser transformado através de uma complementação da subjetividade. As reações do indivíduo frente às pressões do trabalho são muito singulares e variam conforme seu passado, sua história e a estrutura de personalidade de cada sujeito (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015).

Todas essas pressões geradas foram resultados da organização do trabalho. Essa organização foi definida pelas condições de trabalho que é entendido como as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do trabalho. Essas pressões ligadas a isso têm como ponto principal o corpo dos trabalhadores gerando desgaste, envelhecimento e doenças somáticas (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015).

O trabalho não pertence ao mundo visível, o trabalho é vivo, individual e subjetivo. A subjetividade não é mensurável. Não medimos sofrimento, prazer, amor, raiva e ódio. Podemos descrever qualitativamente em certas condições, podemos notar que possui agressividade, que ocorre a transformação de amor em ódio, mas a quantidade não existe (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

É importante a abertura de tempo e espaço dentro das organizações do trabalho para que os trabalhadores possam confrontar e debater sobre a forma como cada um desenvolve seu trabalho, como cada um interpreta individualmente as prescrições, para se ter uma compreensão, para os acordos e modalidades entre diferentes membros de uma equipe ou de um coletivo de forma a construir uma interpretação comum das ordens. Para isso ocorrer, demanda que as pessoas que compõem uma equipe tenham tempo e espaço para discutir, chamamos isso de espaços de deliberação, onde ocorrem as diferentes opiniões dos trabalhadores referentes às maneiras de compreender a organização do trabalho (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

A metodologia da entrevista em grupo reunido no mesmo local, mostra que os trabalhadores em grupo são capazes de reconstruir as pressões de trabalho que os

fazem sofrer e fazerem aparecer estratégias defensivas para superar esses efeitos desestabilizadores e patogênicos do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015).

Os mais idosos e os mais jovens não têm o mesmo ponto de vista sobre a maneira de trabalhar. Estes espaços de deliberação constituem o local onde as pessoas confrontam seus pontos de vista que são diferentes, é um confronto de opiniões. Para que esses espaços funcionem é necessário que as pessoas sejam capazes de falar sobre seus respectivos trabalhos e justifiquem as razões pelas quais preferem trabalhar de tal forma. É importante que as pessoas aprendam a escutar as razões dos colegas, dos outros profissionais, porque preferem esta ou aquela maneira de trabalhar e não a minha. Isso se chama democracia do trabalho (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

A partir do momento que não se cultiva esses espaços, a democracia acaba, e os profissionais começam a trabalhar cada um por si, num meio de competitividade, e as pessoas começam num processo o qual elas trabalham mais e mais, para serem umas melhores do que as outras. Através disso, essa competitividade, ocorre o desenvolvimento de patologias da sobrecarga (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

O trabalho também é essencial para nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento, talvez não importe qual o trabalho e talvez não importe em quais condições. Ter um trabalho que permita a descarga da energia pulsional, não coloca questões referentes ao ambiente físico ou químico do trabalho, mas se diz principalmente à organização do próprio trabalho. Quando se coloca frente a frente o funcionamento psíquico e a organização do trabalho, percebe-se que certas organizações são perigosas para o equilíbrio psíquico e outras não são (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993).

As primeiras atacam e destroem o que os trabalhadores almejam. Um trabalho repetitivo sob pressão de tempo, não há absolutamente, atividades fantasiosas e a via psíquica está fechada, quando a energia psíquica se acumula, gera pontos de tensão e desprazer, até que começam a surgir a fadiga, depois a astenia e por fim, a patologia. E a segunda são favoráveis à saúde. É referente a um espaço de ação, onde os trabalhadores efetuam suas aspirações, ideias, imaginação e desejo. Isso ocorre quando a organização do trabalho é flexível, e permite que o mesmo possa organizá-lo e adaptá-lo aos seus desejos, as necessidades do seu corpo e as variações do seu estado de espírito (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993).

Para se transformar um trabalho cansativo em um trabalho prazeroso, deve-se se ter uma organização flexível, e para deixar o trabalhador encontra gestos que lhe dão prazer, ou seja, uma diminuição da carga psíquica de trabalho (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa (MORSE, 2003; MINAYO, 2010; POLIT, BECK, 2011). Ela tem como característica considerar o contexto em sua totalidade e as relações que se estabelecem. Também visa a uma interação entre investigador e participantes a serem pesquisados, o que implica uma interdependência viva entre ambos (PRADO et al.,2018).

Nessa percepção, as relações intersubjetivas (pesquisador/pesquisado) formam uma característica fundamental e inovadora na produção dos conhecimentos na pesquisa qualitativa, pressupondo geralmente provocar o esclarecimento de uma determinada situação (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os locais do estudo foram as principais cidades de cada região geográfica do estado de Santa Catarina: Criciúma, Joinville, Blumenau, Lages e Chapecó (quadro 1). A mesorregião da grande Florianópolis foi excluída, pois devido a pandemia não foi permitido realizar a coleta de dados.

Quadro 1- Características demográficas das cidades que participaram do estudo

Região	Cidade	População ¹	População ²	Municípios ¹
Oeste	Chapecó	936.232	13,2%	118
Sul	Criciúma	999.701	14,1%	46
Norte	Joinville	1.400.128	19,3%	26
Serrana	Lages	772.915	11%	30
Vale do Itajaí	Blumenau	1.776.571	25.2%	54

Fonte: IBGE, 2010.

Nota: (1) Quantitativo

(2) Porcentagem em relação ao total do Estado de Santa Catarina.

Nesse contexto, segue um cenário da saúde no Estado com o número de equipes de eSF, cobertura de AB, profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e número de estabelecimentos de saúde divididos pelas regiões (quadro 2).

Quadro 2- Panorama de Saúde nas Mesorregiões de Santa Catarina, Brasil, 2019.

Região	ESF ¹	Cobertura ESF	Profissionais UBS ²	Cobertura AB ³	Profissionais CNES ⁴	CNES
Oeste	361	91,75	4241	98,18	13071	2505
Sul	362	88,22	4354	91,05	13864	2367
Norte	380	75,36	3819	87,45	22361	3364
Serrana	338	80,81	3752	88,90	13452	2956
Vale do Itajaí	530	82,94	6473	93,90	24724	4827
Santa Catarina	2.363	81,52%	26851	91,24	108.349	18.330

Fonte: BRASIL, 2019a.

Nota: (1) Estratégia de Saúde da Família.

(2) Unidade Básica de Saúde.

(3) Atenção Básica.

(4) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Desta forma, foram escolhidas UBS com eSF de cada município. Como critérios de inclusão dos cenários foram observados: eSF que possuem classificação acima da média e muito acima da média, segundo avaliação no último ciclo (3º) do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade de APS (PMAQ-AB) realizado no ano de 2019; e que apresentam a equipe mínima completa no período da coleta de dados. Como critérios de exclusão foram as UBS que possuíam equipes mistas.

Conforme os critérios detalhados, foram nominados todas as ESF dos respectivos municípios e sorteados quatro eSF por município considerando a possibilidade de eventuais problemas de caso fortuito em alguma estrutura física. Não obstante, o número de ESF totalizaram 16 (quadro 3).

Quadro 3 - Unidades de Saúde do estudo de acordo com a região de Santa Catarina e cidade.

Região/Cidade	Número do cadastro e nome da eSF ¹	
Sul /Criciúma	408720	ESF Brasília
	2647346	ESF Laranjinha
	2758210	ESF São Defende
Norte / Joinville	7704550	ESF Parque Douat
	3085864	ESF Rio Do Ferro
	3400069	ESF Jardim Paraíso
Oeste / Chapecó	2537699	ESF Seminário
	2657791	ESF Belvedere
	2537664	ESF Saic
	2537591	ESF São Pedro
Vale do Itajaí/Blumenau	2513129	ESF Hasso Rolf Muller
	6941559	ESF Martin Volles II
	2513226	ESF Gustavo Tribess I
Serra / Lages	2566826	ESF Coral
	2566850	ESF São Miguel
	2661462	ESF Pro Morar

Fonte: dados da pesquisa, 2022

Nota: (1) Equipe de Saúde da Família.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde das equipes sorteadas, utilizando-se como critérios de inclusão: atuar como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e técnico de saúde bucal nas eSF ou, ainda, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta ou profissional de educação física que atua no apoio às equipes mínimas. Foram excluídos os profissionais afastados por quaisquer motivos no período da coleta de dados. Assim, a partir dos critérios de saturação de dados utilizados em pesquisa qualitativa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), participaram do estudo 64 profissionais de saúde (Quadro 4).

Quadro 4 – Número de participantes do estudo de acordo com a região de Santa Catarina e cidade.

Região/ Cidade	Número de participantes
Sul /Criciúma	10
Norte / Joinville	16
Oeste / Chapecó	14
Vale do Itajaí / Blumenau	10
Serra / Lages	15
Total	64

Fonte: dados da pesquisa, 2022

Participaram do estudo 64 profissionais da saúde, sendo que a maioria era do sexo feminino (87,5%), a faixa etária variou entre 40 a 44 anos (18,8%). Em relação à formação profissional 50% possui especialização, 65,62% são profissionais da área da enfermagem; 17,18% são dentistas; 10,93% da área da medicina e 6,25% é técnico bucal. Referente à jornada de trabalho da eSF 95,31% trabalham 40 horas. 74% dos profissionais não possuem outro emprego. Dos participantes 82,81% são concursados, e o tempo de experiência variou entre quatro anos com 46,87% (tabela 1).

Tabela 1- Perfil dos participantes do estudo

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	56	87,5
Masculino	8	12,5
Faixa etária		
20 – 24	2	3,1
25 – 29	9	14,06
30 – 34	11	17,18
35 – 39	10	15,62
40 – 44	12	18,75
45 – 49	9	14,06
50 – 54	7	10,93
55-60 anos	4	6,25
Escolariedade		
Curso técnico	25	39,06
Especialização	32	50,0
Graduação	7	10,93
Jornada de trabalho na ESF		
30 horas	1	1,56
20 horas	3	4,68
40 horas	61	95,31
Possui outro emprego		
Não	48	75
Sim	16	25
Profissão		
Enfermeiro(a)	21	32,81
Medicina	7	10,93
Tec. Saúde bucal	4	6,25
Técnica enfermagem	21	32,81
Dentista	11	17,18
Tempo de experiência ESF		
0- 4 anos	30	46,87
5-9 anos	16	25
10-13 anos	2	3,12
14-19 anos	13	20,31
20-25	3	4,68
Tipo de contrato		
Concurso	53	82,81
Seletivo / ACT	11	17,18

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu por meio de dois instrumentos: entrevista semi-estruturada (ANEXO A), composta por questões fechadas sobre o perfil dos participantes e abertas que contemplam a satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais da saúde; e como fonte complementar a observação indireta (ANEXO B). Ambos os instrumentos foram padronizados pela equipe da macro pesquisa a qual se insere este estudo.

O estudo obteve a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, onde foi estabelecido contato com os profissionais e/ou gerente da UBS, verificando o melhor dia e horário para realização da entrevista, visando não atrapalhar o processo de trabalho da equipe. A coleta de dados aconteceu entre os meses de março a dezembro do ano de 2020, por dois pesquisadores treinados, em espaço reservado, dentro das unidades de trabalho, sem interferir no fluxo e organização dos serviços.

A observação foi realizada simultaneamente com a entrevista e materializada em diário de campo, totalizando 58 horas de observação em 16 UBS. Por ser uma fonte complementar e indireta não foram acompanhados os profissionais individualmente para observação do processo de trabalho, mas consistiu em registrar aspectos da estrutura e instrumentos, processo de trabalho, intercorrências e reações que o pesquisador visualizou no momento anterior e durante as entrevistas na sala de recepção ou local de espera da UBS.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados segundo análise de conteúdo dividida em três fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação” (BARDIN, 2011, p. 125).

Na pré-análise foram transcritas as entrevistas e os materiais de observação para o Microsoft Word e logo em seguida realizada a leitura deste material, fazendo as correções ortográficas, linguísticas e gramaticais.

A exploração do material e tratamento dos resultados obtidos: nessa etapa as informações foram lidas exaustivamente e a partir dos trechos de citações foram criados códigos, e grupos de códigos [subcategorias e categorias].

Inferência e interpretação: Nessa fase houve um refinamento dos trechos de citações e códigos, subcategorias e categorias, buscando conforme o que foi analisado e logo em seguida foram interpretados a luz das contribuições teóricas do trabalho em saúde .

O processo de análise de conteúdo teve como auxílio o software para análise de dados qualitativos Atlas. Ti, versão 9.0).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos nesta pesquisa foram respeitados, pautados na resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466 do ano de 2012 e na resolução número 510 do ano 2016 aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo já foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNESC, via plataforma Brasil, sob parecer no 3.675.401/2019 (ANEXO C).

No momento da realização da pesquisa, foram realizadas a leitura e a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual destaca os possíveis riscos e benefícios da pesquisa (APÊNDICE A), composto por duas vias, sendo que o entrevistado permanece com uma via do documento. Entretanto, o participante teve a liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A livre participação foi garantida por meio de um código identificando por primeiro a letra P de participante, logo em seguida o número que identifica o documento e por último a letra que tipifica a profissão sendo: M para Medicina, E para Enfermagem, TE para Técnico em Enfermagem, D para Dentista e TSB para Técnico em Saúde Bucal.

Os riscos durante a realização do estudo foram considerados mínimos, que empregam técnicas e métodos de pesquisa em que não se realiza intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos. Foram encontrados pequenos desconfortos em relação ao tempo disponibilizado para entrevista ou alterações de suas atividades de trabalho. Não foram encontradas situações desagradáveis, vivências ou situações traumáticas. Os participantes foram orientados a informar os pesquisadores caso eventual desconforto emocional ou psicológico, uma vez que poderiam ser encaminhados para atendimento

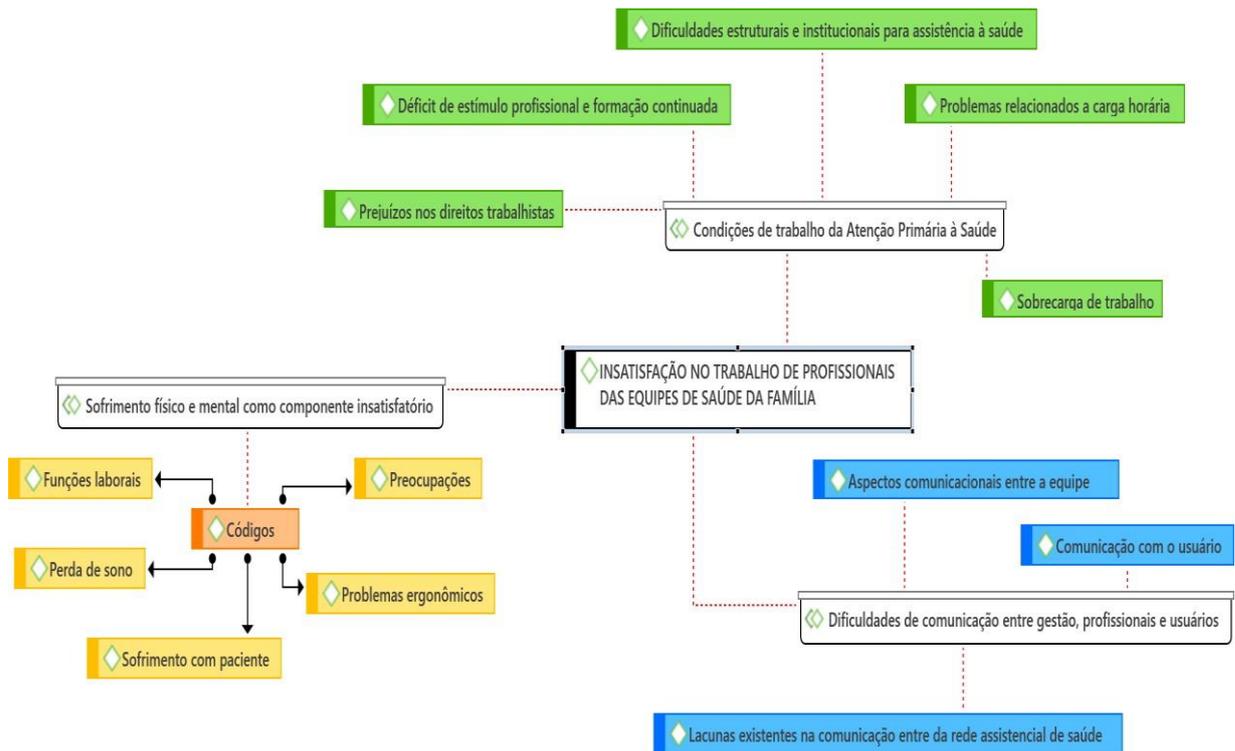
psicológico, não havendo nenhum relato, solicitação ou procura por parte dos entrevistados.

Neste intuito, a pesquisa contribui como benefício a construção do diagnóstico situacional e a compreensão da subjetividade da insatisfação profissional na atenção primária à saúde do estado de Santa Catarina, bem como lacunas existentes, principalmente relacionados às melhorias das condições laborais para a satisfação profissional. Deste modo, a permitir uma análise dos fatores geradores de insatisfação dos profissionais da APS, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde para a saúde do trabalhador e conseqüentemente uma assistência à saúde de maior qualidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo indicaram a existência de três categorias temáticas, oito subcategorias (figura 1), 52 códigos, 491 trechos de citações.

Figura 1 – Categorias, subcategorias e códigos relacionados a insatisfação dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família.



Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Essa categoria aglutina cinco subcategorias, que contempla temáticas relacionadas à sobrecarga de trabalho; direitos trabalhistas; qualificação profissional; dificuldades estruturais e a carga horária de trabalho.

As sínteses dos achados dessa categoria estão expressas na tabela 2.

Tabela 2 – Condições de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Subcategorias e códigos	N	%
Sobrecarga de trabalho (n = 89; 32%)		
Sobrecarga de trabalho em equipe e ou equipe subdimensionada	58	20,9
Desorganização na gestão de pessoas	20	7,2
Rotatividade da equipe	4	1,4
Falta de outros profissionais	3	1,1
Desvio de Função	4	1,4
Prejuízos nos direitos trabalhistas (n = 83; 29,9%)		
Remuneração e promoção	43	15,5
Insalubridade	21	7,6
Perda de direitos trabalhistas	8	2,9
Falta de plano de cargos e salários	7	2,5
Diferença entre estatutários e celetistas	2	0,7
Contrato temporário	1	0,4
Não ter seguro desemprego	1	0,4
Déficit de estímulo profissional e formação continuada (n = 46; 16,5%)		
Falta de valorização	28	10,1
Falta de capacitação ao começar função	6	2,2
Mudanças constantes de protocolos	5	1,8
Uniformidade nos serviços do SUS nas UBS	3	1,1
Falta de autonomia	3	1,1
Redimensionar território	1	0,4
Dificuldades estruturais e institucionais para assistência à saúde (n = 45; 16,2%)		
Falta de recursos financeiros e ou materiais	24	8,6
Estrutura física	11	4,0
Falta de manutenção em equipamentos	6	2,2
Dificuldades de acesso	3	1,1
Distância do local do trabalho	1	0,4
Problemas relacionados à carga horária (n = 15; 5,4%)		
Carga horária excessiva	7	2,5
Tempo de lazer ou com a família	4	1,4
Cumprimento de horário	4	1,4
Total	278	100

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.1.1 Sobrecarga de trabalho

Essa subcategoria abrange 32% das respostas dos trechos de citações. Os códigos mais frequentes foram: sobrecarga de trabalho em equipe e ou equipe subdimensionada e desorganização na gestão de pessoas. Muitos profissionais sustentam que se sentem sobrecarregados devido à falta de funcionários suficientes

para atender as demandas da população, não conseguindo concluir suas tarefas, e citam a importância de ter mais equipe multidisciplinar, ou seja, maior número de profissionais integrando as equipes.

Hoje em dia a gente está bem sobrecarregado porque falta funcionário, se alguns estão de férias, outros de atestado, aí não tem mesmo, a gente está com bastante problema, mas, esse é no geral com todo município né com falta de funcionários, sobrecarregando um pouco as funções que realizamos (P15TE).

A dificuldade, a insatisfação é que às vezes assim a gente está num momento de falta de funcionários e aí você não consegue às vezes fazer o teu trabalho como você gostaria, às vezes você não tem tempo hábil pra tu está desenvolvendo né, essa é a parte mais ruim né, que na maioria das vezes tu deixa de conseguir fazer mais por causa disso, porque talvez o médico não está na unidade, ou está de férias, ou teu colega falta tu tem que cobrir dois setores, então acho que a maior dificuldade ainda é essa (P16TE).

Aqui como a gente é uma equipe só eu acho que às vezes as outras áreas ficam um pouco mais sobrecarregadas. Como a gente é somente uma equipe, tem dois técnicos de enfermagem, acho que às vezes ficam um pouco sobrecarregados, às vezes tem umas áreas aqui que não são cobertas porque elas não dão conta. Por mais que seja só uma equipe, às vezes faltam algumas pessoas para compor (P39M).

Acho que não assim, a princípio o que eu gostaria que melhorasse era em relação a quantidade de pessoas nas Unidades, acredito que não só na minha, mas em outras também falta. O ideal seria ter uma equipe multidisciplinar. (P53E)

Em um estudo que buscou identificar se os princípios doutrinários do SUS estão sendo efetivados, observou que a efetividade do princípio universalidade foi comprometida pela oferta inadequada ou ineficiente de recursos humanos, leitos e serviços, ajudando para que acontecesse desordem entre as necessidades dos

usuários e o que era ofertado para atender às suas necessidades de saúde (ANDRADE et al., 2018).

A literatura descreve que a sobrecarga de trabalho pode estar relacionada às condições que o profissional tem sido exposto e as dificuldades que são encontradas na rotina de trabalho, que está diretamente relacionada ao desenvolvimento de exaustão emocional, o que afeta indiretamente na qualidade do cuidado. (FIDELIS et al., 2021). Além de influenciar na produtividade, desempenho, absenteísmo do profissional, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem estar, satisfação na vida e satisfação dos usuários (OLIVEIRA et al., 2019).

A escassez de estratégias que foquem no enfrentamento dessa sobrecarga e insatisfações, dificulta a implementação de medidas capazes de oferecer suporte e de reduzir as sobrecargas vivenciadas na rotina de trabalho, podendo levar a insatisfação. Diante disso, a implementação de ações voltadas a supervisões que foquem no aspecto emocional do profissional e no seu compartilhamento de experiências com os demais profissionais, são métodos capazes de ajudar o profissional a lidar com situações de sobrecarga de trabalho (OLIVEIRA et al., 2019).

Outras situações é que os profissionais possuem uma dedicação diária e no final do dia estão extremamente cansados. Somando a isso, a dificuldade de gerenciamento resulta na ausência de profissionais para a cobertura durante as férias ou licenças, gerando sobrecarga nos outros profissionais atuantes na ESF.

A divisão só seria um pouco insatisfatória, a gente tem escalas e segue certinho, mas o que impede às vezes que a gente não tem controle, são os afastamentos e atestados daí caem tudo por água abaixo, daí tem a gente tem que assumir todas as funções. (P21IN)

Bom, não tem insatisfação, o que me insatisfaz é a parte das pessoas, recursos humanos, gestão de pessoas, composição da equipe tenho que trabalhar com o que me dão. Para mim é insatisfatório. (P65E)

A falta de profissionais não é retratada somente nas rotinas dos funcionários que acabam trabalhando excessivamente para suprir a demanda, mas também na vida dos pacientes, pois quando os mesmos necessitam de algum tipo de assistência não é ofertada com facilidade ou demora a acontecer (SORATTO et al., 2018).

5.1.2 Prejuízo nos direitos trabalhistas

Essa subcategoria ficou com 50,6% das respostas. Os códigos remuneração, promoção e insalubridade foram os mais citados. Nessa subcategoria, a retirada e ou redução do direito da insalubridade, falta de planos de cargos e salário gerou muita indignação e insatisfação pelos profissionais da saúde, porque os mesmos estão na linha de frente e colocam suas vidas em risco. Essa condição resulta em inseguranças, desmotivação para trabalhar e os profissionais se sentem desvalorizados e desamparados.

Desmotiva a longo prazo a gente fica aqui, então eu entrei e gostei da saúde pública, mas eu penso em continuar na saúde pública, mas talvez não em Lages, por busca de melhoria de salário, já foi feita reunião com os superiores para melhoria de salário, mas eles falaram que não vai melhorar porque se a gente não quer, tem gente que quer. (P33D)

Em todos os trabalhos da enfermagem envolvem riscos e falta de insalubridade, e o salário te perde as forças de você vir, marcar uma consulta demora demais por ter pouca gente na equipe, você precisa de visita, mas é só um técnico para uma equipe enorme, isso deixa a desejar, falta de mais profissionais trabalhando, falta de insalubridade para te animar, um salário um pouco melhor, o próprio vale, falta incentivo, deixa a gente desamparado e insatisfeita. (P36TE)

Meu regime de trabalho na prefeitura eu não posso reclamar, eu já sabia que era isso quando eu me propus a trabalhar aqui. Só que realmente tem algumas coisas no nosso estatuto que eu não vejo acontecer. Eu lembro quando eu estudava para o concurso, tinha lá o plano de carreira e a gente não tem, a insalubridade a gente não tem, eu trabalho com material biológico, saliva por exemplo. Insatisfatório falta de insalubridade e plano de cargos e salários. (P31D)

O descontentamento com a remuneração é o aspecto que mais impacta na percepção de carga de trabalho entre os profissionais da APS. Isso pode ser explicado

pelo maior índice de exaustão e sobrecarga dos profissionais que não são bem remunerados. O baixo nível salarial é visto como uma limitação profissional, por não possibilitar aos trabalhadores notar qualquer perspectiva de futuro na profissão em que trabalham e por não favorecer o trabalho executado com mais compromisso e envolvimento. À medida que o profissional se sente desvalorizado, o mesmo começa a não se dedicar mais no trabalho e se torna desmotivado a se capacitar e buscar formação complementar (ASSIS, 2019).

Fica evidente que se tem uma grande necessidade de investimentos por parte da gestão, em estratégias de melhorias salariais, sendo que isso pode influenciar no desempenho do profissional, na qualidade de vida dele dentro e fora da ESF e na permanência ou abandono da profissão (SORATTO et al., 2018).

Frente disso, o Plano de cargos, carreira e salários (PCCS) é considerado um instrumento importante para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde. O PCCS possibilita crescimento profissional, sendo que o profissional ao notar oportunidades de desenvolvimento dentro de uma organização, ele começa a enxergar novas oportunidades dentro do ambiente, motivando-se para o trabalho e inspirando-se em seu planejamento pessoal. Tudo isso integrado desenvolve motivação e comprometimento pelo profissional, gerando resultados positivos para a gestão (MENDES et al., 2018).

5.1.3 Déficit de estímulo profissional e formação continuada

Nessa subcategoria abrangeu 16,5% das respostas, a falta de valorização; a falta de capacitação ao começar a função e as mudanças constantes de protocolos foram os códigos mais citados nesta subcategoria.

A falta de reconhecimento, de valorização e de incentivo faz com que os profissionais percam o desejo de trabalho, de melhorar a assistência e com que se sintam esquecidos pelos gestores.

Às vezes até mesmo uma coisa que eu noto que a gente não tem é um elogio da coordenação: “Há o teu trabalho está muito bem feito” “Parabéns” “Continue assim”, você tá fazendo tudo certo” nem isso, às vezes reconhecido nem só financeiro né. Mas também aquele reconhecimento que tá fazendo o teu trabalho (P22E)

Eu me disponibilizei a ajudar na vigilância no início um dia aqui eu ia para a vigilância trabalhar, fui e não fui recompensada de nenhuma maneira, tipo tirar uma folga. Depois ajudei lá na secretaria, fazendo a unidade sem médico para ajudar quando precisava de atendimento, eu ia. Não tive nenhuma recompensa, então porque vou me dispor se a prefeitura precisa de novo para ajudar? Eu não ganho nada em troca. Então é isso que eu sinto, que por mais que eu queira me esforçar mais, a dar um atendimento melhor, fazer mais medidas, às vezes com as gestantes eu me empolgo, eu quero fazer programa, eu quero fazer programa para diabéticos. Eu não tenho estímulo. (P23M)

A valorização do trabalho é de extrema importância para um trabalho satisfatório, e deve acolher os esforços, as dúvidas, as decepções e os desânimos dos profissionais. O valorizar não consiste em só valorizar a quantidade e qualidade das suas ações, inclui reconhecer o profissional como um ser humano, com habilidades e contribuições singulares nas ações que pratica. Reconhecer também é considerar aquele que se beneficia um pertencimento coletivo, a uma equipe ou um ofício e não devem existir julgamentos da pessoa que trabalha, mas sobre o fazer e sobre o trabalhar (SORATTO et al., 2017).

O se sentir valorizado e ter reconhecimento pelo o que se pratica, é conhecido pelos profissionais como um sentimento de aceitação e aprovação no ambiente de trabalho, sendo de suma importância vital para a saúde do trabalhador (OZANAM et al., 2019).

A falta de capacitação profissional faz com que os profissionais de saúde sintam dificuldades e inseguranças ao desenvolver suas funções, prejudicando a qualidade dos atendimentos.

Quando eu entrei, eu tinha dificuldade, eu sentia que as pessoas não tinham paciência, porque às vezes a gente perguntava alguma coisa que era óbvio e não tinha paciência só que eu não sabia nada... então precisava perguntar. Hoje eu já tenho mais segurança de conversar, de perguntar, não sei, acho que assim, falta informação para gente né, vindo desses setores. (P20IN)

Acho que a estratégia de saúde da família desde que eu ingressei nela mudou muito. Não temos mais a qualificação profissional que

tínhamos no início da estratégia, as pessoas que têm uma experiência maior elas têm um tipo de perfil maior pois fomos capacitados para trabalhar na saúde da família. E os profissionais que foram ingressando recentemente não tiveram a mesma qualificação, então existem divergências do entendimento do que é saúde da família. (P46E)

Falta à gente ficar mais ciente dos fluxos, principalmente, porque toda hora muda eu vou recebendo todos os e-mails, eu faço uma pasta, mas assim, quando eu recebo alguma coisa eu não tenho segurança de encaminhar conforme aquele fluxo que eu recebi a três meses atrás. Porque eu acho que já mudou, então eu sempre tenho que ligar para aquele setor e perguntar: é assim ainda? E de um paciente assim, assado então [...] eu tenho uma dificuldade com isso, e eles também, toda hora muda, toda hora muda. Então é uma dificuldade e estou sempre ligando e perguntando. (P20E).

No cenário da ESF, é necessário profissionais atualizados e preparados, com competências específicas, para que possam ofertar assistência às demandas dos usuários desse serviço, faz se necessário o maior comprometimento dos gestores em oferecer capacitações, de forma que possibilite a qualidade da assistência prestada e melhores condições de trabalho (CELESTINO et al., 2020). E que possa atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas, possibilitando o aperfeiçoamento profissional (NETO, 2019).

Sendo assim, o termo “educação continuada” surge como uma estratégia para responder às necessidades específicas individuais ou coletivas dos profissionais de saúde que estão nos serviços, com o objetivo de preencher lacunas de conhecimento para proporcionar benefícios tanto a esses profissionais como à comunidade.(VIDAL; DE SOUZA; SINIAK, 2017). Sendo um importante processo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vínculo dos profissionais com a população, característica que embasa todo o trabalho da ESF (NETO, 2019).

5.1.4 Dificuldades estruturais e institucionais para assistência à saúde

Esta subcategoria abrangeu 16,2% das respostas. Apresenta 4 códigos, sendo os principais, a falta de recursos financeiros e materiais e a estrutura física.

A unidade tem que resolver 80% dos problemas, mas a gente não tem acesso às ferramentas para resolver 80% dos problemas. (P23M)

Há falta de insumos ou materiais no meu dia a dia que me impossibilita de fazerem tudo o que eu necessito realizar aqui. (P38D)

O atendimento seria melhor, a parte física, se fosse maior, ajudaria a fazer os grupos, aqui não podemos fazer os grupos, isso é mais ou menos uma insatisfação. (P53E)

Um dos principais objetivos da gestão voltada a ESF é a funcionalidade dos serviços. Para que as intervenções realizadas na ESF sejam conforme a PNAB estabelece, tem-se a necessidade primeiramente da garantia de elementos essenciais como: a existência de estrutura física da forma correta e de materiais necessários para a assistência em saúde nas boas condições de uso. A ausência de materiais intervém na oferta de forma correta dos serviços, desenvolvendo prejuízos, e até mesmo interrupção da assistência em saúde (SORATTO et al., 2017).

Sendo que nas práticas dos profissionais das UBS a falta de recursos materiais dificulta o desenvolvimento dos serviços, que acabam sendo interrompidos ou não realizados, gerando insatisfação (MOURA et al., 2018).

Nesse contexto, a questão da alocação de recursos materiais e estrutura física dependem da Secretaria Municipal de Saúde, é de conhecimento público a importância de priorizar os investimentos por parte dos órgãos competentes, para uma melhor distribuição e aproveitamento do espaço físico no atendimento ao usuário. Um local de trabalho com condições adequadas resulta em conforto aos profissionais e suas consequências positivas são observadas na forma de resolutividade e satisfação da população atendida (MOURA et al., 2018).

5.1.5 Problemas relacionados à carga horária

Essa subcategoria ficou com 5,4%, a que menos obteve respostas. Nessa subcategoria, foi contemplado os seguintes códigos: carga horária; tempo de lazer ou com a família e cumprimento de horário.

Os profissionais relatam em suas falas que não possuem folgas, a carga horária excessiva de 40 horas semanais os faz levar problemas do serviço para resolver em casa, e que devido a isso essas situações interferem no tempo de lazer ou com a família.

Na jornada de trabalho, eu não tenho nenhuma folga. Se eu tiver qualquer problema pessoal que eu tenha que resolver em horário comercial, não tenho como resolver. Eu não ganho nenhum tipo de folga, se eu fizer receitas fora do horário, nem se eu chegar e sair antes. Nada. Parece que você tem que viver exclusivamente do trabalho, se eu tiver qualquer problema, eu não tenho como resolver, eu não tenho uma folga. Aí nas campanhas de vacina, eu não sou chamada. Eu não tenho nem a possibilidade de ganhar folga. (P22M)

Interferiu que muitas vezes eu deixei de estar com meus filhos ou com meu marido, pra poder terminar o serviço que eu deveria estar fazendo nas minhas 40 horas semanais né. Então acabou interferindo, acabei perdendo algumas festinhas (risos) mas assim, acabei vendo que não estava valendo a pena, não tem como misturar, são duas coisas totalmente diferentes, e família é família. (P27TE)

Quando um profissional passa diversas horas do dia realizando uma tarefa e no final desse dia não consegue atingir a meta, ele pode apresentar sentimentos de frustração e estresse, indisposição para cuidar da saúde, sensação de improdutividade e cansaço crônico, além de não ter disposição para a família e relações sociais (DE ABREU, 2021).

Contudo, o tempo dedicado ao trabalho ocupa grande espaço na vida desses profissionais, a conciliação entre o tempo de trabalho e a vida pessoal ou familiar está relacionada à possibilidade de um trabalho satisfatório e afeta a qualidade de vida dos profissionais e das pessoas que os mesmos convivem (SORATTO et al., 2017).

Em relação a isso, o excesso de trabalho pode resultar em grandes consequências para o profissional da saúde, e colaborar para maiores chances de cometer negligências em determinadas condutas, podendo assim prejudicar a qualidade da assistência prestada pelo profissional, e gerar desgaste físico e prejuízo social para o trabalhador da saúde (SORATTO et al., 2018).

5.2 DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE GESTÃO, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Essa categoria aglutina 3 subcategorias, sendo: Lacunas existentes na comunicação entre a rede, aspectos comunicacionais entre a equipe e aspectos comunicacionais com o usuário. As sínteses dos achados estão expressas na tabela a seguir (tabela 3).

Tabela 3 - Dificuldades de comunicação entre gestão, profissionais e usuários das Equipes de Saúde da Família.

Subcategorias e códigos	N	%
Lacunhas na comunicação da rede assistencial de saúde (n=93; 52,5%)		
Comunicação vertical	27	15,3
Falta de escuta do gestor	14	7,9
Serviços burocráticos	12	6,8
Falta de planejamento	8	4,5
Relações mais políticas que profissionais	8	4,5
Déficit na comunicação com outros serviços	6	3,4
Incapacidade do serviço de suprir o que os usuários precisam	6	3,4
Sensação de invisibilidade diante do gestor	5	2,8
Falta representatividade da classe diante de gestores	3	1,7
Falta de agilidade nos encaminhamentos	2	1,1
Falta de supervisão/gestão ativa	1	0,6
Tratamento desigual entre clínicos e especialistas	1	0,6
Aspectos comunicacionais entre a equipe (n = 44; 24,9%)		
Relações conflitantes	25	14,1
Equipe divergente desunida	14	7,9
Correções são inadequadas injustas	2	1,1
Passividade das pessoas diante do errado	2	1,1
Descontinuidade de programas	1	0,6
Comunicação com o usuário (n = 40; 22,6%)		
Percepção da população em relação ao serviço público	23	13,0
Pacientes não tem auto responsabilidade	14	7,9
Desmotivação	2	1,1
Educação das pessoas em relação a saúde	1	0,6
Total	177	100

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.2.1 Lacunas existentes na comunicação da rede assistencial de saúde

Essa subcategoria apresentou 52,5% das respostas, apresentando 12 códigos. A comunicação vertical, a falta de escuta do gestor e serviços burocráticos foram os códigos que mais apresentaram insatisfação pelos profissionais da APS nesta subcategoria. Os profissionais relataram nas falas que a gestão organiza os fluxos da rede de maneira hierárquica e impõem sem realmente acolher a equipe da frente assistencial.

E às vezes, eu sinto, não por mim, na minha pessoa, mas eu percebo que há muita coisa imposta, impõem as coisas e tem que fazer, não te perguntam se realmente aquilo ali serve pra ti na ponta. Se isso é viável, isso vai te ajudar na tua Unidade, um trabalho que pode facilitar tua vida, não! Não perguntam! Apenas impõem...(P18E)

Faltam alguns ajustes, nos da ponta com alguém que está na parte administrativa. Com relação à falta de comunicação, isso incomoda um pouco porque às vezes a gente precisa ser os primeiros a saber, e às vezes não somos, então eu acho que isso é uma pequena falha que foi bastante corrigida nos últimos tempos, principalmente pela falta de comunicação. (P44E)

Mesmo com inúmeras formas de comunicação se desenvolvendo ao decorrer dos tempos, ainda se encontra dificuldades durante a comunicação, e isso pode ocorrer seja ela, no relacionamento pessoal ou profissional. A falha de comunicação têm um papel de suma importância na área da saúde, pois estas podem influenciar diretamente no atendimento e assistência prestada ao usuário e acarretando erros irreversíveis (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019).

Ademais, temas como comunicação com a gestão estão também presentes e trazem a necessidade de melhorar a comunicação entre os gestores e os profissionais, promovendo uma gestão mais participativa, com o objetivo de possibilitar a todos os profissionais a oportunidade de se comunicar mais em atividades de criação e implantação de novos projetos. (TAMBASCO et al., 2017).

Diante dessa situação, para que a comunicação não seja restritiva, mas sim, uma consolidação das informações, sugere-se aos gestores a importância de investir em processos comunicacionais específicos, como a comunicação presencial, feedback, reunião de equipe ou comunicação verbal escrita (ANDRADE, 2020).

Nas falas os profissionais citam que a gestão não considera as suas opiniões e que os mesmos se sentem desamparados e sem acolhimento para resolver as situações do dia a dia. Além disso, referem que sentem falta de espaços para dialogar e que acolha suas angústias. Destacam que um fator que gera insatisfação é a falta de resposta frente aos problemas que os profissionais levam a gestão.

O que está me deixando um pouco insatisfeita mesmo, é a parte de gerenciamento da Atenção Básica, quando tinha a sala de situação, sentia mais amparada, todo dia tinha e-mail, tinha conversa, tinha diálogo, a gente estava amparado, a gente sabia do que estava acontecendo, a gente tinha a quem recorrer e a resposta era rápida, a gente estava amparado. Atualmente eu me sinto, desamparada, pela

parte gerencial mesmo, assim, eu sinto que a gente está tipo assim “largado” e se “virem”, se eu tenho alguma queixa eu tenho alguém a recorrer, eu posso até me queixar mais não sei se eu vou ser ouvida né?! Com vocês eram diferentes, quando tinha a fala de situação, a gente era ouvido. Então isso tá me deixando insatisfeita, atualmente... (P16E)

Eu percebia, eu sentia um pouco assim também, um pouco de muito assim, as reuniões a gente sempre se queixou, as reuniões eram atolado de pauta e não tinha um espaço pra gente dialogar, pra gente conversar, quando a gente queria falar alguma coisa [...] aí até uma época foi sugerido a reunião distrital pra gente ter mais...mais.espaço para colocar as angústias, mas não foi pra frente. Então antes já era assim também essas reuniões de gerência, aí depois mudou que a gerência não era só enfermeiro, podia ser qualquer outra pessoa com ensino superior. Então a gente não tratava as angústias da enfermagem nas reuniões, eram reuniões de gerências só para ouvir, ouvir, ouvir e trazer para a Unidade e aplicar. E as nossas angústias nunca são ouvidas. Então já era assim antes, agora piorou (risos) (P16E)

As barreiras na comunicação com a gestão e com a equipe são fatores que geram estresse e causam problemas de saúde física e psíquica dos profissionais. O despreparo dos gestores, seja pela falta de experiência no cargo, ou pelas relações hierarquizadas, verticalizadas e autoritárias, desenvolve sobrecarga de trabalho entre os profissionais (ASSIS, 2019).

Os trabalhadores de saúde que atuam na linha de frente do cuidar precisam ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores. Nesse contexto, a comunicação com uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas desenvolve a cultura de segurança do paciente (ANDRADE, 2020)

Neste caso, reforça-se a necessidade de desenvolver atividades que visem o acolhimento das demandas subjetivas dos profissionais, a realização de capacitações e espaços em que seja valorizada a troca de experiências entre os profissionais (ASSIS, 2019).

Os participantes do estudo relatam insatisfação com os serviços burocráticos e citam em uma das suas falas que isso é serviço administrativo e que deveriam ser feitos por um “administrativo”.

Totalmente, por exemplo, a gente tem uma funcionária que foi realocada porque ela é do grupo de risco, aí a gente ficou sem uma técnica de enfermagem, então eu estou fazendo o trabalho lá da recepção. Veio uma estagiária, mas ela fica só de manhã, então a tarde fica só eu e uma técnica que é vacinadora, a gente acaba fazendo serviços administrativos. (P17E)

A gente tem muito trabalho burocrático que poderia ser feito por um administrativo, que é uma solicitação nossa. (P18E)

A quantidade excessiva de trabalho é caracterizada pelo processo burocrático que ocorre no cotidiano da ESF. A burocracia é a priorização das normas e regras, da forma que ao levar em conta os interesses da gestão, desconsideram-se o profissional e a assistência por ele prestada, dificultando uma prática assistencial mais flexível e satisfatória no trabalho (MILANEZ et al., 2018).

Os estudos mostram os sentimentos gerados pela equipe de enfermagem, entre o gostar do que faz e o fato de se sentirem tristes e culpados pelo excesso de trabalho burocrático em detrimento do trabalho assistencial. Esses profissionais sentem negligência aos cuidados e queda da qualidade da assistência aos pacientes por causa das cobranças relacionadas às atividades administrativas. Nessa situação, a insatisfação está relacionada à perda do cuidado direto com o paciente, a frustração e a perda do seu papel (OZANAM et al., 2019).

5.2.2 Aspectos comunicacionais entre a equipe

Essa subcategoria ficou com 24,9% das respostas dos participantes, totalizando 5 códigos, sendo os mais citados: Relações conflitantes e equipe divergente desunida. Nas falas desses códigos os profissionais referem que falta mais união, comprometimento, integração, comunicação, compreensão dos membros da

equipe, e citam que muitos conflitos gerados dentro da equipe são porque muitos profissionais levam para o lado pessoal.

As equipes de estratégia de saúde da família no princípio genuíno quando eu aprendi a conhecer estudei é de os profissionais formariam realmente uma equipe que as trocas seriam eventualmente por necessidade talvez do profissional saiu do local de trabalho, mas não tem muita troca, formar uma equipe de trabalho mais coesa, isso que eu sinto a dificuldade. (P7D)

Então tem bastante disso de conflitos assim, entra algumas questões pessoais também, que acabam levando para o lado pessoal, mas eu tento ficar tranquila às vezes, mas às vezes eu fico revoltada, choro até, para mostrar também o que a gente está sentindo. (P10E)

Os profissionais no local de trabalho necessitam aprender a interagir com o próximo, e a prática desenvolvida em equipe não se estabelece de modo automático, é preciso um processo de desenvolvimento de habilidades e capacidades, que iniciam desde a inteligência emocional até a vivência da dinâmica interpessoal e intergrupar (MILANEZ et al., 2018).

Para reduzir a insatisfação dessas relações há uma necessidade de superar a perspectiva de produção do trabalho e aprender a conviver no trabalho, pois é no encontro entre o trabalho real e o trabalho coletivo que se consegue enfrentar as insatisfações (SORATTO et al., 2017).

Diante disso, encontros facilitadores de diálogos mostram ser um recurso eficiente para ajudar no desafio de criar vínculos e reduzir a falta de comunicação na equipe de saúde. Isso traz para a realidade do SUS, um recurso que pode ajudar na integralidade multiprofissional e desenvolver um espaço que possa haver discussões sobre as diferenças, desafios enfrentados no trabalho e fortalecimento dos vínculos na equipe. Tornando o trabalho nas UBSs mais unidas, sendo eficiente e prazeroso para os profissionais (OZANAM et al., 2019).

5.2.3 Aspectos comunicacionais com o usuário

Essa subcategoria teve 22,6% das respostas dos profissionais de saúde, abrangendo quatro códigos, sendo os que possuem mais destaques: a percepção da população em relação ao serviço público e os pacientes não tem auto responsabilidade e não entendem as limitações na demanda. As falas mais citadas pelos profissionais são a falta de educação e respeito com o servidor público; falta de paciência na espera dos atendimentos e pouca coparticipação dos pacientes no seu tratamento, gerando maus entendimentos dos usuários com os profissionais de saúde, causando insatisfação.

Acho que os usuários ainda precisam ser melhor orientados pelo serviço na atenção básica, eles chegam com expectativas que nem é nossa atribuição atender, seria atribuição de outros pontos da rede né. Então precisaria informar melhor a população sobre isso, tenho percebido nesses anos que tenho na atenção básica que o nível de agressividade dos usuários tem aumentado. Então eles chegam de uma forma mais agressiva, é ótimo que eles tenham conhecimento e exijam os direitos assistenciais, mas falta às vezes um entendimento de que todo serviço tem normas e regras de organização. Tem normas para inclusão de usuários e às vezes eles não querem aceitar a forma de organização de processo da equipe. (P46E)

Quando o paciente não colabora, depende muito né, meu trabalho depende muito da coparticipação do paciente e por mais que você oriente que você faça seu trabalho nem sempre ele faz a parte dele então isso é complicado. (P7D)

Trabalhar na ESF implica em aprender a conviver com as diferenças. Essa convivência nem sempre é congruente, porque muitos usuários da ESF desrespeitam os profissionais, não se mostram dispostos a responder ao tratamento oferecido, nem colaboram para uma boa relação entre os mesmos, gerando insatisfação ao profissional (SORATTO et al., 2018).

Os profissionais da saúde podem desenvolver redução do desempenho, redução da satisfação com o trabalho e apreensão quanto a ocorrência de situações

similares. Como consequência, essa situação acaba afetando a saúde mental do trabalhador (ROCHA et al., 2022).

Portanto, através da educação em saúde os usuários têm acesso a informações e orientações que podem promover mudanças de comportamentos e hábitos que geram melhores resultados em sua qualidade de vida. A educação em saúde constitui um instrumento para a promoção da saúde das pessoas e comunidades por meio de saberes técnicos e populares, e recursos institucionais e comunitários (ERNANDES; VELOSO; RIBEIRO, 2020).

5.3 SOFRIMENTO FÍSICO E MENTAL COMO COMPONENTE INSATISFATÓRIO

Essa categoria aglutina 5 códigos, dentre eles: abalos na saúde mental; perda de funções laborais ou produtividade; possibilidades de problemas ergonômicos; perda de sono e sofrimento pela angústia dos pacientes (tabela 4).

Tabela 4 – Sofrimento físico e mental como componente insatisfatório.

Códigos	N	%
Abalos na saúde mental	17	47,2
Perda de funções laborais ou produtividade	5	13,9
Possibilidades de problemas ergonômicos	6	16,7
Perda de sono	4	11,1
Sufrimento pela angústia dos pacientes	4	11,1
Total	36	100

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A sobrecarga de funções e de trabalho em consonância com a falta de estrutura e de materiais gera aflição nos profissionais de saúde, devido não conseguirem resolver as necessidades dos seus pacientes, causando crises de ansiedades, choros, insônia e sentimentos de tristeza.

Eu não fui em consulta de psiquiatra ou qualquer outro tipo, mas eu faço acompanhamento com a psicóloga, é devido à sobrecarga de trabalho, sobrecarga de funções, é muita coisa e muita informação que a gente recebe e pouco material para lidar com tudo o que eles querem que a gente faça, a gestão. Então isso me dá muita ansiedade, tenho bastante ansiedade, problemas para dormir à noite, durante o dia quando vejo algum paciente chegando já fico aflita, penso: “será que

vou conseguir resolver o problema dele” quando chega alguma coisa que não consegui resolver naquele dia, já fico aflita, porque eu tenho que resolver. Só que muitas coisas não dependem só da gente, principalmente nessa parte quando chega na gente e daí não depende mais de nós, daí eu fico bem ansiosa, tenho bastante problemas com isso. (P21E)

A ansiedade é responsável por uma variedade de sintomas fisiológicos e psicológicos, várias teorias surgiram para explicá-la, tanto teorias que dão ênfase à mente, aquelas em relação à psicossomática, quanto as que enfatizam o sistema biológico. A ansiedade é gerada quando ocorrem situações com acúmulo de problemas, horários a cumprir, lidar com doenças entre outras situações. (SANGALETTI; CERETTA; SORATTO, 2018)

E no ano de 2020 foi marcado pela mudança de rotina dos trabalhadores de saúde, sintomas de depressão, ansiedade e estresse, tem sido observados nos profissionais de saúde por estarem em contato com os infectados e todos os dias estarem se expondo aos riscos. Diante dos sintomas de ansiedade, os profissionais se sentem ineficazes e impotentes mediante o que ocorreu, aumentando a tensão e encontrando menos respostas para a solução (SOUZA, 2020).

Essas situações as quais os profissionais passam diariamente podem ter grande impacto na própria saúde mental dos mesmos, e não somente situações relacionadas às condições externas, mas também de ordem constitucional que exercem grande influência no surgimento e agravos de transtornos mentais (SAMPAIO; OLIVEIRA; PIRES, 2020).

Ter um ótimo ambiente de trabalho é um fator importante para que o profissional se sinta motivado e satisfeito com o trabalho que executa. Os sentimentos de desmotivação e desvalorização, desenvolvidos pelas condições de trabalho desfavoráveis, influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada. (MENDES et al., 2018)

Além disso, os movimentos repetitivos realizados no dia a dia fazem com que os profissionais de saúde desenvolvam dores, fazendo com que os mesmos se sintam preocupados e com medo de não conseguirem mais desempenhar suas funções e resultar em perda do seu emprego.

Tem uma coisa bem complicada na prefeitura, não sei se nas outras empresas é assim também, imagino que seja, que velho não serve mais. Velho que digo no sentido assim, quando começa a adoecer as pessoas começam a te jogar, ninguém mais quer. Não consegue mais desempenhar todas as funções que você desempenhava, então assim, nos últimos anos tenho tido problemas de saúde e tal, tenho laudo médico com restrições assim, e essa tem sido minha rotina. (P14TE)

A gente tem que fazer realmente o procedimento, a gente prejudica o nosso físico né, começa a ter dores na coluna, ombros e braços, nas mãos. (P37D)

Sim, tenho bursite, túnel do carpo nas duas mãos, bastante dor às vezes eu tenho que parar porque trava os dedos, principalmente os polegares, então realmente tem causado sim. (P37D)

Os profissionais da saúde frente às suas atividades laborais são um grupo altamente susceptível a desenvolver problemas relacionados à saúde física e mental, devido ao trabalho executado, incluindo situação desgastante que encaram em suas atividades diárias, como a alta demanda de serviços e diversos fatores psicossociais que recebem de seus pacientes. O desgaste físico desses profissionais pode levar a sintomas como: fadiga, dor não localizada, insônia, alterações no sistema cardiovascular e gastrointestinal (MACHADO; SANTOS, 2019).

Quando susceptíveis aos riscos ergonômicos, podem adoecer física e mentalmente, por causa das mudanças nos processos de trabalho, associadas ao ritmo intenso e longas jornadas de trabalho. Como consequência disso resulta em pior qualidade de vida e a incapacidade definitiva para retornar à prática. (DE ANDRADE; SANTOS; TORRES, 2018)

Diante disso, para se realizar um efetivo programa de prevenção de doenças ocupacionais, é importante garantir a responsabilidade da gestão no sentido de incentivar os profissionais na solução dos problemas, ou seja, reconhecer e participar ativamente, sendo corresponsáveis pela própria saúde. Nesse sentido, avaliar e cuidar das condições psicofisiológicas dos profissionais resulta em benefícios para a gestão como a diminuição de despesas por afastamentos médicos, acidentes e

lesões, e aumentam a qualidade e produtividade dos profissionais (FELICIO et al, 2019).

As limitações do estudo se restringem ao período realizado da coleta de dados, pois foi durante a pandemia de covid19, e os resultados podem indicar um recorte de um momento impar que em há possibilidade de não expressar a realidade do objeto investigativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo considera que a insatisfação dos profissionais que atuam em eSF em cinco cidades do Estado de Santa Catarina vincularam - se as condições de trabalho, falhas na comunicação e a situações que colaboram para o sofrimento mental e físico.

A insatisfação associada as condições de trabalho das eSF foram materializadas por sobrecarga de trabalho ou equipe subdimensionada, fragilidades nas conquistas das garantias dos direitos trabalhistas e no desenvolvimento da formação em serviço. Também ainda ficou explícito dificuldades estruturais para garantia de assistência à saúde com qualidade.

Outro aspecto de insatisfação foram as dificuldades de comunicação entre gestão, profissionais e usuários das eSF, expressadas por desenvolvimento de uma comunicação vertical, falta de escuta do gestor de saúde, relações de trabalho conflitantes e decorrência de equipe desunida.

Por fim, o sofrimento físico e mental como componente insatisfatório, associado a dificuldades de manejo de processos subjetivos com prejuízo as funções laborais e reflexo no ambiente externo ao de trabalho.

As recomendações para eSF sugere-se melhorais na estrutura física e nos recursos materiais, objetivando maior resolutividade e maior satisfação profissional e para o usuários. Para isso torna-se necessário valorização dos processos de educação permanente, oportunizando espaços acolhedores, de aprendizagem e compartilhamento de experiências para os profissionais.

Sugere-se ainda que a gestão acolha e escute os profissionais de saúde e invista em políticas públicas os recursos humanos. Um dos aspectos importantes é a valorização de planos de cargos e salários com vistas a gerar novas possibilidades de crescimento e uma maior fixação do profissional no trabalho, diminuindo a rotatividade e aumentando a integralidade no trabalho em saúde.

Recomenda-se para os usuários que sejam realizados práticas de educação popular para informá-los sobre RAS, o SUS, as equipes da saúde da família e a importância de cada um deles na saúde pública uma vez que a falta de comunicação gera insatisfação e desentendimentos tanto entre a equipe, gestão e o próprios usuários.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.J. et al. Efetividade dos princípios do sistema único de saúde na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 21, n. 2, 2018.

ANDRADE, W.V. A comunicação entre gestores e equipes das Unidades de Pronto Atendimento 24h de Betim/MG. Belo Horizonte, 2020.

ASSIS, B. C. S. DE et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3134, 30 abr. 2020.

ASSIS, B. C. S. **Satisfação e Sobrecarga de trabalho entre profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde**. 2019. 124 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 02 de Agosto de 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 9 de Julho de 2021.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso: 9 de Julho de 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011html>. Acesso em: 9 de Julho de 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acessado em: 04 de Agosto de 2021.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 04 de Agosto de 2021.

CAMARA, E. A. R. DA; BELO, M. S. DA S. P.; PERES, F. Desafios e oportunidades para a formação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde: subsídios para estratégias de intervenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. e10, 2020.

CARDOSO, C. M. L. et al. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. spe, p. 89–95, jun.2016.

CELESTINO, L. C. et al. Capacitação profissional na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e3751, 23 jul. 2020.

COSTA, E. et al. Challenges in the work process in the Family Health Strategy. **Revista CEFAC**, v. 22, n. 2, p. e7619, 2020.

CONCEIÇÃO, L. A. C.; MARCELLOS, Lincoln Nogueira; RACHARD, C. D. A. Comunicação Organizacional: Com ênfase na equipe de saúde. **Revista Saúde em Foco [Internet]**, v. 11, p. 424-430, 2019.

DE ABREU, R. F. Alta produtividade e a relação com a síndrome de burnout. **Recisatec-Revista Científica Saúde E Tecnologia**, 2021.

DE ANDRADE, B. B.; SANTOS, L. D. F.; TORRES, L. M. OS RISCOS ERGONÔMICOS NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM. **REVES - Revista Relações Sociais**, v. 1, n. 3, p. 0498–0510, 17 out. 2018.

DEJOURS, C.; DOMINIQUE, D.; FRANÇOIS, D. Por um Trabalho, Fator de Equilíbrio. São Paulo, p.98-104. Mai/Jun. 1993.

DEJOURS, C. O medo e a precarização do trabalho. Entrevista. Revista IHU On-Line, n. 181, 2006.

DEJOURS, C. “Trabalhar” não é “derrogar” [1]. **Laboreal**, v. 7, n. 1, 1 jul. 2011.

DEJOURS, Christophe. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, v. 17, p. 363-371, 2012.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS, C.; BARROS, J. D. O.; LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 228, 17 ago. 2016.

ERNANDES.G.D.; VELOSO.S.R.; RIBEIRO.D. Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. *JournalofNursing& Health*, 2020, 1-11.

FELÍCIO, H. A. et al. Qualidade de vida, condições ergonômicas e presença de dor entre profissionais de um laboratório de saúde pública. 2019.

FIDELIS, F. A. M. et al. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200309, 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FOGAÇA, Priscila Carvalho; AROSSI, Guilherme Anzilero; HIRDES, Alice. Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral: Uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 4, pág. e52010414411-e52010414411, 2021.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, jun. 2018.

LIMA, G. K. M. DE; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. DE A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 774–789, set. 2020.

MACHADO, R. R.; SANTOS, A. F. Prevalência da Dor em Profissionais da Saúde. **Revista Saúde em Foco**, v. 6, n. 2, p. 17–28, 1 jul. 2019.

MAISSIAT, G. DA S. et al. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42–49, jun. 2015.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, fev. 2016.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

MENDES, T. DE M. C. et al. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 849–861, out. 2018.

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

MINAYO GOMEZ, C. Reflexiones sobre lasaluddelasylostrabajadoresen Brasil. **SaludColectiva**, v. 14, n. 4, p. 649, 16 dez. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MORSE, Janice. Metodologia de Investigação Qualitativa. Coimbra: Formasau, 2007.

MOURA, M. D. S. DE et al. Avaliação da estrutura organizacional na atenção básica em um município do Pará. **Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia**, v. 2, n. 2, 2018.

NETO, G.M.C. Projeto de intervenção em capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família sol nascente no município de Ituiutaba, Minas Gerais. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

NUNES, A. C. B.; PIRES, D. E. P. DE; MACHADO, R. R. Satisfação e insatisfação no trabalho de gestores na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 14 jan. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 365–371, abr. 2017.

OLIVEIRA, J. F. DE et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2593–2599, jul. 2019.

OZANAM, M. A. Q. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 6, p. 6156–6178, 2019.

PRADO, M. L. et al. El diseño en la investigación cualitativa. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: Paltex, 2008.

ROCHA, G. S. DE A. et al. Suffering and defense mechanisms: an analysis of the work of Primary Health Care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 3, p. e20200419, 2022.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SAMPAIO, L. R.; OLIVEIRA, L. C. DE; PIRES, M. F. D. N. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. **Ciências Psicológicas**, 17 jul. 2020.

SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.

SAMPAIO, L. R.; OLIVEIRA, L. C. DE; PIRES, M. F. D. N. Empatia, depressão,

ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. **Ciências Psicológicas**,
17 jul. 2020.

SANGALETTI, Juliana; CERETTA, Luciane Bisognin; SORATTO, Maria Tereza. Ansiedade dos enfermeiros na estratégia de saúde da família. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 2018, 234-248.

SANTOS, I.; GABRIEL, M.; MELLO, T. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. v. 7, p. 382–391, 20 fev. 2020.

SCHERER, M. D. DOS A. et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 89–104, nov. 2016.

SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 21 set. 2017.

SORATTO, J. et al. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 69–78, fev. 2018.

SOUZA, Marina Nunes. Incidência de sintomas de ansiedade em profissionais da área da saúde atuantes no combate à pandemia da COVID-19. **Psicologia-Tubarão**, 2020.

VITALI, M. M. et al. Job satisfaction and dissatisfaction in primary health care: an integrative review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20180181, 2020.

TAMBASCO, Letícia de Paula et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 140-151, 2017.

VIDAL, C. P.; DE SOUZA, M. M.; SINIAK, Débora Schlotefeldt. A importância da educação continuada com os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. *Sanare-Revista de Políticas Públicas*, 2017, 16.1.

7 APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC

Bloco S - 1º Andar – Sala 25 | Fone (48) 3431 2723

Título da Pesquisa: Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Estado de Santa Catarina.

Objetivo: Analisar os aspectos geradores de satisfação e insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Estado de Santa Catarina.

Período da coleta de dados: 01/01/2020 a 30/09/2020

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos/45 dias

Local da coleta: Estratégia Saúde da Família do Município de Criciúma, Blumenau, Lages, Florianópolis, Chapecó e Joinville.

Pesquisador responsável /Orientador: JacksSoratto **Fone:** (48) 9 9934-7881

Auxiliar de pesquisa: MarieliMezariVitali

Fone: (48) 9 8818-9782

Pesquisador/Acadêmico:

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº466 de 2012 e nº 510 de 7 de abril de 2016 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
Entrevistas semiestruturadas: compostas por perguntas fechadas e abertas, que buscarão identificar e caracterizar os aspectos que se relacionam ao trabalho na Estratégia Saúde da Família e sua inter-relação com a satisfação e insatisfação. Observação indireta: da estrutura física e do processo de trabalho registradas em diário de campo.
RISCOS
A sua participação não envolverá riscos físicos. Pelo caráter interacional da coleta de dados poderá incorrer em possíveis desconfortos que se restringe a problemas de comunicação, entretanto, você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
BENEFÍCIOS
A sua participação trará benefícios para o setor saúde, de modo a permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação dos trabalhadores da ESF, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde, melhorias para a saúde do trabalhador e/ou consequentemente uma assistência à saúde de maior qualidade.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante _____ Assinatura Nome: _____ CPF: _____ . _____ . _____ - _____	Pesquisador Responsável Jacks Soratto Assinatura Nome: _____ CPF: 00767472985

Criciúma, ____ de _____ de 2018.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome: ____
2. Idade:
3. Sexo:
4. Profissão/atuação na equipe:
5. Escolaridade: () Ensino Fundamental () Curso Técnico () Graduação
 () Especialização/Residência na área de ____ e onde ____ () Mestrado na área de ____ e onde ____
 () Doutorado na área de ____ e onde ____

6. Tempo de experiência profissional:
- 6.1 Tempo de exp. profissional na ESF:

7. Tipo de contrato e Jornada de trabalho:
- a) Tipo de contrato na ESF:
- b) Jornada de trabalho na ESF:
- c) Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo)?
- d) Horas diárias trabalhadas no outro/os emprego/os:
- e) Jornada semanal total:

Parte II – ENTREVISTA

8. Motivação para trabalhar na ESF (por que você está trabalhando na ESF?).
9. Pense no seu trabalho diário. Relacione os aspectos/fatores que tem contribuído para seu trabalho na ESF ser mais **satisfatório/prazeroso**?
10. Pense no seu trabalho diário. Relacione os aspectos/fatores que têm contribuído para seu trabalho na ESF ser **mais insatisfatório**?
11. Pense no seu trabalho diário e considere os aspectos positivos e negativos que contribuem para a sua satisfação ou insatisfação no trabalho, relacionados a:
 - a. Forma que o trabalho é organizado.
 - b. Composição da equipe, divisão do trabalho na equipe e na sua categoria profissional.
 - c. Relações de trabalho, na sua categoria profissional, com os demais profissionais de saúde, com os ACS, com as chefias, direção e demais setores/serviços da instituição.
 - d. Relações com os usuários e familiares.
 - e. Condições de trabalho e direitos trabalhistas (salário, regime de trabalho, duração da jornada de trabalho, tipo de contratação, garantia no emprego).
12. O trabalho na ESF tem causado dano à sua saúde (doença, acidente, sofrimento) ou a de algum colega que você conhece? Explique essa relação e se essa situação contribui ou influencia na sua satisfação e insatisfação no trabalho.
13. Você leva trabalho para casa? Como isso interfere na sua vida.
14. Cite:
 - a) Três principais motivos de satisfação no trabalho.
 Primeiro motivo:
 Segundo motivo:
 Terceiro motivo:
 - b) Três principais motivos de insatisfação no trabalho.
 Primeiro motivo:
 Segundo motivo:
 Terceiro motivo:

Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

Anexo B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data: ___ / ___ / ___

Local: _____

Hora de início: ___:___ h e de término: ___:___ h.

Aspectos observáveis
Estrutura/instrumentos:
Processo de trabalho:
Intercorrências:
Reações:
Outras observações

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Jacks Soratto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23579519.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.675.401

Apresentação do Projeto:

Dentro das exigências metodológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Descrito e passivo de serem atingidos pela metodologia proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito no projeto seguindo exigência das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do CNS - Conselho Nacional de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante para ter uma visão, dentro das maiores cidades do Estado, sobre a situação da saúde com quem trabalha na Saúde e propor políticas publicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos exigidos.

Recomendações:

Concluída a pesquisa, deve ser anexado a esta plataforma, o relatório final incluindo análise dos dados e conclusões do estudo. Para os trabalhos de conclusão de curso, pode ser anexado o trabalho final, para as demais pesquisas, está disponível um modelo de relatório na página www.unesc.net.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cefica@unesc.net

Continuação do Parecer: 3.675.401

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1450734.pdf	10/10/2019 18:45:26		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	10/10/2019 18:44:25	Jacks Soratto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisasatisfacaoeinsatisfacaodosprofissionais.docx	09/10/2019 22:59:10	Jacks Soratto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tolesatsc.docx	09/10/2019 22:57:07	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceitejoinville.docx	09/10/2019 20:13:06	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceitelages.docx	09/10/2019 20:04:45	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceitecriciuma.pdf	09/10/2019 19:58:49	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceitechapeco.pdf	09/10/2019 19:57:48	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceitefloripa.pdf	09/10/2019 19:56:34	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceiteblumenau.pdf	09/10/2019 19:55:22	Jacks Soratto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
 Bairro: Universitário CEP: 88.806-000
 UF: SC Município: CRICIUMA
 Telefone: (48)3431-2606 E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC 

Continuação do Parecer: 3.675.401

CRICIUMA, 31 de Outubro de 2019

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário CEP: 88.806-000
UF: SC Município: CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 E-mail: cetica@unescc.net