

**FACULDADES INTEGRADAS DE TAQUARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

EDEMILSON PICHEK DOS SANTOS

**RISCO DE ADOECIMENTO DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE: CENÁRIOS E DESAFIOS**

**Taquara - RS
2019**

EDEMILSON PICHEK DOS SANTOS

**RISCO DE ADOECIMENTO DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE: CENÁRIOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada como critério para obtenção de título de Mestre em Desenvolvimento Regional, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara - RS, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais.

**Taquara - RS
2019**

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente por sempre guiar os meus passos, desde o início dos meus sonhos lá na pequena cidade do Mato Grosso. Sou grato por todas realizações marcadas em minha vida e por sempre se fazer presente.

Aos Professores do mestrado pelo carinho, pelo compartilhamento do conhecimento e pelos ensinamentos de vida.

Aos amigos que o mestrado me apresentou. Em especial minha querida amiga Amanda Duarte Gomes da Silveira, que esteve comigo nos momentos difíceis e de alegria, que agora tornou-se minha madrinha e levarei eternamente em meu coração. A Samanta Andresa Richter companheira desde a graduação. À Junéia Braun, companheira e amiga.

À Leonardo Siqueira da Silva, meu companheiro de vida, que conheci durante o mestrado e tornou-se a pessoa mais importante minha vida, amigo, companheiro, e que tenho enorme admiração, o mais puro sentimento, amor! Agradeço por me ajudar e compreender toda minha dedicação. À minha família, minha base de tudo, meu irmão José Rodrigues e minha mãe Cleonice Pichek, e os sogros Neusa Siqueira e Getulio Sergio.

À todos os participantes do estudo, que se dispuseram a dedicar um pouco do seu tempo a compartilhar experiências de sua prática e situações tão delicados. A vocês dedico um espaço muito especial, e me encho de gratidão pela oportunidade que vocês ajudaram a construir!

Agradeço a CAPES pela oportunidade de dedicação exclusiva.

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais, por me proporcionar inúmeros e únicos aprendizados durante esses dois anos do mestrado. Agradeço pela disposição em me ajudar. Obrigado pelos incentivos e pelas cobranças, ajudando-me a aprimorar o trabalho, para que ao fim tivéssemos o resultado aqui descrito. Obrigado pelas lições acadêmicas, pelo e exemplo de vida profissional e pessoal.

Agradeço a todos que de alguma forma me incentivaram e contribuíram para essa conquista.

RESUMO

Atualmente, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) depara-se com a falta de integração da Atenção Básica à Saúde (ABS) com outros níveis da assistência, o que gera dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado. A gestão, a estruturação, a organização dos serviços, o contínuo desenvolvimento e valorização dos trabalhadores da saúde na ABS, representam um dos maiores desafios à implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Essa desarticulação entre a saúde e os profissionais que a promovem, pode estar atrelada ao contexto e processo de trabalho em que estão inseridos. Além dos desafios, a busca por maior produtividade e produtos altamente competitivos evidenciada no cenário capitalista, expõem os trabalhadores a fatores que podem comprometer o processo de trabalho ao executar suas tarefas. Também, aspectos do próprio ambiente e das condições laborais, com ênfase na sobrecarga de trabalho, na organização da RAS e na falta de recursos, podem repercutir no processo de saúde e adoecimento. Objetivou-se analisar os riscos de adoecimento dos trabalhadores da ABS. Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista, com projeto de triangulação concomitante, realizada nos municípios da região do Vale do Paranhana/RS. Uma amostra probabilística de 260 profissionais respondeu ao questionário sociodemográfico e profissional e o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento-ITRA, na abordagem quantitativa. Na abordagem qualitativa realizaram-se entrevistas semiestruturadas com seis gestores da saúde, dos municípios que compõem a região. A coleta de dados foi realizada entre agosto a novembro de 2019. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva e analítica, com auxílio do SPSS, sendo considerado significativo $p < 0,05$. Os dados qualitativos foram transcritos e submetidos à análise do tipo temática com auxílio do software *Nvivo* 11. Os dados analisados tiveram como base a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente e todos os participantes assinaram o TCLE. Através do ITRA verificou-se que a organização (3,18) e condições de trabalho (2,53), e relações socioprofissionais (2,45) são consideradas como crítico pelos trabalhadores. Os custos físicos (2,44) afetivos (2,64) e cognitivos (2,98) foram avaliados como crítico. Ao mesmo tempo que o esgotamento profissional (3,43) foi considerado grave, a liberdade de expressão (3,78), realização profissional (4,54), e a falta de reconhecimento (2,71) foram satisfatórios. Ademais, os danos físicos (2,42), psicológicos (2,07) e sociais (2,67) relacionados ao Trabalho foram considerados como satisfatórios. Da análise qualitativa emergiram três categorias: a saúde dos profissionais na percepção dos gestores, dificuldades para efetivação à saúde dos trabalhadores e potencialidades da gestão em prol da saúde dos trabalhadores. Verificou-se que a gestão, na ABS, precisa considerar as relações de trabalho, situação em que a participação dos sujeitos seja fundamental para a saúde do trabalhador. Concluiu-se que os profissionais da ABS estão expostos ao adoecimento, principalmente pela organização do trabalho e condições de trabalho inadequadas, pelos custos exigidos, e pelo esgotamento profissional. Considera-se que oportunizar um ambiente laboral favorável, e produzir espaços para reflexão do trabalho, inclui uma reestruturação e reorganização dos serviços, buscar implementar as políticas de saúde na sua plenitude, desenvolver estratégias de atenção que incluam efetivamente a prevenção de doenças e agravos dos trabalhadores, assim como a promoção de saúde, reconfigurar a gestão, com a estruturação, organização com ênfase na gestão de pessoas, no comprometimento de gestores e trabalhadores, na geração de mudanças em prol reconstrução e a ressignificação do processo de trabalho.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Contexto de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Psicodinâmica do Trabalho.

ABSTRACT

Currently, the Healthcare network is faced with the lack of integration of Primary Health Care with other levels of care, which creates difficulties in coordination and continuity of care. The management, the structuring, the organization of services, the continuous development and valorization of health workers in Primary Health Care, represent one of the greatest challenges to the implantation and strengthening of the Unified Health System. This disarticulation between health and the professionals that promote it, may be linked to the context and work process in which they are inserted. In addition to the challenges, the search for greater productivity and highly competitive products evidenced in the capitalist scenario, exposes workers to factors that can compromise the work process when performing their tasks. Also, aspects of the environment and working conditions, with an emphasis on work overload, the organization of the Healthcare network and the lack of resources, can have an impact on the health and illness process. The objective was to analyze the risks of illness of Primary Health Care workers. This is a mixed approach research, with a concomitant triangulation project, carried out in the municipalities of the Vale do Paranhana / RS region. Data collection was carried out between August and November 2019. Quantitative data were submitted to descriptive and analytical statistics, with the help of SPSS, with $p < 0.05$ being considered significant. The qualitative data were transcribed and submitted to thematic analysis with the aid of the Nvivo 11 software. The analyzed data were based on the Theory of Psychodynamics of Work. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the proposing institution and all participants signed the informed consent form. Through ITRA it was found that the organization (3.18) and working conditions (2.53), and socio-professional relationships (2.45) are considered critical by workers. The physical (2.44) affective (2.64) and cognitive (2.98) costs were assessed as critical. At the same time that professional burnout (3.43) was considered serious, freedom of expression (3.78), professional achievement (4.54), and lack of recognition (2.71) were satisfactory. Furthermore, the physical (2.42), psychological (2.07) and social (2.67) damages related to Work were considered to be satisfactory. From the qualitative analysis, three categories emerged: the health of professionals in the perception of managers, difficulties in realizing the health of workers and the potential of management in favor of workers' health. It was found that the management, in Primary Health Care, needs to consider the work relations, a situation in which the participation of the subjects is fundamental for the worker's health. It was concluded that Primary Health Care professionals are exposed to illness, mainly due to the organization of work and inadequate working conditions, the required costs, and professional exhaustion. It is considered that providing a favorable work environment, and producing spaces for reflection on the work, includes a restructuring and reorganization of services, seeking to implement health policies in their entirety, developing care strategies that effectively include disease prevention and aggravations of workers, as well as health promotion, reconfiguring management, with structuring, organization with an emphasis on people management, on the commitment of managers and workers, on generating changes in favor of reconstruction and the resignification of the work process.

Keywords: Primary Health Care; Work context; Worker's health; Psychodynamics of Work.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-**Caracterização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores que atuam na rede de Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana do Rio Grande do Sul. Taquara, 2019. 34
- Tabela 2-**Parâmetros de análise dos relativos às quatro escalas que compõem o ITRA.Taquara, RS, 2019. 36
- Tabela 3-** Avaliação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana relativa ao Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento. Taquara, 2019. 36
- Tabela 4-** Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho.Taquara, 2019. 38
- Tabela 5-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Organização do Trabalho*. Taquara, 2019. 38
- Tabela 6-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação das *Condições de Trabalho*. Taquara, 2019. 40
- Tabela 7-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação das *Relações Socioprofissionais*. Taquara, 2019. 41
- Tabela 8-** Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho.Taquara, 2019. 43
- Tabela 9-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Custo Afetivo*. Taquara, 2019. 43
- Tabela 10-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Custo Cognitivo*. Taquara, 2019. 45
- Tabela 11-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Custo Físico*. Taquara, 2019. 46
- Tabela 12-** Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho.Taquara, 2019. 47
- Tabela 13-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Realização Profissional*. Taquara, 2019. 48

- Tabela 14-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Liberdade de Expressão*. Taquara, 2019. 49
- Tabela 15-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Esgotamento Profissional*. Taquara, 2019. 50
- Tabela 16-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Falta de Reconhecimento*. Taquara, 2019. 51
- Tabela 17-** Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho. Taquara, 2019. 51
- Tabela 18-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Danos Físicos*. Taquara, 2019. 52
- Tabela 19-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Danos Sociais*. Taquara, 2019. 53
- Tabela 20-** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Danos Psicológicos*. Taquara, 2019. 54
- Tabela 21-** Coeficientes de correlação de *Pearson* ($p < 0,01$). Taquara, Brasil, 2019. 55

LISTA DE SIGLAS

ABS Atenção Básica à Saúde

ACS Agentes Comunitários de Saúde

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

ESF Estratégia de Saúde da Família

OIT Organização Internacional do Trabalho

OMS Organização Mundial da Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

ABS - Atenção Básica à Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SF - Saúde da Família

NRs - Normas Regulamentadoras

ITRA - Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EACT - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

ECHT - Escala de Custo Humano do Trabalho

EADRT - Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

EIPST - Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 PSICODINÂMICA DO TRABALHO	14
2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	17
2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	19
2.4 RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO	21
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
3.4 PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS E COLETAS DE DADOS QUANTITATIVOS	31
3.5 PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS E COLETAS DE DADOS QUALITATIVOS	32
3.6 ANÁLISES E TRATAMENTO DOS DADOS	32
3.7 CONSIDERAÇÕES BIOÉTIICAS	34
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	36
4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	36
4.1.1 Caracterização dos dados sociodemográficos e profissional.....	36
4.1.2 Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento.	39
4.1 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	60
5.1 A saúde dos profissionais na percepção dos gestores.	61
5.2 Dificuldades para efetivação à saúde dos trabalhadores.	62
5.3 Potencialidades da gestão em prol da saúde dos trabalhadores.....	63
6. DISCUSSÕES	67
7. CONCLUSÕES.....	83
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e profissional	96
APÊNDICE B – Guia Norteador de Entrevista	97
APÊNDICE C - Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	98
APÊNDICE D- Médias e classificação do risco dos itens da EACT	99
APÊNDICE E- Médias e classificação do risco dos itens da EACT	100
APÊNDICE F- Médias e classificação do risco dos itens da EIPST	101
APÊNDICE G- Médias e classificação do risco dos itens da EADRT.....	102
ANEXO A- Escalas de Avaliação do Contexto do Trabalho	103
ANEXO B- Escalas de Custo Humano no Trabalho	104
ANEXO C- Escalas de Indicadores de Prazer e Sofrimentos no Trabalho	105
ANEXO D- Escalas de Danos relacionados ao Trabalho	106

1. INTRODUÇÃO

O trabalho sempre acompanhou o homem em sua evolução histórica. Como fundante da práxis social, o trabalho possui uma função psíquica à medida que constitui o sujeito e toda sua rede de significados adquiridos no contexto social, possibilitando ainda o alcance da realização profissional (DINIZ, GOES, 2014). Além de proporcionar ao indivíduo seu sustento material, o trabalho assume uma função psíquica na estrutura de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Por essa razão, a relação do homem com o trabalho torna-se um componente relevante dos processos de identidade e subjetividade (SCHWARTZ, 2011).

A globalização é apontada como responsável pelo impacto e mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Trouxe diversas consequências apontadas como geradoras de sofrimento nesse ambiente. As inovações tecnológicas trouxeram benefícios, mas contribuíram especialmente para o aumento do desemprego, a precarização das condições de trabalho, o aumento da competitividade, o prejuízo dos direitos sociais dos trabalhadores, redefinindo consideravelmente as relações estabelecidas no cenário laboral (LANCMAN; SZNELWAR, 2011). No cenário contemporâneo o trabalhador vivencia como consequência das transformações tecnológicas e da globalização da economia, uma intensa insegurança que interfere diretamente em sua saúde mental. Associado às inovações tecnológicas, as novas formas de gestão corroboram para a sobrecarga e o sentimento de instabilidade em relação ao emprego, aumentando consideravelmente as doenças laborais (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

O trabalho como atividade material e simbólica constitutiva do vínculo social é também componente da vida subjetiva (BARROS, HONORIO, 2015). A subjetividade na relação que o trabalhador mantém com o trabalho estão associados ao contexto ocupacional e aos efeitos que decorrem da vida do indivíduo nesse ambiente. As condições do trabalho, as relações socioprofissionais, as vivências de prazer e sofrimento, as exigências do contexto de trabalho e os danos físicos, cognitivos e psicológicos causados pela realização das tarefas são elementos que devem ser investigados para avaliação dos riscos de adoecimento ocupacional (MENDES; FERREIRA, 2007).

As demandas provenientes das mudanças sociais, tecnológicas e das novas formas de organização do trabalho estão presentes em todas as realidades de trabalho. Na área da Saúde, essa realidade não poderia ser diferente, pois às mudanças na relação de seus profissionais com os pacientes somam-se aquelas relacionadas ao avanço de tecnologias de diagnóstico e

tratamento, à cultura de prevenção, ao aumento da expectativa de vida, ao grande crescimento demográfico e à oferta cada vez maior de profissionais no mercado. Nesse sentido, as instituições de saúde, apesar de sua especificidade, têm-se tornado cada vez mais semelhantes às daquelas do setor industrial, seja no sentido geral da administração, seja da utilização da tecnologia para satisfazer às demandas de seus usuários, por meio da oferta de serviços de qualidade (BARROS, HONORIO, 2015).

Nesse aspecto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) depara-se com a falta de integração da Atenção Básica à Saúde (ABS) com outros níveis da assistência, o que gera dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado (SENA; COSTA, 2016). Essa condição culmina na ineficiência de mecanismos de gestão e desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, pela falta de responsabilização dos atores envolvidos, pelas descontinuidades administrativas e pela mudança de gestores por motivos políticos (VICTORA, *et al.*, 2011). Entretanto, essa desarticulação entre a saúde e os profissionais que a promovem, pode estar atrelada ao contexto de trabalho em que estão inseridos, marcado por condições precárias, caracterizadas por baixos salários, ausência de incentivos, estrutura física deficiente e falta de políticas de valorização profissional (SENA; COSTA, 2016).

A busca por maior produtividade e produtos altamente competitivos é evidenciada no cenário capitalista, sendo constatada pelo aumento dos ritmos e das cargas de trabalho, as quais expõem os trabalhadores a fatores que podem comprometer o processo de trabalho ao executar suas tarefas. Além disso, aspectos do próprio ambiente e das condições laborais, com ênfase na sobrecarga de trabalho, na organização da RAS e na falta de recursos, podem repercutir na qualidade vida e na satisfação com o trabalho, interferindo no processo de saúde e adoecimento dos profissionais (SILVA *et al.*, 2009; BORDIGNON *et al.*, 2015).

Como resultante, evidencia-se a alta rotatividade de pessoal e a distribuição desigual dos trabalhadores, que percebem a falta de estrutura em suas carreiras e as discrepâncias salariais entre regiões (VICTORA *et al.*, 2011); bem como a insatisfação dos trabalhos em desempenhar suas atividades (BORDIGNON *et al.*, 2015), e o sofrimento e riscos de adoecimento no trabalho (DEJOURS, 2015).

Essa condição é típica do contexto da ABS, sendo necessário maior aprofundamento dos fatores que promovem a satisfação e a saúde no trabalho, uma vez que, ainda existem lacunas importantes relacionadas à temática saúde do trabalhador neste âmbito (KESSLER; KRUG, 2012; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; MAISSIAT *et al.*, 2015). Destaca-se que, na atual configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), a ABS estrutura-se, em sua maioria, nos padrões de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que as equipes, além de

prestarem atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), buscam a realização de assistência integral aos indivíduos e famílias no domicílio e demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2011).

Entretanto, essa configuração desvela um paradoxo importante e que precisa ser refletido. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores da ABS norteiam-se por modelos assistenciais que pressupõem o estreitamento do vínculo, acolhimento, atendimento humanizado e adoção de tecnologias que favoreçam o cuidado integral, integrado e longitudinal em saúde (BRASIL, 2011), os modos de gestão que imperam neste cenário não propiciam sua efetivação, de modo que os próprios trabalhadores da ABS avaliam como impróprias as condições laborais a que estão submetidos e destacam a condição de vulnerabilidade presente nesse contexto de trabalho, e que são promotoras de risco de adoecimento (MAISSIAT *et. al.*, 2015).

Acredita-se pertinente abordar essas questões em um estudo científico, pois a caracterização dos cenários de satisfação e dos riscos de adoecimento a que estão submetidos os profissionais e gestores da ABS poderia constituir uma possibilidade para refletir/entender como essas configurações ocorrem, e, assim, oferecer subsídios que possibilitem intervir no contexto de trabalho em que atuam. Tais aspectos podem contribuir na identificação de problemas nos serviços de saúde, no planejamento de possíveis soluções e, conseqüentemente, na produção de melhorias no ambiente laboral e na qualidade dos serviços no contexto de trabalho dos profissionais da ABS.

Em meio aos aspectos apresentados, o projeto justifica-se especialmente pela necessidade de propor avanços e qualificações nos cenários de trabalho da ABS; de analisar as percepções sobre o contexto de trabalho dos trabalhadores da ABS; e conferir visibilidade às opções estratégicas de boas práticas de gestão na ABS, as quais promovam satisfação e saúde ao trabalhador no ambiente laboral.

Tais aspectos sugerem a necessidade de um rearranjo na gestão do trabalho, por meio de ferramentas e tecnologias que promovam visibilidade, reflexão e crítica sobre problemas como esses, ao mesmo tempo em que permitam a formulação de estratégias e ações criativas capazes de transformar essa realidade. Frente às diferentes possibilidades experimentadas no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a proposta de ESF vem consolidando-se como eixo estruturante da ABS, colaborando para a produção do cuidado, por meio de tecnologias em saúde que proporcionem a efetividade das práticas (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Nesse sentido, valendo-se dos pressupostos da pesquisa, o presente estudo propõe como objetivo geral: analisar os riscos de adoecimento de trabalhadores da Atenção Básica à .

Saúde. Assim, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os riscos de adoecimento dos trabalhadores no âmbito da ABS da região do Vale do Paranhana/RS? Como objetivos específicos, definem-se: conhecer o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da ABS da região do Vale do Paranhana/RS; analisar o contexto de trabalho dos profissionais, por meio das condições e organizações do trabalho e relações sociais; identificar o custo humano (físico, cognitivo e afetivo) desse trabalho; verificar os indicadores de prazer e o sofrimento dos profissionais, assim como, os danos físicos, psicológicos e sociais aos quais estão submetidos; correlacionar as dimensões do contexto de trabalho, prazer e sofrimento, custos e danos, entre si, e os impactos de uma dimensão sobre as outras; analisar qualitativamente o objeto de estudo a partir da perspectiva de gestores de saúde dos municípios que compõe a região.

No que concerne ao presente estudo, estrutura-se da seguinte forma: o primeiro capítulo, “Referencial Teórico” apresentará: a Atenção Básica à Saúde, Saúde do Trabalhador, O Trabalho na Atenção Básica à Saúde e Riscos de Adoecimento no Trabalho. No segundo capítulo, “Metodologia”, será apresentado o percurso metodológico do presente estudo. O terceiro capítulo, “Resultados”, exibirá os principais achados por meio dos questionários e entrevistas. Já o quarto capítulo expõe a discussão dos resultados de pesquisa, e, na sequência, no quinto capítulo, serão apresentadas as “Considerações finais”.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Mediante às características da pós-modernidade, da acumulação flexível do capital e de suas consequências para o mundo do trabalho, e das novas formas de conceber e estruturar o trabalho, que requerem novos modelos de processo de trabalho e gestão do trabalho, a psicodinâmica do trabalho aparece como uma abordagem de pesquisa e ação capaz de fazer análise crítica e reconstruir a organização do trabalho. Considera-se que o trabalho dos profissionais da saúde na contemporaneidade como potencialmente delicado, uma vez que as novas exigências do mundo do trabalho, embora demandem um trabalhador mais flexível, “autônomo”, responsável e com maior poder para tomar decisões; o faz assumir riscos constantes frente à produção, e assim vive sob o império do medo, devendo identificar-se e modelar-se aos objetivos traçados pela instituição e por ele mesmo em prol da sua carreira.

Esses pressupostos encontram ancoragem epistemológica na teoria de Christophe Dejours, a Psicodinâmica do Trabalho, cujo foco central está nas ações empreendidas e vivenciadas por trabalhadores e que são geradoras de prazer e sofrimento no trabalho, os riscos, bem como estratégias construídas e desenvolvidas pelos trabalhadores para confrontar a organização do trabalho. A partir da psicodinâmica do trabalho, referencial deste estudo considera-se que avaliar o trabalho dos profissionais da Atenção Básica à Saúde permitirá identificar lacunas dessa prática, o que repercutirá em sua organização e em sua dinâmica, ou seja, a realidade concreta do trabalho. Do mesmo modo, o referencial teórico permite evidenciar os riscos de adoecimento, se existente e o modo com que os profissionais buscam estratégias para tais situações.

Neste capítulo, apresentam-se o referencial teórico-metodológico da psicodinâmica do trabalho e recentes estudos em saúde realizados no Brasil. Apresenta-se, também, o contexto da Atenção Básica à Saúde, a saúde do trabalhador e sua evolução histórica recente, e os riscos de adoecimento no trabalho.

2.1 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho (PT) é uma teoria desenvolvida pelo psicanalista Christophe Dejours na França na década 1980. Foi elaborada, inicialmente, com referenciais teóricos da psicopatologia, contudo, com os avanços nas pesquisas ela foi evoluindo e construindo sua própria identidade, e tornou-se uma abordagem autônoma com princípios, conceitos e métodos particulares (GHIZONI; MENDES,2014). Ela estuda a dinâmica nas

relações entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação, que abarcam os modos de pensar, sentir e agir dos trabalhadores, tanto individualmente, quanto coletivamente. A PT busca a compreensão de como o vínculo do sujeito com o trabalho se manifesta nas vivências de prazer e sofrimento e nas estratégias de ações para minimizar as contradições presentes nas organizações desestabilizantes de trabalho. Sua principal função visa a emancipação do sujeito, a ressignificação do sofrimento advindo do encontro entre trabalhador e organização patológica, e transformar a organização do trabalho em fonte de prazer e de saúde (GHIZONI et al. 2014).

Para Bolonha e Gomes (2019) a PT define o sofrimento é definido como uma vivência individual ou coletiva, frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança provenientes do conflito entre as necessidades de gratificação do binômio corpo-mente e a restrição de satisfazê-las, pelas imposições das situações de trabalho. Assim, a PT aponta para a mobilização do trabalhador diante da realidade imposta pela organização do trabalho. A distância entre o trabalho prescrito e o real pode ser fonte de satisfação ou sofrimento.

Para Dejours (2000) o trabalho prescrito refere-se ao que deve ser executado, a tarefa a ser cumprida pelo trabalhador, seguindo as normas e procedimentos já formulados pela organização, atendendo à uma situação padronizada, sem levar em consideração as variáveis que acontecem no cotidiano ocupacional. Anjos et al. (2011) colocam que o trabalho formal ou prescrito é aquele estabelecido pela organização de acordo com a divisão das funções, que corresponde as regras que antecede a execução da prática laboral.

Nesse sentido, entende-se que o trabalho vai além das prescrições, das formalizações apresentadas pela organização, pois é no cotidiano ocupacional que o trabalhador se depara, constantemente, com situações inesperadas que exigem dele tomadas de decisões não contempladas no prescrito. Contudo para as tomadas de decisões é necessário o envolvimento de raciocínio, pensamento, atitudes, sentimentos que, raramente, não são percebidas pela organização de trabalho. O chamado lado invisível do trabalho (DEJOURS, 2000).

Com isso percebe-se que a realidade laboral é bem complexa, é exigido uma variedade de possibilidades distintas das previstas que podem acontecer no momento da execução do trabalho como: contradições, imprevistos, falhas, ambivalências, e outros (ANJOS et al., 2011). Entre o trabalho prescrito e o real existe uma lacuna que pode ser vivenciada pelo sujeito como sofrimento criativo ou sofrimento patológico. É nesse espaço que o sofrimento torna-se criativo quando o trabalhador oferece situações originais de enfrentamento às adversidades oriundas do cotidiano de laboral, criando soluções inovadoras as prescrições.

Este processo exige do sujeito criatividade, permitindo a modificar as situações inesperadas no dia a dia do trabalho. O sofrimento patológico é desencadeado quando as possibilidades de negociações entre organização de trabalho e trabalhador foram esgotadas (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

Dejours coloca que, fazer frente às exigências, as prescrições, determinadas pela organização de trabalho e as situações inesperadas, o real, ocorre o que chama de mobilização subjetiva. O sujeito se utiliza de defesas ou estratégias defensivas. As estratégias defensivas aliviam ou combatem o sofrimento psíquico, transformando o mesmo em vivências de prazer.

Os sujeitos constroem estratégias que ultrapassam as pressões rígidas da organização do trabalho. Assim, as estratégias são definidas como uma mobilização subjetiva dos trabalhadores, que utilizam de inteligências práticas, com o propósito de obter vivências de prazer mediante a transformação dos aspectos negativos que são prejudiciais e estão presentes na organização prescrita do trabalho. Além disso, o trabalhador faz uso das estratégias como propósito de manter o equilíbrio psíquico e evitar o adoecimento (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

Essas estratégias de defesa criadas pelos trabalhadores podem ser individuais ou coletivas, sendo uma alternativa que permite ao trabalhador suportar o sofrimento evitando o surgimento de patologias. Nesse sentido, as estratégias individuais, são caracterizadas pelos mecanismos de defesa operante, os quais estão interiorizados e operam mesmo sem a presença de outros. Tem o intuito de fornecer ao sujeito adaptações ao sofrimento, mas não modificação do contexto de trabalho. Já as estratégias coletivas permitem que os trabalhadores, em conjunto, se mobilizem para enfrentar as adversidades e contradições do trabalho que lhes causam sofrimento (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

O reconhecimento no trabalho é um dos aspectos fundamentais que contribui para o surgimento e manutenção do sofrimento criativo. Para Megier e Traesel (2012), o reconhecimento é uma necessidade básica do ser humano. Há uma necessidades das pessoas de serem admiradas e reconhecidas pela qualidade do trabalho que realizam. Quando o reconhecimento é efetivo, o trabalhador sente-se respeitável e importante para a organização; o sentir-se valorizado gera mais disposição para execução das atividades laborais, acarretando eficácia nos serviços ou produtos (BOLONHA; GOMES, 2019).

O reconhecimento é encontrado através do julgamentos sobre a qualidade do trabalho realizado, ou seja, sobre o fazer, e não sobre a pessoa que o faz. Os sujeitos necessitam serem reconhecidos perante os outros, sendo esse reconhecimento fundamental na dinâmica das relações entre organização e indivíduos (DEJOURS, 2000). Segundo Megier e Traesel (2012)

o reconhecimento é algo fundamental para que haja a preservação da saúde mental, pois possibilita um equilíbrio entre o desgaste psíquico derivado do trabalho, proporcionando a transformação do sofrimento em realização e prazer.

A PT trouxe um novo olhar nas ciências do trabalho, ao propor a criação de espaços de discussão no qual os trabalhadores pudessem dialogar, expressando seus sentimentos e as contradições do contexto do trabalho que respondem pela maioria das causas geradoras de prazer e de sofrimento (BUENO; MACÊDO, 2012). Desta forma, o método utilizado pela Psicodinâmica do Trabalho se dá pela palavra, envolvendo a escuta de risco. A verdade sobre a condição do sujeito dentro da organização é algo que não pode ser encontrado, ela é construída pela circulação livre da palavra, caracterizando uma concepção clínica da prática orientada para uma ação (MARTINS, 2014).

Define-se que um dos principais objetivos da PT consiste na análise da fala e escuta dos trabalhadores, visando permitir ao trabalhador compreender, elaborar e interpretar seu sofrimento por meio das discussões em conjunto com seu coletivo de trabalho (BOLONHA; GOMES, 2019). Dessa forma, possibilita-se a reconstrução e a ressignificação dos processos de subjetivação e do coletivo.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

No contexto internacional à Atenção Primária à Saúde (ABS) define-se como estratégia de organização da atenção à saúde, surge para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Integra, portanto, ações de atenção preventivas e curativas aos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2014). O termo Atenção Básica à Saúde (ABS) foi adotado no Brasil em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de *Atenção primária à saúde* pelo Movimento Sanitário Brasileiro, no intuito de buscar uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018). A ABS enfatiza a reorientação do modelo assistencial para assegurar um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), plano de configuração da ABS no Brasil. A ESF organiza a ampliação da cobertura populacional e a reorganização da atenção, bem como, introduz os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde. É

formada basicamente por uma equipe composta de um médico generalista, enfermeiro, dentista, técnicos/auxiliares de enfermagem, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe (BRASIL, 2012).

Neste cenário, a formulação ESF, pelo Ministério da Saúde, teve em suas premissas a tentativa de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na ABS. Nesse sentido, a ESF configura-se um novo modelo assistencial, orientado pelos determinantes do processo saúde-doença, devendo levar em consideração o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde (FERTONANI *et. al.*, 2015).

A AB, em 2012, foi fortalecida pela criação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2017 (BRASIL, 2017), com grande articulação entre a AB com importantes iniciativas do SUS. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS. Além disso, a PNAB reafirma que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção, enfatizando que é responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais o apoio à atenção básica e o estímulo à adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde.

Entretanto, estudos demonstram fragilidades no potencial da PNAB para promover mudanças nas práticas assistenciais, evidenciando que as ações continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças e com deficiências no trabalho em equipe (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; FERTONANI *et. al.*, 2015). Diante das mudanças propostas para reestruturação da atenção à saúde evidenciam-se constantes desafios aos trabalhadores da AB. Entre os desafios destacam-se à formação e qualificação, sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade de profissionais, a desvalorização dos profissionais, escassez de recursos humanos e de materiais e equipamentos, falta de reconhecimento profissional, o trabalho conjunto com todos integrantes da equipe, dificuldades de relacionamento com os gestores, bem como, os riscos laborais macroergonômicos (SCHRADER *et al.*, 2012; SEIDL *et al.*, 2014; MAISSIAT *et al.*, 2015). A grande demanda de trabalho, com base nos pressupostos da integralidade e ações humanizadas de escuta e acolhimento às necessidades singulares das pessoas, exige dos

profissionais o que muitas vezes representa a própria carência dos trabalhadores face à sua saúde na relação com o trabalho (GOMES, *et al.*, 2011; SCHRADER, *et al.*, 2012).

As novas diretrizes da AB, PNAB 2017, (BRASIL, 2017) destacam o papel desta como ordenadora do acesso à RAS e coordenadora do cuidado. Contudo, de modo geral, os serviços de saúde da AB ainda não estão organizados, e nem os seus trabalhadores empoderados para desenvolverem esses papéis, evidenciado por diversos fatores, como a falta de sistema informatizado e informações insuficiente para acompanhar os usuários, falta de instrumentos e modos de comunicação entre outros profissionais e serviços, fluxos e mecanismos que permitam o acesso adequado dos usuários na RAS e insuficiência de instrumentos para acompanhamento quando o usuário é encaminhado (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

Neste contexto, a visão restrita de gestores e atores envolvidos na RAS é apontado como um dos nós críticos para o fortalecimento da AB, o que resulta em carências de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas assistenciais e gerenciais (MAGALHÃES; PINTO, 2014). Além disso, os trabalhadores da AB, mesmo sendo “protagonistas”(grifo do autor) no papel de reorganização de um trabalho típico que demanda compromisso, tanto no âmbito individual quanto coletivo, enfrentam problemas de formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na Saúde da Família, seja por problemas na educação profissional, seja pelos déficits na educação permanente, e de significativos déficits nas condições de trabalho, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva, problemas na relação quantitativa de equipe/população e déficits nos instrumentos e ambiente de trabalho, o que aumenta a vulnerabilidade e exposição dos trabalhadores a situações extremas.

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador trata-se de uma especialidade da área da saúde que se encontra em expansão e abrange o desenvolvimento de atividades nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, que envolve a prevenção, promoção, investigação, levantamento e reabilitação da saúde e controle da doença dos trabalhadores nos mais diversos tipos de estabelecimentos. Essa área da saúde teve seu início no começo do século XIX, quando Bernardino Ramazzini, considerado Pai da Medicina do Trabalho escreveu o tratado de *Morbis Artificum Diatriba* (As Doenças dos Trabalhadores), na qual, descreveu diversas e variadas doenças de ocupacionais (MAISSIAT, 2013). Evidenciou-se que durante a

Revolução Industrial o ritmo de trabalho acelerado, desumano e contrário da preservação da saúde e vida nas quais os operários de uma fábrica têxtil se submetiam, o proprietário da fábrica contratou um serviço médico para a proteção da saúde e condições físicas dos funcionários, dando origem a Medicina do Trabalho (MENDES, 2008). Desde então, a saúde do trabalhador ganha grandes debates e demonstra-se em crescente evolução, frente aos inúmeros acidentes de trabalho e a dificuldade em diagnosticar doenças de origens ocupacionais. Esses debates incentivaram a preocupação com a saúde dos trabalhadores e motivaram os movimentos sociais. Dentre os fatores determinantes para o surgimento dos movimentos sociais, estava as reivindicações da população por trabalho mais humanizado e com ambiente de trabalho organizado que proporcionassem ambientes saudáveis com qualidade de vida ocupacional, dando os primeiros passos para a criação das legislações trabalhistas que regulamentassem as atividades laborais (BRASIL, 2004).

A partir de 1978 foram criadas, no Brasil, normas para regulamentar as condições das atividades laborais, no sentido de segurança e saúde, chamadas de Normas Regulamentadoras (NRs) (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde (MS) criou 36 NRs com o intuito de promover a proteção da saúde dos trabalhadores dos mais diversos estabelecimentos e atividades de trabalho. Especificamente aos trabalhadores da saúde a NR 32 estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, a fim de promover a segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Aos trabalhadores da ABS esta norma regulamentadora também prevê subsídios para o exercício de suas atividades de promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2005).

Em 1988, foi promulgado a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) com artigos que referem especificamente sobre à Saúde do Trabalhador e em 1990, o Congresso Nacional decretou a Lei N° 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, passando o SUS ter responsabilidades nos assuntos relacionados a saúde e doença laborais (BRASIL, 1990). Essas leis serviram como incentivo para a formulação de políticas em Saúde do Trabalhador pelo MS, que objetivam garantir condições e ambientes de trabalho propício para desenvolver as atividades, que viabilizem melhoria da qualidade de vida, assim como, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízos à saúde e com integridade física e mental, nesse sentido, as políticas em saúde do trabalhador é de contribuir na promoção, proteção, recuperação da saúde e na reabilitação profissional (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, foi elaborada em 2004 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) com objetivo de promover e proteger à saúde dos trabalhadores através de ações de promoção, vigilância e assistência, além de, explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões de Saúde do Trabalhador, a fim de dar visibilidade à essas questões e de viabilizar a pactuação entre os setores de saúde, e de fomentar a participação e o controle social (BRASIL, 2004). Em 2012 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS, tendo como objetivos o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a promoção da saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador que pressupõe a inserção de ações em saúde do trabalhador em todos os pontos da RAS do SUS, o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, o trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, e de assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (BRASIL, 2012).

A implantação dessas políticas é válida para auxiliar e nortear o campo da Saúde do Trabalhador para o cumprimento dos seus objetivos. Nesse sentido, a Saúde do Trabalhador objetiva compreender as relações entre a saúde e o trabalho, assim como, as transformações no modelo de atenção à saúde dos trabalhadores e as intervenções nos ambientes de trabalho, a fim de proporcionar ambientes propícios ao processo de trabalho. As políticas são utilizadas para a orientar às práticas de atenção à saúde através de um conjunto de saberes e ações que sustentam a interdisciplinaridade acerca dos aspectos relacionados às condições e organização do trabalho (NARDI, 2011). Desta forma, as condições e o modelo de organização do trabalho podem ter impactos diretamente à saúde dos trabalhadores, de causar doenças e acidentes de trabalho evitáveis. Assim, à saúde do trabalhador preocupa-se em identificar precocemente situações de riscos com intuito de evitar agravos a saúde e promover a integridade física, para garantir um ambiente laboral saudável e adequado para desenvolver as atividades ocupacionais.

2.4 RISCO DE ADOECIMENTO NO TRABALHO

A relação do homem com a organização do trabalho como a origem da pesada carga psíquica das relações laborais, sendo esta relação fonte de prazeres e/ou desprazeres. A organização do trabalho, portanto, considera o conteúdo da tarefa e as relações humanas de

trabalho em que se observa o exercício do domínio/comando, do controle e da ânsia de explorar ao máximo a força de trabalho (DEJOURS, 2007; DEJOURS, 2011; DEJOURS, 2015). A partir da apreensão da inter-relação entre sujeito, trabalho e saúde, mediante avaliação dos fatores que geram satisfação/insatisfação no trabalho, bem como, dos riscos de adoecimento provocados pelo próprio trabalho no contexto de trabalho, os trabalhadores da AB podem encontrar uma via que o possibilite a saúde no trabalho.

O contexto de trabalho é definido por Ferreira e Mendes (2008) como o local material, organizacional e social, no qual operam as atividades de trabalho e as tecnologias individuais e coletivas de mediação utilizadas pelos trabalhadores, ao interagir com a realidade de trabalho. Representa o ambiente no qual o trabalhador está inserido e exerce suas atribuições, e, portanto, mostra-se essencialmente importante ao enfermeiro, a compreensão deste ambiente, para, a partir do diagnóstico dos problemas situacionais que acometem o trabalhador inserido nesse contexto, proporcionar ações de cuidado que favoreçam modos assegurar a eficácia dos processos de trabalho, considerando a saúde do trabalhador. Nesse sentido, a avaliação do contexto de trabalho pelo enfermeiro depende de olhar diagnóstico deste profissional numa análise do tempo e espaço em que operam as situações de trabalho, sendo fundamental, portanto, compreendê-lo a partir das dimensões que o constitui. Ferreira e Mendes (2008), consideram a existência de três dimensões distintas e interdependentes, as quais constituem o contexto de trabalho: a organização do trabalho, as condições de trabalho, e as relações socioprofissionais.

A organização do trabalho diz respeito aos elementos prescritos (formal ou informalmente), e que expressam as concepções e as práticas de gestão do trabalho operantes nos lócus de produção. Sob este enfoque, Ferreira e Mendes (2008) consideram: a) a divisão do trabalho, em sua relação hierárquica, técnica e social; b) a produtividade esperada, em termos de metas, qualidade e quantidade; c) as regras formais e informais da organização, consolidadas em sua missão, visão, valores, normas, dispositivos jurídicos e protocolos; d) o tempo, expresso na duração das jornadas de trabalho, nas pausas e nos turnos em que este acontece; e) os ritmos, em observância aos prazos, aos resultados esperados e aos tipos de pressão existentes; f) as formas de controle, tendo por base a supervisão e avaliação dos processos produtivos; e) as características das tarefas, considerando a natureza desta e o conteúdo. Nesta dimensão do contexto de trabalho, considera-se a compreensão de Ferreira (2018) sobre a organização do trabalho, ao admitir que está guarda estreita relação com as práticas de gestão de pessoas e de gestão do trabalho, envolvendo práticas formais e informais que estão além do prescrito.

A análise do contexto de trabalho também demanda um olhar acurado para as condições sob as quais o trabalhador opera. Segundo Ferreira e Mendes (2008), as condições de trabalho são constituídas pelos elementos estruturais que expressam as condições de trabalho evidenciadas nos lócus de produção e que caracterizam as condições de infraestrutura e de apoio institucional. Desta forma, sua caracterização deve considerar: a) o ambiente físico (sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som); b) os instrumentos de trabalho (ferramentas, máquinas, documentação); c) os equipamentos (materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário); d) a matéria-prima (objetos materiais e simbólicos, recursos informacionais); e) o suporte organizacional (informações, suprimentos, tecnologias).

As relações socioprofissionais também devem ser analisadas quando se pretende investigar o contexto de trabalho. De acordo com Ferreira (2018), a análise das relações entre os trabalhadores, com os demais atores que têm interface com o objeto de trabalho, fornece contribuições riquíssimas ao entendimento do contexto laboral, na medida que desvela as relações de poder e os processos de subjetivação que permeiam na atmosfera desse trabalho. Nesse sentido, as relações socioprofissionais são constituídas pelos elementos internacionais que expressam as relações que se estabelecem no lócus de produção, e que caracterizam sua dimensão social, abrangendo: a) interações hierárquicas, em análise a relação com as chefias imediatas, chefias superiores e subordinados; b) interações coletivas intra e intergrupos, ou seja, as relações que se dão entre o trabalhador e os membros do seu grupo de trabalho, e entre este com os membros de outros grupos de trabalho; c) interações externas: o que envolve a relação com usuários/clientes, fornecedores, e representantes institucionais (FERREIRA; MENDES, 2008).

A ponderação de elementos que constituem as dimensões do contexto de trabalho dos profissionais que trabalham na AB, mostra-se fundamental, na medida em que pode favorecer o desvelamento de outros fatores que permeiam o trabalho desses profissionais, e que devem ser consideradas na atenção à saúde deste trabalhador. O fator custo humano, despendido por qualquer trabalhador para o cumprimento de suas atribuições pode possuir caráter físico, cognitivo e/ou afetivo, a depender das existências que se estabelecem no contexto de produção (FERREIRA; MENDES, 2008). Segundo Lima (2008), em geral, impõe-se ao trabalhador uma série de exigências físicas, cognitivas e afetivas, as quais, a depender das estratégias de mediação individuais e coletivas que são adotadas ao propor tais exigências, o trabalhador as encara de modo positivo e/ou negativa, estando estas fortemente relacionadas às vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho.

A análise do custo humano no trabalho, evidenciada por Ferreira e Mendes (2008), pressupõe a investigação de custos: a) físicos: expressos no custo corporal, em termos de dispêndio fisiológico e biomecânico, ou seja, no envolvimento do trabalhador com aspectos relacionados a esforços físicos, repetitivos e que demandam exigências de caráter fisiológico, corporal, postural, bem como o uso da força; b) cognitivos: manifestos pelo dispêndio intelectual, sob a forma de aprendizagem necessária à resolução de problemas e à de tomada de decisão, estando, portanto, relacionados a variáveis que englobam conhecimentos, habilidades, atitudes e saberes despendidos pelo trabalhador; e, c) afetivos: relacionados a aspectos emocionais, exteriorizados sob a forma de reações afetivas, sentimentos, humor, e emoções oriundas das relações sociais. É importante destacar que esse dispêndio sempre existirá, pois em qualquer situação de trabalho, tem-se o consumo de energia humana, sendo justamente nesta mobilização em prol do fazer acontecer, que o trabalhador expressa seu engajamento e a inteligência empreendida nesta realização (FERREIRA, 2017).

Na Psicodinâmica do Trabalho, teoria proposta por Christophe Dejours, o trabalho tanto pode favorecer vivências de prazer quanto de sofrimento, sendo promotor tanto da saúde quanto do adoecimento (DEJOURS, 2011). Nessa perspectiva, o trabalho assume um duplo papel, em que, ao tempo em que pode ser estruturante e promover a dignidade, pode também ser desestruturante e deteriorar esta dignidade. Para Dejours (2007, 2008, 2011, 2015) trabalhar não é somente executar atos técnicos, mas fazer funcionar as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis ao reconhecimento, algo que demanda mobilização e inteligência para transformar a organização do trabalho, ou seja, para transformar o prescrito em trabalho real.

A organização do trabalho, um dos principais conceitos da teoria dejouriana, traz a importância de se considerar as diferenças entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real (DEJOURS, 2015). O trabalho prescrito está relacionado ao que a instituição impõe ao trabalhador, ou seja, os objetivos da tarefa, as regras, normas e regulamentos do modo operatório. Já o trabalho real representa as situações imprevistas que fogem ao prescrito, ou seja, que estão além do domínio técnico e do conhecimento científico do trabalhador, o que demanda modificação contínua da realidade pelo trabalhador, sendo necessários ajustes, rearranjos e invenções, para efetivar o trabalho (DEJOURS, 2007; DEJOURS, 2008). Logo, é impossível alcançar a qualidade esperada, respeitando as prescrições, já que o real do trabalho é submetido ao inesperado, a um saber-fazer que foge às prescrições, condição que, por vezes, coloca o trabalhador em situação contraditória, por requerer, em determinadas circunstâncias, infringir as normas e regulamentos institucionais

(DEJOURS, 2008).

Nesse ritmo, os trabalhadores precisam encontrar estratégias defensivas ou estratégias de defesa, que são recursos construídos pelos trabalhadores, de forma individual e coletiva, para minimizar a percepção do sofrimento no trabalho. Em contextos de trabalho marcados por adversidades, os trabalhadores não se mantêm passivos, eles buscam recursos para lidar com o sofrimento, elaborando tais estratégias como forma de protegerem-se daquilo que os faz sofrer (SANTOS *et al.*, 2013; DEJOURS, 2015; MENDES, 2007). Entretanto, este funcionamento é inconsciente, sendo estas estratégias construídas a partir da negação daquilo que faz sofrer, ou seja, os trabalhadores não falam diretamente de sofrimento, antes, tentam negá-lo (SHIMIZU; JÚNIOR, 2012). Reconhecer o sofrimento significa uma oportunidade de transformá-lo. Discutir sua existência nesse contexto, permite um repensar acerca da organização do trabalho, favorecendo ações de promoção à saúde do trabalhador.

O sofrimento é inevitável e inerente ao ser humano, e, a depender do modo como se estabelece a relação do indivíduo com seu trabalho, pode se manifestar de diferentes maneiras, e estar relacionado a várias causas, como por exemplo, ao significado que atribui ao trabalho, aos sentimentos que têm pelo trabalho, ao reconhecimento e suporte percebido, à autonomia e liberdade para desempenhar as atividades, aos ritmos, cadências e cargas de trabalho, dentre outras (CABRAL; MORENO; MIRANDA, 2014). No entanto, a depender do modo como o trabalhador vivencia o seu trabalho, esse sofrimento pode ser elaborado, considerando aquilo que o faz sofrer, e transformando em prazer, ou, pode ser de origem patogênica, culminando no adoecimento no trabalho (DEJOURS, 2017).

Para Dejours (2012) essa mobilização é intrínseca ao trabalhar, sendo acompanhada de vivências de prazer e sofrimento, as quais se dão no confronto entre os desejos do sujeito e as normas da organização do trabalho. Desse modo, guarda estreita relação com as vivências de realização profissional, liberdade de expressão, reconhecimento e esgotamento profissional.

Nessa perspectiva, Mendes (2007) propõe uma análise para estas vivências a partir de aspectos específicos: a) realização profissional: envolve sentimentos de gratificação pessoal e profissional com as atividades, orgulho do que faz, identificação com o trabalho, satisfação, sensação de bem-estar, valorização e reconhecimento percebido, identificação com as tarefas, dentre outros; b) liberdade e confiança: envolve a autonomia do trabalhador para pensar, criar, organizar e falar sobre o seu trabalho, discutindo e negociando meios de superar as dificuldades encontradas nos processos de trabalho junto com a chefia e com os colegas, o que pressupõe confiança e solidariedade ao expressar suas opiniões sobre o trabalho; c) reconhecimento: compreende as vivências de (in)justiça, (des)valorização e (in)satisfação

percebidas pelo trabalhador em relação ao desenvolvimento e desempenho do seu trabalho, sendo comum sentimento de indignação, inutilidade, desqualificação e discriminação; d) esgotamento profissional: marcado por vivências que avivam sentimento de frustração, insegurança, medo, insatisfação, sobrecarga, inutilidade desgaste emocional e estresse no trabalho.

Essas vivências, citadas nos parágrafos anteriores, são desencadeadoras de uma série de danos que podem estar relacionados ao trabalho, e que são importantes de serem analisados no contexto de trabalho dos profissionais da AB. Segundo Mendes e Ferreira (2008), os danos relacionados ao trabalho estão associados a vivências de dores diversas, sentimentos e sensações que afetam negativamente o trabalhador. Para os autores, o ambiente de trabalho é palco de experiências de danos relacionados ao trabalho, uma vez que os trabalhadores frequentemente se vêm acometidos por dores em diversas regiões do corpo, sofrem de insônia, fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, e manifestam sinais de desajuste, como tristeza, desamparo, insensibilidade, agressividade, dentre outros, os quais tornam evidente o mal-estar e adoecimento no trabalho. Estes danos, em geral, possuem origem física, psíquica e/ou social, sendo resultante das dimensões até então abordadas.

Para Facas (2013), quando uma organização é rígida, adota princípios centrados na tarefa, e um estilo de gestão que não valoriza o sujeito em sua integralidade, os danos que acometem os trabalhadores são inúmeros, sendo estes de caráter patogênico. É importante considerar que a saúde mental dos trabalhadores está relacionada com os mecanismos utilizados por eles para manter o seu equilíbrio psíquico, ao mesmo tempo em que consegue realizar seu trabalho. Assim, um desequilíbrio neste âmbito, implicaria em danos psíquicos, os quais derivam do modo como os trabalhadores lidam com os conflitos, contradições e compromissos do trabalho, sendo estes manifestos, em geral, por sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral, perda da autoestima e dos sentidos que atribui ao seu trabalho, dentre outros sinais de descompensação psíquica que caracterizam o processo de adoecimento (FACAS, 2013; DEJOURS, 2012).

Além disso, o trabalhador pode ser acometido por danos de caráter social. Estes, são provocados pela organização do trabalho e envolvem características de servidão voluntária, violência, sobrecarga e sentimento de impotência ao lidar com o enfrentamento de tais patologias (MENDES, 2007). Em geral, os trabalhadores acometidos por danos sociais vivenciam o isolamento e têm dificuldades nas relações familiares e sociais, bem como nos modos de agir perante às exigências que lhes são impostas. Sob tal pressão, vivenciam dilemas constantemente, os quais podem, inclusive, pôr em xeque sua integridade moral e

profissional ao transgredir o prescrito para dar conta das suas atribuições no trabalho (FERREIRA, 2017). Além disso, a dificuldade de gerenciar a vida profissional com a pessoal, face à pressão de tempo, intenso, produtividade, alcance de metas, instabilidade no emprego, insegurança e competitividade, favorece um cenário de individualização, impessoalidade e agressividade na relação entre os pares, o que pode levar o trabalhador a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas, desenvolver um quadro depressivo, ter idealizações suicidas, dentre outras doenças graves (MERLO; HELOANI, 2013).

Ademais, o trabalhador pode ser acometido por danos físicos, sendo estes diagnosticados mais facilmente, haja vistas as impossibilidades geradas no desempenho das atividades. Para Dejours (2012), a sobrecarga de trabalho é considerada a causa principal dos danos físicos relacionados ao trabalho, pois torna o corpo vulnerável, gerando sinais, sintomas e/ou patologias diversas, a exemplo a DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho), dores musculares e de cabeça, hipertensão arterial, insônia, além de outros sinais e sintomas que vão se somatizando e que culminam na queda da imunidade (MONTEIRO *et al.*, 2013).

Cabe destacar que estes danos emergem quando não existe no ambiente organizacional, processos de cuidados que considerem a importância de atuar proativamente na prevenção e promoção da saúde do trabalhador. Nesse sentido, reafirma-se a necessidade de atuação do enfermeiro nesse contexto de trabalho, para que, a partir de uma análise diagnóstica das condições de saúde e riscos de adoecimento destes trabalhadores, consiga promover boas práticas nos seus processos de cuidados, visando a atenção integral à saúde do trabalhador.

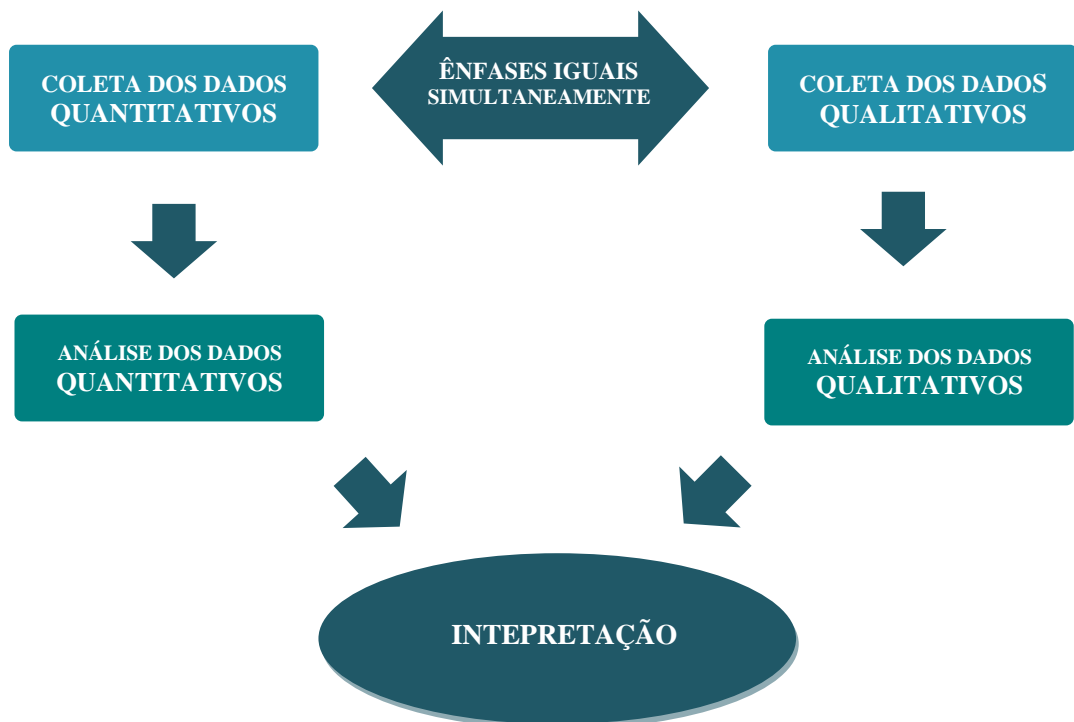
3. METODOLOGIA

Neste capítulo apresentam-se os caminhos percorridos na operacionalização do estudo. Para manter a coerência com o referencial adotado nessa pesquisa, apresentado anteriormente, optou-se por um percurso investigativo que permitisse explorar o fenômeno, sob as diferentes perspectivas que interferem em sua análise. Então, descreve-se a seguir o itinerário metodológico que conduziu a presente pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa de métodos mistos, portanto, alicerçada em ambas abordagens, quantitativa e qualitativa, com estratégia de triangulação concomitante (QUAN + QUAL)(CRESWELL, 2010). Nesse tipo de estratégia, os dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações, conforme a Figura 1. (CRESWELL, 2013).

Figura 1 -Diagrama representativo do desenho do estudo, Taquara, 2019.



Fonte: Adaptado de Creswell (2013)

Optou-se na utilização desse tipo de estratégia a fim de reunir os diferentes recursos, pontos fortes e os pontos fracos, não justapostos dos métodos quantitativos e qualitativos. A utilização desse tipo projeto justifica-se quando o pesquisador quer triangular os métodos comparando-os e contrastando-os diretamente aos resultados estatísticos quantitativos com os achados qualitativos para propósitos de corroboração e validação (CRESWELL, 2013 SANTOS, et. al. 2017).

3.2 Cenário de estudo

Realizou-se o estudo nos serviços de saúde da ABS dos municípios que constituem a região do Vale do Paranhana, situada na porção nordeste do estado do Rio Grande do Sul (Figura 2).

Figura 2 - Mapa com a identificação dos municípios que compreendem a formação da Região do Vale do Paranhana



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

O Vale do Paranhana, no Rio Grande do Sul, conforme apresentado na figura anterior, é formado pelos municípios de Três Coroas, Igrejinha, Parobé, Taquara, Rolante e Riozinho, tendo seu nome proveniente do rio que banha os municípios da região. A população estimada para a região do Vale do Paranhana para 2019 é de 206.859 habitantes (BRASIL, 2019).

O setor econômico de maior importância na região é o industrial, mais precisamente o

calçadista, seguido pelo setor agropecuário e pela produção de hortifrutigranjeiros (FERREIRA, 2018). Em 2012, a média do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDESE na região era de 0,701, um pouco abaixo da média estadual de 0,744 (RIO GRANDE DO SUL, 2015). Essa condição reflete no cenário de desenvolvimento do setor saúde, o qual, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, dispõe de 43 Unidades Básicas de Saúde - UBS, algumas dessas unidades tem entre uma ou duas Estratégias de Saúde da Família - ESF, seis Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, além das Secretarias Municipais de Saúde - SMS de cada município (FERREIRA, 2018), conforme apresentados na Quadro 1:

A população estimada para a região do Vale do Paranhana para 2019 é de 206.859 habitantes (BRASIL, 2019). A rede de serviços da ABS dos municípios que compõem a região está dividida em territórios, conforme apresentados na Quadro 1:

Quadro 1: Serviços da ABS da região do vale do Paranhana, Taquara, 2019.

Município	Serviço de saúde		Total
IGREJINHA	- ESF Pedro Ivan Sparrenberger - ESF XV de Novembro - ESF Viaduto - ESF Vila Nova - ESF Armando Petry	- ESF Morada Verde - ESF Acácias - ESF Lajeado - ESF Bom Pastor	09
PAROBÉ	- UBS Central - ESF Jardim - ESF Cohab - ESF Laranjeiras	- ESF Morro da Pedra - ESF Vila Nova - ESF Santa Cristina do Pinhal	07
ROLANTE	- ESF Alto Rolante - ESF Alto Rolantinho Interior - ESF Imocasa - ESF Rio Branco - ESF Linha Reichert	- ESF Areia - ESF Boa Esperança - ESF Canta Galo - ESF Fazenda Passos	09
RIOZINHO	- ESF Riozinho		01
TAQUARA	- UBS Darcy Ribeiro - UBD Empresa - UBS Piaquito - ESF Santa Terezinha - UBS Mundo Novo - ESF Eldorado	- ESF Santa Cruz - ESF Fazenda Fialho - ESF Padilha - ESF Rio da Ilha - ESF Pega Fogo - ESF JeniferSchirmer	12
TRÊS COROAS	- UBS Central - ESF Sander - ESF Linha 28	- ESF Vila Nova - ESF Linha Café	05

Fonte: Elaborado pelo o autor, 2019.

3.3 Participantes, instrumentos e coletas de dados quantitativos

Na abordagem quantitativa foram convidados a participar os profissionais que compõem a equipe mínima da ESF: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS (n=476). Dentre os profissionais que compõem a equipe mínima da ESF apenas os dentistas e técnico/auxiliar bucal não foram incluídos. Foi abordada população total de trabalhadores das UBS da região estudado. Foram inseridos na pesquisa aqueles que atuavam na UBS há pelo menos seis meses, e excluídos aqueles que estavam afastados, de licença ou de férias. Foi abordada toda a população no intuito de garantir uma representatividade de toda a população. Foi realizado cálculo amostral admitindo 5% de erro, com nível de confiança de 95%, sendo assim, a amostra representativa para o estudo seria de 213 participantes para este estudo.

Para alcançar os objetivos propostos, foram aplicados dois instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Profissional (APÊNDICE A) e Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Questionário sociodemográfico e profissional: o instrumento abordou questões elaboradas pelo autor, a fim de, obter o perfil dos trabalhadores com informações do tipo: idade, sexo, escolaridade, estado civil, cargo, serviço de saúde, cidade, tipo do contrato, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho no cargo, número de afastamentos do trabalho, acidente de trabalho, e outros. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA): instrumento validado no Brasil, tem como objetivo avaliar algumas dimensões das relações de trabalho e processos de subjetivação, investigando o trabalho e os riscos de adoecimento provocados pelo trabalho, representando o contexto do trabalho, as exigências físicas, cognitivas e afetivas, e as vivências e os danos.

O ITRA completo é composto por quatro escalas, que avaliam quatro dimensões da inter-relação entre trabalho e riscos de adoecimento, sendo elas: a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (ANEXO A - escala 1), que descreve o contexto de trabalho, mediante representações relativas à organização, ao relacionamento socioprofissional e às condições do trabalho; a Escala de Custo Humano no Trabalho (ANEXO B- escala 2), que trata das exigências relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho; a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (ANEXO C - escala 3), que aborda sobre o sentido do trabalho e as representações relativas às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho; e a Escala de Danos Relacionados ao Trabalho (ANEXO D - escala 4), que analisa as representações relativas às consequências em termos de danos físicos e psicossociais (MENDES; FERREIRA, 2008)

Os questionários foram elaborados na plataforma *SurveyMonkey*, disponibilizado via internet, aos profissionais da ABS do Vale do Paranhana. O *Software*, denominado *SurveyMonkey*, foi utilizado com a finalidade de facilitar a coleta de dados, pois permite ao participante responder todas as perguntas, sem deixar nenhuma resposta em branco, além de analisar dados de forma segura, sem identificar os participantes, além de estruturar um breve tratamento dos dados. Então, após obtenção de contatos dos participantes foram encaminhados os questionários através de e-mails e mensagens de WhatsApp. Nesta fase o pesquisador obteve grande dificuldade em receber um retorno dos participantes, assim, fez-se necessário o deslocamento até as unidades de saúde para apresentação do projeto de pesquisa, assim como os objetivos do estudo, desta forma então, atingiu-se a amostra do estudo.

Realizou-se a coleta de dados no período de agosto a novembro de 2019.

3.4 Participantes, instrumentos e coletas de dados qualitativos

Para a abordagem qualitativa, participaram os gestores e/ou secretário de saúde de cada município, sendo um total de seis profissionais, ou seja, um representante de cada município.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A), individuais, as mesmas foram realizadas no ambiente de trabalho com agendamento prévio com os profissionais conforme disponibilidade, foram gravadas em áudio digital, transcritas na íntegra, após análise, serão guardados pelo pesquisador em local seguro por um período de 5 anos, após serão incineradas.

3.5 Análise e tratamento dos dados

Os dados quantitativos foram coletados através do *Software Survey monkey*. Tabulados no Excel. A análise dos dados quantitativos se deu com apoio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0. Para identificar as variáveis referentes ao perfil da amostra sobre as classificações da escala ITRA (Grave/Crítico/Satisfatório) foi empregado o teste Qui-quadrado e *Pearson*, onde nas tabelas de contingência 2x2, foi utilizada a correção de continuidade. Nas situações onde as tabelas de contingência apresentaram células com frequências esperadas superiores a 20% foi utilizado o teste *Exato de Fisher* (simulação de Monte Carlo). Para a verificação da consistência interna das escalas foi realizado o teste de *Alpha de Cronbach*.

A Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho e a Escala de Custo Humano no Trabalho, possuem cinco pontos que se referem à frequência de ocorrência de determinados fenômenos. Nestas, o valor 1 indica nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre. Os resultados dessas escalas terão suas análises feitas com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio. Para ambas, serão consideradas: acima de 3,7 (grave), entre 2,3 e 3,69 (crítica) e abaixo de 2,29 (satisfatória). Na Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho, para avaliação do prazer, serão considerados os seguintes parâmetros: maior ou igual a 4,0 = satisfatória; de 2,1 a 3,9 = crítica; menor ou igual a 2,0 = grave. Já para avaliação do sofrimento, serão utilizados parâmetros invertidos: menor ou igual a 2,0 = satisfatória; de 2,1 a 3,9 = crítica; maior ou igual a 4,0 = grave. Por fim, a Escala de Danos Relacionados ao Trabalho possui sete pontos, os quais avaliarão a ocorrência de indicadores de danos gerados pelo trabalho. A mesma possui 29 itens, e será considerado para a análise destes, quatro níveis de avaliação: negativa, que indicará a presença de doenças ocupacionais (acima de 4,1); moderada para frequente, grave (entre 3,1 e 4,0); avaliação moderada, crítico (escores entre 2,0 e 3,0); e avaliação mais positiva, suportável (escore igual ou abaixo de 1,9).

Os dados qualitativos obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra, sistematizados com auxílio do *Software* NVivo 11. Trata-se de um *Software* de pesquisa qualitativa que permite ao pesquisador gerenciar as informações contidas nas transcrições das entrevistas. Os dados foram transcritos e submetidos à análise do tipo temática. Nesta análise propõe-se identificar os núcleos de sentido das falas dos participantes, observando os temas significativos (MINAYO, 2014). A análise seguiu os passos descritos por Minayo (2014), no qual foram obedecidas às etapas de pré-análise e organização sistemática da literatura encontrada, de acordo com a técnica utilizada, após, procedeu-se a uma leitura flutuante para estabelecer um contato com os elementos a serem analisados, e posteriormente, foi realizado a escolha do material para análise, determinando-se *a priori* o que era susceptível de fornecer informações sobre o problema levantado (MINAYO, 2014). Obteve-se três categorias temáticas de análise, sendo elas: A saúde dos profissionais na percepção dos gestores; (Des) potencialidades para efetivação à saúde dos trabalhadores. Potencialidades da gestão em prol da saúde dos trabalhadores.

Ao final, foi realizada a triangulação dos dados, obtidos nas abordagens quantitativas e qualitativas da pesquisa com objetivo de tornar mais convincentes e precisas as informações obtidas por diferentes métodos e técnicas utilizados em pesquisas, visando à qualidade, profundidade e validade da análise dos dados (SANTOS, et. al. 2017). Foi possível perceber a

complementaridade e divergências entre o questionário e as entrevistas, reforçando a presença de risco de adoecimento no trabalho.

3.6 Considerações bioéticas

O estudo contemplou as prerrogativas bioéticas, conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos, presentes na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/CONEP (BRASIL, 2012). O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil com vistas à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Taquara (CEP/FACCAT) para devido registro e anuência. Recebeu parecer aprovado com número: 2.837.894, e CAAE 94716818.4.0000.8135. Posteriormente a aprovação da Plataforma Brasil, foi aprovado a liberação pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município para a realização da pesquisa, por meio da carta de anuência. E então após as aprovações, o pesquisador montou o questionário on-line, conforme especificado anteriormente, e entrou em contato com os secretários de saúde dos municípios para agendar as entrevistas.

Foi garantido o caráter de livre participação da pesquisa aos participantes dos estudos, assegurando-lhes que a pesquisa é isenta de influências hierárquicas de quaisquer naturezas, as quais possam influenciar no vínculo empregatício junto à instituição campo de estudo. Os mesmos tiveram garantia de que as informações coletadas seriam utilizadas somente para fins do estudo, e de que, ao veicular suas contribuições à comunidade científica, seu anonimato será preservado. Aspectos desta natureza estão descritos nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O primeiro TCLE foi apresentado no momento em que foram convidados virtualmente a contribuir com o preenchimento do instrumento disponibilizado on-line, via *Survey monkey*, sendo sua anuência formalizada ao clicar no ícone “Recebi todas informações necessárias sobre os objetivos da pesquisa de forma clara e compreensível e concordo em participar do estudo”, a aceitação possibilitará ao participante prosseguir no preenchimento do questionário. O segundo TCLE foi apresentado no momento em que os profissionais foram abordados pelo pesquisador para realização da entrevista, na qual foi assinado em duas vias de igual conteúdo, uma destinada ao participante e outra ficou retida com o pesquisador.

O estudo considerou como risco a possibilidade de eventual desconforto ao responder os questionários, e perguntas durante as entrevistas, sendo-lhe conferida a liberdade de interrompê-la quando achar necessário, ou mesmo de retirar seu consentimento a qualquer

momento, deixando de participar do estudo sem que isto lhe trouxesse qualquer prejuízo. E aos benefícios, o estudo visou a investigação do ambiente de trabalho dos profissionais da ABS, contribuindo cientificamente para área da enfermagem, e, sobretudo para os serviços de saúde, na qual, poderão ser envolvidas estratégias que possibilitem a qualificação de ações em prol da saúde do trabalhador na ABS do Vale do Paranhana.

Para assegurar o anonimato, os discursos foram identificados com as letras “E”, em referência à palavra entrevistado, seguido do número, conforme a sequência de sua realização.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se inicialmente, os dados relativos à análise quantitativa, na sequência, apresentam-se os dados qualitativos analisados a partir dos relatos das entrevistas. Portanto estão organizados da seguinte forma: Resultados Quantitativos e Resultados Qualitativos.

4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

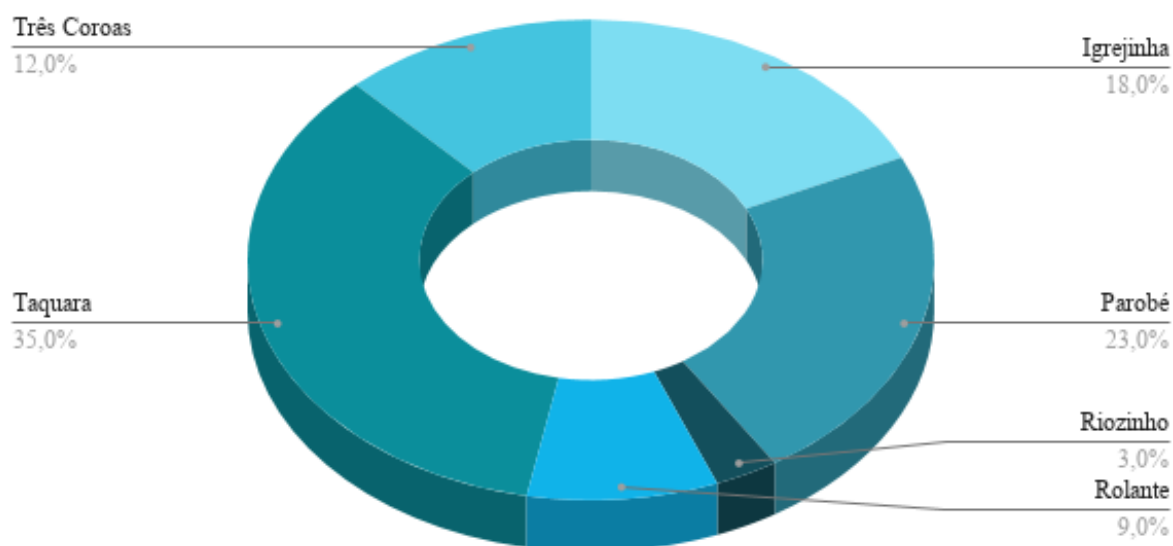
Neste tópico apresentam-se os dados referentes a se os dados resultantes da abordagem quantitativa da pesquisa. Os resultados referentes aos questionários sociodemográfico e profissional e os resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) preenchido pelos profissionais das equipes da ABS do Vale do Paranhana (RS).

4.1.1 Caracterização dos dados sociodemográficos profissional

O trabalho nas equipes da ABS do Vale do Paranhana e o risco para o adoecimento relacionado ao trabalho foi identificado mediante aplicação do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento – ITRA, em todos os seis municípios e seus respectivos serviços de saúde.

A amostra foi composta por 260 participantes. Os municípios em que os profissionais mais preencheram as escalas do ITRA foram Taquara 35,38% e Parobé 23,46%, seguido por Igrejinha 18,1%, Três Coroas 11,54%, Rolante 8,85% e Riozinho 2,69%, conforme ilustra o Gráfico 1 a participação dos profissionais nos seis municípios que compõem a região.

Gráfico 1- Distribuição do número de profissionais que preencheram o ITRA conforme os municípios do Vale do Paranhana. Taquara, RS, 2019.



Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

No intuito de caracterizar a amostra nas 43 unidades de saúde, elaborou-se uma tabela com os dados referentes ao sexo, escolaridade, estado civil, cargo/função, tempo de trabalho tipo de vínculo, carga horária semanal, se exerce alguma segunda função remunerada, e se teve algum afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos seis meses. A caracterização dos dados sociodemográficos e profissionais da amostra segue na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores que atuam na rede de Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana do Rio Grande do Sul. Taquara, 2019.

Variáveis		N= 260
Idade	Média±Desvio Padrão	36,65±9,8
Sexo	Feminino	(183) 70,40%
	Masculino	(77) 29,60%
Escolaridade	Ensino médio completo	(128) 49,20%
	Ensino Técnico	(47) 18,10%
	Graduação	(42) 16,20%
	Pós-Graduação	(43) 16,50%
Estado civil	Casado (a)	(191) 73,50%
	Solteiro (a)	(69) 26,50%
Cargo/função	Agente Comunitário de Saúde	(138) 53,10%
	Técnico de Enfermagem	(50) 19,20%
	Enfermeiro	(57) 21,95%
	Médico	(15) 5,80%
Tempo de trabalho	até 2 anos	(78) 30,00%
	de 2 a 5 anos	(133) 51,20%
	de 6 a 10 anos	(38) 14,60%
	Mais de 10 anos	(11) 4,20%
Tipo de vínculo	Contratado	(139) 53,50%
	Concursado	(121) 46,50%
Carga horária semanal	Até 20 horas	(39) 15,00%
	20 a 30 horas	(3) 1,20%
	30 a 40 horas	(27) 79,60%
	Mais de 40 horas	(11) 4,20%
Exerce segunda função remunerada	Sim	(222) 85,40%
	Não	(38) 14,60%
Renda mensal	Até 2 salários mínimos	(172) 66,20%
	2 a 3 salários mínimos	(26) 10,00%
	4 a 6 salários mínimos	(41) 15,80%
	Mais de 6 salários mínimos	(21) 8,10%

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

Conforme apresentado na Tabela 1, foi possível inferir que a média de idade em anos dos trabalhadores é de 36,65 (DP=9,8)anos, sendo 70,4% do sexo feminino e 29,6% do sexo

masculino. Verifica-se que 49,2% dos trabalhadores cursaram o nível médio completo; 18,1% possuem nível técnico. 32,7% dos participantes possuem curso de nível superior, desses, 16,5% possuem pós-graduação, sendo que apenas um participante possui pós-graduação *stricto sensu* os demais cursaram pós-graduação *lato sensu*. Referente ao estado civil, a amostra total foi agrupada em duas categorias - casados e solteiros -, 73,5% são casados, ou seja vivem junto com companheiro, seja casado, em uma união estável ou civil, casamento civil ou solteiro mas vivendo com companheiro e, 26,5% são solteiros, foram agrupados a essa categoria, os divorciados, separados e viúvos. Quanto ao tipo de vínculo trabalhista, 53,5% dos sujeitos são concursados e 46,5% são contratados. A maioria 79,06% trabalham cerca de 30 a 40 horas semanais, 15,0% até 20 horas semanais, 1,2% trabalham entre 20 e 30 horas semanais, 4,2% mais de 40 horas semanais. Ao responderem sobre o exercício de uma segunda função remunerada, 14,6% responderam que sim. Na análise do variável afastamento do trabalho nos últimos 6 meses, verificou-se que 22,7% dos trabalhadores tiveram de um a três afastamentos relacionados ao trabalho, e 1,2% tiveram mais de 3 afastamentos relacionados ao trabalho.

Quando questionados sobre violência no trabalho 16,53% responderam que já sofreram violência no trabalho, do tipo agressão verbal 74,41%, 23,25% assédio moral e assédio sexual 2,32%

4.1.2 Inventário do Trabalho e Risco de Adoecimento – (ITRA)

Para melhor visualização e interpretação dos resultados e escores dos domínios e seus itens, são apresentados na Tabela 2 os escores relativos às quatro escalas que compõem o ITRA e seus domínios:

Tabela 2 - Parâmetros de análise dos relativos às quatro escalas que compõem o ITRA. Taquara, 2019.

	Avaliação mais negativa (Grave)	Avaliação mais moderada (crítico)	Avaliação mais positiva (satisfatória)
EACT			
Organização do Trabalho			
Condições de Trabalho	Acima de 3,7	Entre 2,3 e 3,69	Abaixo de 2,29
Relações socioprofissionais			
ECHT			
Custo Físico			
Custo Cognitivo	Acima de 3,7	Entre 2,3 e 3,69	Abaixo de 2,29
Custo Afetivo			
EADRT			
Danos Físicos			
Danos Sociais	Acima de 3,1	Entre 2 e 3	Abaixo de 1,9
Danos Psicológicos			
EIPST			
	Avaliação mais positiva (satisfatória)	Avaliação moderada (crítico)	Avaliação para raramente (Grave)
Liberdade de expressão	Acima de 4,0	Entre 2,1 e 3,9	Abaixo de 2,0
Realização profissional			
	Avaliação mais negativa (grave)	Avaliação moderada (crítico)	Avaliação menos negativo (Satisfatória)
Esgotamento Profissional			
Falta de reconhecimento	Acima de 4,0	Entre 2,1 e 3,9	Abaixo de 2,0

Fonte: Elaborado pelo autor, Adaptado de Mendes e Ferreira (2008), 2019.

Os parâmetros de avaliação são indicados na Tabela 2, a análise dos dados é feita com base no ponto médio e desvio padrão, conforme diretrizes dos autores do instrumento de pesquisa. A Tabela 3 apresenta as médias, medianas, desvio padrão, coeficiente de confiabilidade e a classificação de risco de adoecimento dos domínios das escalas do ITRA, de acordo com a avaliação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde.

Tabela 3 – Avaliação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana relativa ao Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento. Taquara, 2019.

Escalas e Domínios	Média	Med.	DP	Alfa de Cronbach	Classificação de Risco (n=260)		
					Grave	Crítico	Satisfatória
Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho							
Organização do Trabalho	3,18	3,18	0,65	0,801	60 (23,07)	171 (65,76)	29 (11,15)
Condições de Trabalho	2,53	2,50	0,94	0,928	29 (11,15)	116 (44,61)	115 (44,23)
Relações socioprofissionais	2,45	2,45	0,90	0,903	25 (9,61)	133 (51,15)	102 (39,23)

Continua...

Tabela 3 – Continuação. Avaliação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana relativa ao Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento. Taquara, 2019.

Escala e Domínios	Média	Med.	DP	Alfa de Cronbach	Classificação de Risco (n=260)		
					Grave	Crítico	Satisfatória
Escala de Custo Humano do Trabalho							
Custo Afetivo	2,64	2,73	0,70	0,894	7 (2,69)	165 (63,43)	88 (33,85)
Custo Cognitivo	2,98	3,00	0,55	0,843	34 (13,07)	205 (78,84)	21 (8,07)
Custo Físico	2,44	2,50	0,59	0,837	29(11,15)	116 (44,61)	88 (33,85)
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho							
Liberdade de expressão	3,78	3,88	1,56	0,889	39 (11,53)	97 (37,30)	124 (47,69)
Realização profissional	4,54	4,75	1,30	0,927	17 (6,53)	42 (16,15)	201 (77,30)
Esgotamento Profissional	3,43	3,28	1,75	0,914	101 (38,84)	93 (35,76)	66 (25,38)
Falta de reconhecimento	2,71	2,81	1,95	0,933	76 (29,23)	87 (33,46)	97 (37,30)
Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho							
Danos Físicos	2,42	2,16	1,40	0,888	83 (31,92)	77 (29,61)	100 (38,46)
Danos Psicológicos	2,07	2,30	2,14	0,896	119 (45,76)	15 (5,76)	126 (48,46)
Danos Sociais	2,67	1,50	1,80	0,964	80 (30,76)	21 (8,07)	159 (61,15)

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.
Abreviaturas: DP= desvio-padrão

Verifica-se na Tabela 3 que na Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho os três domínios receberam avaliação crítica. A Escala de Custo Humano do Trabalho recebeu avaliações críticas para os três domínios. Para a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho os profissionais consideraram grave o esgotamento profissional ao mesmo tempo satisfatório a liberdade de expressão, realização profissional, e a falta de reconhecimento. Todos os domínios da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho foram considerados satisfatórios.

Escala de Avaliação do contexto de trabalho

Apresenta-se, na Tabela 4, o número de sujeitos (n), segundo sua classificação nos domínios Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho. Para a análise dos dados as avaliações foram dicotomizadas em Grave/Crítico e Satisfatório.

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho. Taquara, 2019.

Domínios	Classificação de risco n=%		Média±DP
	Grave/crítico	Satisfatório	
Organização do Trabalho	231 (88,84)	29 (11,15)	3,18±0,65
Condições de Trabalho	145 (55,76)	115 (44,23)	2,53±0,94
Relações Socioprofissionais	158 (60,76)	102 (39,23)	2,45±0,90

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

Percebe-se que nos três domínios houve um número maior de trabalhadores com risco grave/crítico, sendo que a Organização do Trabalho foi o domínio avaliado deste modo pelo maior número de trabalhadores da ABS. Os resultados apontam para uma situação crítica. Evidencia-se uma avaliação mais grave associada à organização do trabalho.

D) Organização do Trabalho

Dentre as avaliações do domínio organização do trabalho, conforme apresentadas no Apêndice D, evidencia-se que os indicadores mais graves estão associados àqueles que se relacionam às tarefas repetitivas, existe fiscalização do desempenho, existe forte cobrança por resultados, existe divisão entre quem planeja e quem executa e o número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas.

Na tabela 5, apresenta-se a associação das avaliações obtidas por meio do domínio organização do trabalho com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos sujeitos.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Organização do Trabalho*. Taquara, 2019.

Variáveis	Grave/crítico (n=231)		satisfatório (=29)		p
	n	%	n	%	
Sexo					0,057 [§]
Masculino	64	27,7	13	48,8	
Feminino	167	72,3	16	55,2	
Cargo					0,034
ACS	126	54,5	12	41,4	
Técnico de Enfermagem	39	16,9	11	37,9	
Enfermeiro	51	22,1	6	20,7	
Médico	15	6,5	0	0	

Continua..

Tabela 5 – Continuação. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Organização do Trabalho*. Taquara, 2019.

Município					0,006. ^φ
Igrejinha	44	19	3	10,3	
Parobé	50	21,6	11	37,9	
Riozinho	7	3	0	0	
Rolante	16	6,9	7	24,1	
Taquara	84	36,4	8	27,6	
Três Coroas	30	13	0	0	
Tipo de Unidade					<0,0001 [§]
Urbana	165	71,4	15	51,7	
Rural	36	15,6	0	0	
Mista	30	13	14	48,3	
Tempo de Trabalho					0,023 [§]
Até 2 anos	64	27,7	14	48,3	
2 a 5 anos	124	53,7	9	31	
5 a 10 anos	35	15,2	3	10,3	
Mais de 10 anos	8	3,5	3	10,3	
Carga Horária					0,029 [§]
Até 20 horas	39	16,9	0	0	
20 a 30 horas	3	1,3	0	0	
30 a 40 horas	178	77,1	29	100	
Mais de 40 horas	11	4,8	0	0	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste qui-quadrado de Pearson. ^φ Teste Exato de Fisher.

O domínio Organização do Trabalho foi o que recebeu maior número de avaliações insatisfatórias pelos trabalhadores nessa escala. Na associação entre as avaliações e as variáveis, houve significância estatística para as variáveis sexo, cargo ocupado e tempo de trabalho na instituição. Os ACS apresentaram média mais Grave/Crítico quanto à Organização do Trabalho comparada às demais categorias de trabalhadores. Na comparação da classificação para a Organização do trabalho e as variáveis do perfil da amostra, houve associação estatisticamente significativa com o cargo ($p=0,034$), indicando que os casos com classificação Crítica, mostraram-se associados aos cargos ACS e Médicos. Por sua vez com os profissionais classificados como satisfatória a associação ocorreu com o cargo Técnicos Enfermagem.

Outro resultado que se mostrou representativo, foi o tempo de trabalho na instituição ($p=0,023$), indicando que, os profissionais com avaliação Crítica associaram-se ao tempo de trabalho de 2 a 5 anos, enquanto para os casos com classificação satisfatória, a associação significativa ocorreu com os tempos até 2 anos e mais de 10 anos.

Sobre as demais variáveis do perfil da amostra, os resultados não foram representativos na comparação com a classificação da organização do trabalho.

II) Condições de Trabalho

As avaliações do domínio condições de trabalho, apresentadas no Apêndice D, apontam que as avaliações mais críticas estão relacionadas com os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas, existe muito barulho no ambiente de trabalho e os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários.

A associação das avaliações do domínio condições de trabalho com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos sujeitos estão presentes na Tabela 6.

Na análise do domínio Condições de Trabalho houve significância estatística para as variáveis estado civil, município, tempo de trabalho, e renda. A comparação com o estado civil, evidenciou que, o grupo com avaliação Crítica associou-se aos casos sem companheiro(a) e, enquanto para a avaliação satisfatória a associação ocorreu com o grupo que relatou ter companheiro(a)

A variável município mostrou-se representativa ($p=0,007$), indicando que as avaliações grave/crítico relacionaram-se com o município de Taquara, enquanto os profissionais que apresentaram avaliação satisfatória para as condições de trabalho, mostraram-se associados aos municípios de Rolante e Igrejinha.

Tabela 6 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação das *Condições de Trabalho*. Taquara, 2019.

Variáveis	Grave/crítico (n=145)		Satisfatório (=117)		P
	n	%	n	%	
Estado civil					0,001 [§]
Com companheiro	95	65,5	96	83,5	
Sem companheiro	50	34,5	19	16,5	
Município					0,007 [§]
Igrejinha	21	14,5	26	22,6	
Parobé	33	22,8	28	24,3	
Riozinho	3	2,1	4	3,5	
Rolante	7	4,8	16	13,9	
Taquara	64	44,1	28	24,3	
Três Coroas	17	11,7	13	11,3	
Tempo Trabalho					<0,001 [§]
Até 2 anos	29	20,0	49	42,6	
2 a 5 anos	98	67,6	35	30,4	
5 a 10 anos	12	8,3	26	22,6	
Mais de 10 anos	6	4,1	5	4,3	
Renda					<0,001 [§]
Até 2 salários	108	74,5	64	55,7	
2 a 4 salários	12	8,3	14	12,2	
4 a 6 salários	10	6,9	31	27	
Mais de seis	15	10,3	6	5,2	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste qui-quadrado de Pearson. $P=<0,01$.

A comparação com o tempo de trabalho na instituição ($p < 0,001$) indicou que, os profissionais com avaliação Grave/Crítico nas Condições de Trabalho, associaram-se ao tempo de 2 a 5 anos, enquanto, com os casos com classificação satisfatória, a relação significativa ocorreu com o tempo de até 2 e de 5 a 10 anos.

No que se refere a comparação com a renda, verificou-se que, os profissionais com avaliação Grave/Crítico nas Condições de Trabalho, mostraram-se significativamente associados com a renda de até 2 salários mínimos, enquanto, os casos com avaliação satisfatória, a associação ocorreu com a faixa de rendimento de 4 a 6 salários mínimos. Sobre as demais variáveis do perfil da amostra, os resultados não foram representativos na comparação com a classificação das condições de trabalho.

III) Relações Socioprofissionais

No que tange às relações socioprofissionais, em geral, os trabalhadores avaliam suas relações sociais como crítica, destacam as que os funcionários são excluídos das decisões, as tarefas executadas sofrem descontinuidade, existe disputa no ambiente de trabalho e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional, conforme apresentados no Apêndice D. Na Tabela 7, apresentam-se as avaliações desse domínio associadas às variáveis sociodemográficas e profissionais do estudo.

Tabela 7– Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação das *Relações Socioprofissionais*. Taquara, 2019.

Variáveis	Grave/crítico (n=158)		Satisfatório (n=102)		P
	n	%	n	%	
Município					
Igrejinha	23	14,6	24	23,5	0,024 [§]
Parobé	36	22,8	25	24,5	
Riozinho	5	3,2	2	2,0	
Rolante	11	7,0	12	11,8	
Taquara	68	43,0	24	23,5	
Três Coroas	15	9,5	15	14,7	
Tempo Trabalho					
Até 2 anos	49	31,0	29	28,4	0,027 [§]
2 a 5 anos	88	55,7	45	44,1	
5 a 10 anos	15	9,5	23	22,5	
Mais de 10 anos	6	3,8	5	4,9	

Continua..

Tabela 7– Continuação. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação das *Relações Socioprofissionais*. Taquara, 2019.

Vínculo Empregatício					0,015 [§]
Concursado	94	59,5	45	44,1	
Contratado	64	40,5	57	55,9	
Carga Horária					<0,001 [§]
Até 20 horas	30	19,0	9	8,8	
20 a 30 horas	0	0,0	3	2,9	
30 a 40 horas	117	74,1	90	88,2	
Mais de 40 horas	11	7,0	0	0	
Segunda Função					0,001 [§]
Não	126	79,7	96	94,1	
Sim	32	20,3	6	5,9	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste qui-quadrado de Pearson. $P < 0,01$.

Os resultados obtidos foram significativos para as variáveis município, tempo de trabalho, vínculo empregatício, carga horária e exercer uma segunda função remunerada, para as demais variáveis não houve resultados significativos.

Na relação entre Relações socioprofissionais e município, a associação significativa ($p=0,024$) evidenciou que, os trabalhadores com avaliação Grave/Crítico associaram-se ao município de Taquara; já, com a avaliação satisfatória das relações socioprofissionais as associações representativas ocorreram com os municípios de Igrejinha e Rolante.

Em relação ao tempo de trabalho ($p=0,027$) pesou negativamente, indicando avaliação Grave/Crítico, para aqueles que trabalham de 2 a 5 anos, enquanto os que trabalham de 5 a 10 anos associaram-se positivamente as relações socioprofissionais. Para carga horária ($p < 0,001$), a avaliação Grave/Crítico para as relações socioprofissionais mostrou-se relacionada com os que trabalham até 20 e mais de 40 horas; para os casos com a avaliação satisfatória, a associação ocorreu com os períodos de 20 a 30 e de 30 a 40 horas semanais.

Na associação das relações socioprofissionais com o vínculo de trabalho ($p=0,015$), verificou-se que a avaliação Grave/Crítico se mostrou relacionada aos profissionais concursados, e no grupo com avaliação satisfatória a associação ocorreu com os contratados.

Ainda, houve associação dos profissionais que exercem uma segunda função remunerada com a avaliação Grave/Crítico das Relações Socioprofissionais, enquanto com os investigados que não exercem uma segunda função a associação ocorreu com a avaliação satisfatória ($p=0,001$).

Escala de Avaliação ao Custo Humano no Trabalho

Apresenta-se, na Tabela 8, a classificação dos domínios da Escala de Avaliação ao Custo Trabalho.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Avaliação ao Custo Trabalho. Taquara, 2019.

Domínios	Classificação de risco n=%		Média±DP
	Grave/crítico	Satisfatório	
Custo Afetivo	172 (66,15)	88 (33,85)	2,64±0,70
Custo Cognitivo	239 (91,92)	21 (7,78)	2,98±0,55
Custo Físico	172 (66,15)	88 (33,85)	2,44±0,59

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

Na avaliação do custo humano no trabalho, nota-se que todos os domínios tiveram maior proporção de trabalhadores no grupo com risco grave/crítico para o adoecimento.

D) Custo afetivo

Em relação ao custo afetivo no trabalho à classificação das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo o risco para adoecimento no domínio Custo Afetivo, apresenta-se na Tabela 9.

Tabela 09 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação dos *Custos Afetivos*. Taquara, 2019.

Variáveis	Grave/crítico (n=172)		satisfatório (n=88)		P
	n	%	n	%	
Estado civil					0,005[§]
Com companheiro	117	68,0	74	84,1	
Sem companheiro	55	32,0	14	15,9	
Município					<0,001[§]
Igrejinha	23	13,4	24	27,3	
Parobé	54	31,4	7	8,0	
Riozinho	3	1,7	4	4,5	
Rolante	13	7,6	10	11,4	
Taquara	65	37,8	27	30,7	
Três Coroas	14	8,1	16	18,2	

Continua...

Tabela 09 – Continuação. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação dos *Custos Afetivos*. Taquara, 2019.

Carga Horária					<0,001^φ
Até 20 horas	36	20,9	3	3,4	
20 a 30 horas	3	1,7	0	0	
30 a 40 horas	122	70,9	85	96,6	
Mais de 40 horas	11	6,4	0	0	
Segunda Função					<0,001[§]
Não	137	79,7	85	96,6	
Sim	35	20,3	3	3,4	
Renda					0,003[§]
Até 2 salários	101	58,7	71	80,7	
2 a 4 salários	23	13,4	3	3,4	
4 a 6 salários	33	19,2	8	9,1	
Mais de seis	15	8,7	6	6,8	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019. [§]Teste Qui-quadrado de Pearson ^φ Teste Exato de Fisher.

Na avaliação dos trabalhadores, os itens que receberam avaliações mais críticas foi ter controle das emoções, ter custo emocional, ser obrigado a lidar com agressividade dos outros, disfarçar os sentimentos e ter que lidar com ordens contraditórias. A avaliação de todos os itens está no Apêndice E.

Dentre as associações entre a caracterização geral da amostra e a classificação para o Custos Afetivos. Houve resultados significativos para o estado civil ($p=0,005$), município ($p<0,001$), carga horária ($p<0,001$), exercer segunda função ($p<0,001$) e a renda ($p=0,003$).

A análise com o estado civil, apontou que os casos com avaliação Grave/Crítico associaram-se aos profissionais sem companheiro(a), e para a avaliação satisfatória a associação ocorreu com os casos que declararam viver com companheiro(a). Sobre o município, a avaliação crítica relacionou-se com a localidade de Parobé, enquanto, nos casos com avaliação satisfatória, a associação representativa ocorreu com Igrejinha, Riozinho e Três Coroas. Para a carga horária, quando a avaliação foi crítica/grave para os Custos Afetivos a associação ocorreu com os períodos de até 2 e mais de 40 horas; enquanto que, com os profissionais com avaliação satisfatória houve relação com a carga horária de 30 a 40 horas.

Considerando-se a segunda função, a presença desta mostrou-se relacionada aos grupos com avaliação crítica/negativa, e os casos que não apresentaram uma segunda função a associação significativa correu com a avaliação satisfatória. No que se refere à renda, verificou-se que o grupo com avaliação crítica/grave relacionou-se à faixa de 2 a 6 salários mínimos, enquanto entre os profissionais com avaliação satisfatória a associação aconteceu com a faixa de até 2 salários mínimos.

II) Custo cognitivo

Os indicadores relativos ao custo cognitivo dos trabalhadores são os que apresentam resultados mais graves. Em geral, precisam usar a memória no cotidiano do trabalho, e, para tal, faz-se necessário: ser obrigado a lidar com imprevistos, ter que resolver problemas e fazer esforço mental. As avaliações completas do domínio estão presentes no Apêndice E.

Na tabela 10 apresenta-se a classificação do domínio custo cognitivo as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Tabela 10– Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Custo Cognitivo*. Taquara, 2019.

Variável	Grave/crítico (n=239)		satisfatório (n=21)		P
	n	%	n	%	
Cargo					0,008+
ACS	123	51,5	15	71,4	
Técnico de Enfermagem	47	19,7	3	14,3	
Enfermeiro	57	23,8	0	0	
Médico	12	5,0	3	14,3	
Município					0,007^φ
Igrejinha	47	19,7	0	0,0	
Parobé	55	23,0	6	28,6	
Riozinho	4	1,7	3	14,3	
Rolante	20	8,4	3	14,3	
Taquara	86	36,0	6	28,6	
Três Coroas	27	11,3	3	14,3	
Tempo Trabalho					<0,001[§]
Até 2 anos	72	30,1	6	28,6	
2 a 5 anos	121	50,6	12	57,1	
5 a 10 anos	38	15,9	0	0	
Mais de 10 anos	8	3,3	3	14,3	
Segunda Função					0,003[§]
Não	201	84,1	21	100,0	
Sim	38	15,9	0	0	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado^φ Teste Exato de Fisher.

Através da distribuição das variáveis segundo o risco, verificou-se, dentre os resultados significativos, haverá ocorrência de uma maior demanda cognitiva para os trabalhadores com tempo de trabalho ($p < 0,001$) de 5 a 10 anos e exercer uma segunda função ($p = 0,003$), todos avaliados com grave/crítico. Observa-se também que entre o grupo de profissionais com maior risco de adoecimento para o custo cognitivo estão os enfermeiros ($p = 0,008$). Ao comparar os municípios, Igrejinha é o município com maior exigência do custo cognitivo.

D) Custo físico

Para o domínio custos físicos, as avaliações mais críticas estão relacionadas ao ter que caminhar, usar as mãos de forma repetidas e usar as pernas de forma contínua. As demais classificações estão no Apêndice E. A distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a classificação de risco no domínio Custo Físico, mostra-se na Tabela 11.

Tabela 11– Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Custo Físico*. Taquara, 2019.

Variáveis	Grave/crítico (n=172)		satisfatório (n=88)		P
	n	%	n	%	
Cargo					0,007[§]
ACS	111	64,5	27	30,7	
Técnico de Enfermagem	33	19,2	17	19,3	
Enfermeiro	28	16,3	29	33,0	
Médico	0	0,0	15	17,0	
Município					0,006[§]
Igrejinha	35	20,3	12	13,6	
Parobé	30	17,4	31	35,2	
Riozinho	3	1,7	4	4,5	
Rolante	13	7,6	10	11,4	
Taquara	67	39,0	25	28,4	
Três Coroas	24	14,0	6	6,8	
Tempo Trabalho					<0,001[§]
Até 2 anos	38	22,1	40	45,5	
2 a 5 anos	103	59,9	30	34,1	
5 a 10 anos	29	16,9	9	10,2	
Mais de 10 anos	2	1,2	9	10,2	
Carga Horária					0,002^φ
Até 20 horas	33	19,2	6	6,8	
20 a 30 horas	3	1,7	0	0	
30 a 40 horas	133	77,3	74	84,1	
Mais de 40 horas	3	1,7	8	9,1	
Renda					<0,001[§]
Até 2 salários	128	74,4	44	50,0	
2 a 4 salários	15	8,7	11	12,5	
4 a 6 salários	26	15,1	15	17,0	
Mais de seis	3	1,7	18	20,5	
Afastamento/Atestado					0,001^φ
1 a 3	50	29,1	9	10,2	
Nenhum	119	69,2	79	89,8	
Mais de 3	3	1,7	0	0	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado^φ Teste Exato de Fisher.

Verificou-se na Tabela 11, que a diferença significativa entre os grupos ocorreu na variável profissão. Os ACS apresentaram percentual mais elevado no resultado grave/crítico do domínio, enquanto os médicos alcançaram maior percentual satisfatório. Também nessa

perspectiva os que ganham até 2 salários mínimos associam-se ao maior risco de adoecimento de custo físico.

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

No que tange às vivências de prazer e sofrimento no trabalho, os profissionais da ABS consideram que encontram em seu trabalho fonte de prazer, em geral, manifestadas em situações de Realização Profissional e Liberdade de Expressão, enquanto as manifestações de sofrimento no trabalho aparecem nas situações de Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento. Apresenta-se na Tabela 12, a média geral e a classificação dos domínios Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Indicadores de Prazer e sofrimento no de Trabalho. Taquara, 2019.

Domínios	Classificação de risco n=%		Média±DP
	Grave/crítico	Satisfatório	
Realização Profissional	136 (52,30)	124 (47,7)	3,78± 1,56
Liberdade de Expressão	59 (22,70)	201 (77,3)	4,54± 1,30
Esgotamento Profissional	194 (74,62)	66 (25,38)	3,43± 1,75
Falta de reconhecimento	163 (62,70)	97 (37,30)	2,71± 1,95

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

Conforme apresentado na Tabela 12, apenas em Liberdade de Expressão houve maior número de profissionais no grupo com avaliação positiva para indicadores de prazer. As avaliações especificadas de cada item nos quatro domínios da escala estão presentes no Apêndice F.

I) Realização Profissional

Mesmo o domínio Realização Profissional obter uma avaliação grave/crítico, também recebeu avaliações satisfatórias como orgulho pelo que faz e a identificação com as tarefas. Contudo as avaliações mais negativas consideradas como grave/crítico estão relacionadas com o bem-estar, a gratificação pessoal com as atividades e a realização pessoal.

A classificação das variáveis sociodemográficas e profissionais e o domínio realização profissional, mostra-se na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Realização Profissional*. Taquara, 2019.

Variável	Satisfatório (n=124)		Grave/crítico (n=136)		P
	n	%	n	%	
Cargo					<0,001[§]
ACS	48	38,7	90	66,2	
Enfermeiro	41	33,1	9	6,6	
Técnico Enfermagem	26	21,0	31	22,8	
Médico	9	7,3	6	4,4	
Município					<0,001[§]
Igrejinha	21	16,9	26	19,1	
Parobé	39	31,5	22	16,2	
Riozinho	2	1,6	5	3,7	
Rolante	19	15,3	4	2,9	
Taquara	34	27,4	58	42,6	
Três Coroas	9	7,3	21	15,4	
Tempo Trabalho					<0,001[§]
Até 2 anos	57	46,0	21	15,4	
2 a 5 anos	45	36,3	88	64,7	
5 a 10 anos	17	13,7	21	15,4	
Mais de 10 anos	5	4,0	6	4,4	
Vínculo Empregatício					0,016[§]
Concursado	76	61,3	63	46,3	
Contratado	48	38,7	73	53,7	
Renda					0,008[§]
Até 2 salários	76	61,3	96	70,6	
2 a 4 salários	20	16,1	6	4,4	
4 a 6 salários	16	12,9	25	18,4	
Mais de seis	12	9,7	9	6,6	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado

Conforme a Tabela 13, entre os resultados com diferenças significativa estão as variáveis cargo ($p < 0,001$), o município ($p < 0,001$), o tempo de trabalho ($p < 0,001$), o vínculo empregatício ($p = 0,016$) e a renda ($p = 0,008$). Os ACS avaliaram como grave/crítico enquanto os demais profissionais foram satisfatórios. Para a variável tempo de trabalho, receberam mais avaliações satisfatórias os profissionais que trabalham até dois anos. Pode-se inferir que quanto mais aumenta o tempo de trabalho maior é a influência negativa na realização profissional.

II) Liberdade de Expressão

Todos os itens do domínio receberam avaliações satisfatórias, exceto a confiança entre colegas, Apêndice C. Observa-se que as maiores avaliações são para a solidariedade entre os

colegas, Liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas, liberdade para usar a criatividade e a liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho. A classificação das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo o risco de adoecimento mostra-se na Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação das *Liberdade de Expressão*. Taquara, 2019.

Variável	satisfatório (n=201)		Grave/crítico (n=59)		P
	n	%	n	%	
Cargo					0,009[§]
ACS	111	55,2	27	45,8	
Enfermeiro	44	21,9	6	10,2	
Técnico Enfermagem	37	18,4	20	33,9	
Médico	9	4,5	6	10,2	
Vínculo Empregatício					0,005[§]
Concursado	117	58,2	22	37,3	
Contratado	84	41,8	37	62,7	
Segunda Função					0,024[§]
Não	177	88,1	45	76,3	
Sim	24	11,9	14	23,7	
Renda					0,035[§]
Até 2 salários	142	70,6	30	50,8	
2 a 4 salários	18	9,0	8	13,6	
4 a 6 salários	26	12,9	15	25,4	
Mais de seis	15	7,5	6	10,2	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado

Dentre as comparações observa-se que o grupo de trabalhadores contratados ($p=0,005$) foram os que avaliaram como grave/crítico, ao mesmo tempo que os concursados a maior avaliação foi satisfatória. Também para a variável cargo ($p=0,009$) os técnicos de enfermagem e médicos avaliaram grave/crítico a liberdade de expressão em comparação com os outros profissionais.

III) Esgotamento Profissional

É possível perceber que todas as sete questões da escala foram consideradas grave/crítico, sendo o domínio que recebeu maior avaliação negativa. O Esgotamento profissional está relacionados às questões de estresse no trabalho, o esgotamento emocional, a frustração e a sobrecarga no trabalho. A distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a classificação de Risco no domínio Esgotamento Profissional, mostra-se na Tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação do *Esgotamento Profissional*. Taquara, 2019.

Variável	Grave/crítico (n=199)		satisfatório (n=61)		P
	n	%	n	%	
Sexo					0,026[§]
Masculino	52	26,1	25	41,0	
Feminino	147	73,9	36	59,0	
Estado civil					0,001[§]
Com companheiro	136	68,3	55	90,2	
Sem companheiro	63	31,7	6	9,8	
Cargo					0,008[§]
ACS	111	55,8	27	44,3	
Enfermeiro	29	14,6	21	34,4	
Técnico Enfermagem	47	23,6	10	16,4	
Médico	12	6,0	3	4,9	
Carga Horária					0,012^φ
Até 20 horas	36	18,1	3	4,9	
20 a 30 horas	3	1,5	53	86,9	
30 a 40 horas	154	77,4	5	8,2	
Mais de 40 horas	6	3,0	0	0,0	
Segunda Função					0,014[§]
Não	164	82,4	58	95,1	
Sim	35	17,6	3	4,9	
Afastamento/Atestado					0,001[§]
1 a 3	53	26,6	6	9,8	
Nenhum	143	71,9	55	90,2	
Mais de 3	3	1,5	0	0	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado^φ Teste Exato de Fisher.

Houve maior percentual de profissionais mais jovens que tiveram suas respostas classificadas como Grave/Crítico ($p=0,02$), os quais, tinham menor tempo de trabalho na instituição ($p=0,025$). Também, houve diferença significativa entre os grupos quanto á profissão dos trabalhadores.

IV) Falta de Reconhecimento

O sofrimento é referenciado pelos trabalhadores em situações nas quais vivenciam a indignação, a desvalorização e a falta de reconhecimento no trabalho, de modo que estes trabalhadores se vêem esgotados profissionalmente.

A distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a classificação de Risco no domínio Falta de Reconhecimento, mostra-se na Tabela 16.

Tabela 16– Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação da *Falta de Reconhecimento*. Taquara, 2019.

Variável	Grave/crítico (n=165)		satisfatório (n=95)		P
	n	%	n	%	
Estado Civil					0,003[§]
Com companheiro	111	67,3	80	84,2	
Sem companheiro	54	32,7	15	15,8	
Cargo					0,017[§]
ACS	93	56,4	45	47,4	
Enfermeiro	25	15,2	25	26,3	
Técnico Enfermagem	41	24,8	16	16,8	
Médico	6	3,6	9	9,5	
Tempo de Trabalho					<0,001[§]
Até 2 anos	51	30,9	27	28,4	
2 a 5 anos	97	58,8	36	37,9	
5 a 10 anos	12	7,3	26	27,4	
Mais de 10 anos	5	3,0	6	6,3	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado

Verifica-se na Tabela 16, que em todas as variáveis o maior número de trabalhadores teve suas respostas classificadas como grave/crítico, exceto para o item *discriminação*. Houve diferença significativa nas variáveis tempo de trabalho ($p < 0,001$), estado civil ($p = 0,003$) e o cargo ($p = 0,017$).

Escada de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho

Apresenta-se, na Tabela 17, o número de sujeitos (n) e a classificação de risco nos três domínios da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica à Saúde do Vale do Paranhana nos domínios da Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho. Taquara, 2019.

Domínios	Classificação de risco n=%		Média±DP
	Grave/crítico	Satisfatório	
Danos Físicos	160 (61,5)	100 (38,5)	2,42±1,40
Danos sociais	101 (38,8)	159 (61,2)	2,07±1,80
Danos Psicológicos	134 (51,5)	126 (48,5)	2,67±2,14

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

Os resultados sugerem risco satisfatório associados aos danos sociais, e grave/crítico a danos físicos e danos psicológicos.

D) Danos Físicos

Constatou-se avaliações grave/crítico relacionadas a esses danos, conforme o Apêndice G, expressos principalmente em dores de cabeça, pernas, costas, dores no corpo e alterações no sono. A classificação das variáveis sociodemográficas e profissionais e o domínio danos físicos mostra-se na Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação dos *Danos Físicos*. Taquara, 2019.

Variável	Grave/crítico (n=160)		satisfatório (n=100)		P
	n	%	n	%	
Cargo					0,003[§]
ACS	99	61,9	39	39,0	
Enfermeiro	26	16,3	24	24,0	
Técnico Enfermagem	26	16,3	31	31,0	
Médico	9	5,6	6	6,0	
Tempo de Trabalho					<0,001[§]
Até 2 anos	42	26,3	36	36,0	
2 a 5 anos	98	61,3	35	35,0	
5 a 10 anos	12	7,5	26	26,0	
Mais de 10 anos	8	5,0	3	3,0	
Renda					0,001[§]
Até 2 salários	119	74,4	53	53,0	
2 a 4 salários	15	9,4	11	11,0	
4 a 6 salários	14	8,8	27	27,0	
Mais de seis	12	7,5	9	9,0	
Afastamento/Atestado					<0,001^ϕ
1 a 3	48	30,0	11	11,0	
Nenhum	109	68,1	89	89,0	
Mais de 3	3	1,9	0	0,0	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado^ϕ Teste Exato de Fisher.

Conforme apresentado na Tabela 18, observou-se maior percentual classificado no grupo grave/crítico e houve diferença mais significativas na variáveis cargo ($p=0,003$), tempo de trabalho ($p<0,001$), renda ($0,001$) e afastamento ($p<0,001$). Observa-se que dentre as avaliações, para a variável cargo, os ACS foram os que deram as maiores avaliações negativas, ou seja, grave/crítica.

II) Danos sociais

Embora o domínio Danos Sociais seja considerado satisfatório, obteve avaliação considerada grave/crítico nos itens vontade de desistir de tudo e tristeza, conforme apresentado no Apêndice G.

A classificação de risco das variáveis sociodemográficas e profissionais no domínio danos sociais, mostra-se na Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação dos *Danos Sociais*. Taquara, 2019.

Variável	Grave/crítico (n=101)		satisfatório (n=159)		P
	n	%	n	%	
Estado Civil					0,003[§]
Com companheiro	64	63,4	127	79,9	
Sem companheiro	37	36,6	32	20,1	
Município					0,002[§]
Igrejinha	23	22,8	24	15,1	
Parobé	34	33,7	27	17,0	
Riozinho	4	4,0	3	1,9	
Rolante	7	6,9	16	10,1	
Taquara	27	26,7	65	40,9	
Três Coroas	6	5,9	24	15,1	
Carga Horária					<0,001^ϕ
Até 20 horas	24	23,8	15	9,4	
20 a 30 horas	0	0,0	3	1,9	
30 a 40 horas	77	76,2	130	81,8	
Mais de 40 horas	0	0,0	11	6,9	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado^ϕ Teste Exato de Fisher.

Na distribuição das variáveis dos trabalhadores segundo o risco de adoecimento para as variáveis estado civil ($p=0,003$), município ($p=0,002$), carga horária ($p=<0,001$). Nas demais variáveis não houve diferença significativa entre as variáveis.

III) Danos psicológicos

No que tange aos danos psicológicos, recebendo uma avaliação maior satisfatória no geral, destacam-se entre grave/crítico os itens vontade de ficar sozinho, impacientes com as pessoas em geral e conflitos nas relações familiares, conforme apresentado no Apêndice G. A distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a classificação de risco no domínio Danos Psicológicos, mostra-se na Tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, segundo a classificação do risco na avaliação dos *Danos Psicológicos*. Taquara, 2019.

Variável	Grave/crítico (n=158)		satisfatório (n=102)		P
	n	%	n	%	
Município					0,011[§]
Igrejinha	32	23,9	15	11,9	
Parobé	35	26,1	26	20,6	
Riozinho	4	3,0	3	2,4	
Rolante	7	5,2	16	12,7	
Taquara	38	28,4	54	42,9	
Três Coroas	18	13,4	12	9,5	
Tempo de Trabalho					<0,001[§]
Até 2 anos	52	38,8	26	20,6	
2 a 5 anos	68	50,7	65	51,6	
5 a 10 anos	9	6,7	29	23,0	
Mais de 10 anos	5	3,7	6	4,8	
Afastamento Atestado					<0,001^φ
1 a 3	47	35,1	12	9,5	
Nenhum	84	62,7	114	90,5	
Mais de 3	3	2,2	0	0	

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[§]Teste Qui-quadrado^φ Teste Exato de Fisher.

Segundo a distribuição dos dados, houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis tempo de trabalho ($p < 0,001$), município ($p = 0,011$), exercer uma segunda função ($p = 0,016$) e afastamento do trabalho ($p < 0,001$).

A Tabela 21 apresenta a correlação entre os domínios das escalas que compõem o ITRA. São exibidos os coeficientes de correlação de *Pearson* significativos e, com esses resultados, é possível verificar quais domínios estão associados. A maior parte dos domínios apresentou correlações significativas. A análise de correlação avalia a associação entre variáveis contínuas no intuito de verificar o grau de associação entre as mesmas. Então quanto mais próximo do valor 1, mais forte é a associação. Um coeficiente de correlação (r) está compreendido entre $-1 < r < 1$, e valores positivos indicam associação direta (quanto maior a pontuação em uma escala, maior a pontuação na outra), e valores negativos indicam associação inversa, ou seja, quanto maior a pontuação em uma escala, menor a pontuação na outra (BISQUERRA; SARRIELA; MARTINEZ, 2004).

Tabela 21 Coeficientes de correlação de *Pearson* ($p < 0,01$). Taquara, Brasil, 2019.

DOMÍNIOS [†]		INVENTÁRIO DO TRABALHO SOBRE RISCO DE ADOECIMENTO																		
		EACT			ECHT			EADRT			EIPST									
		OT	CT	RSP	CA	CC	CF	DF	DP	DS	RSP	LE	EP	FR						
ITRA	EACT	OT	1																	
		CT	,425**	1																
		RSP	,620**	,573**	1															
		CA	,546**	,436**	,524**	1														
		ECHT	CC	,440**	,236**	,392**	,675**	1												
			CF	,277**	,367**	,297**	,412**	,388**	1											
			DF	,356**	,435**	,278**	,401**	,251**	,364**	1										
		EADRT	DP	,382**	,333**	,310**	,551**	,368**	,311**	,627**	1									
			DS	,371**	,324**	,322**	,494**	,254**	,255**	,623**	,845**	1								
			RP	-,424**	-,510**	-,604**	-,434**	-,273**	-,400**	-,285**	-,327**	-,289**	1							
		EIPST	LE	-,329**	-,308**	-,555**	-,304**	-,182**	-,237**	-,169**	-,368**	-,318**	,622**	1						
			EP	,511**	,500**	,458**	,551**	,407**	,406**	,624**	,842**	,704**	-,432**	-,397**	1					
			FR	,482**	,444**	,647**	,594**	,402**	,341**	,425**	,538**	,483**	-,456**	-,387**	,679**	1				

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

[†]Coeficiente de Correlação de Pearson

**A correlação é significativa no nível $p < 0,01$

Abreviaturas: EACT= Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho; EADRT= Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho; ECHT= Escala do Custo Humano do Trabalho; EIPST= Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho; OT = Organização do Trabalho; CT= Condições de Trabalho; RSP= Relações Socioprofissionais; DF= Danos Físicos; DP= Danos Psicológicos; DS= Danos Sociais; CF= Custo Físico; CC= Custo Cognitivo; CA= ; RP= Realização Profissional; EP= Esgotamento Profissional; LE= Liberdade Expressão; FR= Falta de Reconhecimento

Verifica-se que há associação entre quase todos os domínios das escalas do ITRA. Todos os domínios se correlacionaram entre si, demonstrando a relação existente entre os domínios que avaliam o trabalho e os que avaliam o risco para adoecimento. Foi possível perceber a correlação forte e direta entre os domínios Realização Socioprofissional com a Organização do Trabalho ($r=,620$; $p<0,01$) e Liberdade de Expressão ($r=,622$; $p<0,01$), e ainda uma relação forte inversa com Realização Profissional. Além disso, o domínio Danos Psicológicos apresentou associação forte e direta com Danos Físicos ($r=,627$ $p<0,01$) e Danos Sociais ($r=,845$; $p<0,01$). Verificou-se a relação forte e direta do Esgotamento Profissional com os Danos Físicos ($r=,624$; $p<0,01$), Danos Psicológicos ($r=,842$; $p<0,01$). e Danos Sociais ($r=,704$; $p<0,01$). E, por fim, a Falta de Reconhecimento obteve correlação significativa forte e direta com Relações socioprofissionais ($r=,647$; $p<0,01$) e Esgotamento Profissional.

4.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Neste tópico apresentam-se os dados referentes às entrevistas realizadas com os gestores de saúde dos municípios da região do Vale do Paranhana/RS. Os resultados da pesquisa advêm das entrevistas realizadas com os seis gestores municipais de saúde da região do Vale do Paranhana, Rio Grande do Sul, Brasil.

Quanto à formação dos gestores, todos possuem ensino superior, nas áreas de jornalismo, enfermagem, médica e administração. Os entrevistados foram metade do sexo masculino e metade do sexo feminino; com idades entre 30 e 50 anos; com tempo de formação entre 10 e 25 anos; tempo no cargo inferior a 5 anos; pós-graduados em áreas afins da saúde coletiva; com experiência em gestão e saúde; com jornada de trabalho de 40 horas com dedicação exclusiva; e com percepção de salários superiores a R\$ 6 mil.

As respostas dos sujeitos entrevistados foram transcritas e esquematizadas com auxílio do *software* Nvivo. Em todas as falas, optou-se por realizar um pré tratamento, para retirar os vícios de linguagem, com os devidos cuidados para não alterar o sentido original da fala, ou seja, o que se queria expressar. As respostas dos sujeitos entrevistados foram organizadas em três categorias referentes aos questionamentos realizados: a saúde dos profissionais na percepção dos gestores; fatores facilitadores e/ou dificultadores para efetivação à saúde dos trabalhadores; estratégias de gestão para qualificação de ações em prol da saúde dos trabalhadores.

4.2.1 A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES

Na identificação dos pontos favoráveis, vislumbrados na gestão do trabalho em saúde, foi apontado que o estabelecimento de um encontro em potencial entre gestores, trabalhadores e usuário constitui-se o cerne do trabalho em saúde, e, nesse contexto, pode representar o compartilhamento de saberes como possibilidade de encontro de potência entre os trabalhadores, repercutindo principalmente no bem-estar/saúde do profissional. Ao serem questionados sobre a percepção da assistência à saúde dos trabalhadores da ABS no município, verifica-se que os gestores apontam para uma nova demanda para a atenção à saúde dos profissionais, conforme os relatos a seguir.

Como a gente tem um tempo de caminhada, tu percebe que antes tu tinha uma grande quantidade de trabalhadores com problemas ergonômicos, enfim, de esforço repetitivo. Hoje os problemas emocionais são muito prevalentes, até pela demanda dos usuários [...] E 1.

[...] Hoje a população requer uma atenção maior em saúde mental, acho que isso é sem dúvida nenhuma um desafio para o trabalhador, porque ele não deixa de ser quem ele é em função de ser trabalhador na área da saúde. E essa demanda pela demanda em atenção em saúde mental tem se tornado o maior desafio.” E 2

Verifica-se a compreensão de que a saúde do trabalhador está associada a diferentes elementos da vida pessoal e profissional, resultando num adoecimento de caráter multi etiológico, mas principalmente pelo desgaste cognitivo e emocional resultante desse embate entre elementos exigidos pelos usuários, colegas e organização. Nesse sentido, os gestores apontam que são necessárias ações que promovam a saúde dos trabalhadores e o desenvolvimento de propostas para o não-adoecimento. Entretanto, quando não há o desenvolvimento dessas ações institucionais, contribui-se para o adoecimento, pois o trabalhador não possui espaços para repensar a lógica de indolência, tendendo a reproduzir em si, com usuários e colegas.

Podemos dizer que é a relação entre o trabalhador e nós gestores que determinará o tipo de vínculo produzido, que pode ser de potência ou de fragilização, isso pode ser gerado pela valorização da autonomia e protagonismo dos profissionais, ou ao contrário, ser o fator complicador da potência para ação dele, no sentido o trabalhador pode estabelecer processo de trabalho satisfatório. E 1

Há, por assim dizer, uma ideia de que os profissionais de saúde não podem ou não devem ficar doentes. E 4

Tentamos oferecer o melhor para o que o profissional da saúde tem bom acompanhamento. Atenção profissional, um acompanhamento com psicólogo, a

realização de exames periódicos aos funcionários, saúde bucal. A gente tenta oferecer as melhores condições de trabalho tentamos priorizar os equipamentos adequados, os EPI necessários, a quantidade de profissionais nas equipes com o número adequado, recursos humanos suficientes, pois são todos fatores que influenciam na saúde dos trabalhadores. E 5

Observa-se que os gestores reconhecem a decisão compartilhada como importante para a gestão do trabalho, e conseqüentemente para a satisfação dos trabalhadores, a partir da constatação de que o trabalhador precisa estar envolvido na formulação de práticas que façam sentido para ele. Desta forma, verifica-se que os espaços da escuta e da fala no cotidiano dos serviços de saúde representa a possibilidade de compartilhamento de visão e pensamentos que podem ter a potência na proposição de mudanças práticas, refletindo tanto no contexto gerencial, quanto para os profissionais e usuários.

4.2.2 DIFICULDADES PARA EFETIVAÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Ressalta-se, nos discursos, elementos que sinalizam uma prática de uma gestão por disciplinamento e controle das práticas dos profissionais por meio dos resultados, com base hierarquização, pouca democrática, normalizadores do trabalho prescrito, que priva o trabalhador da sua autonomia e criatividade

Um dos pontos favoráveis que a gente tem é a intenção que o executivo municipal tem que o PSF dê certo, então ele cobra muito resultado do PSF, tem que funcionar, tem que funcionar, ele cobra carga horária, tem que conversar com o médico, tem que trabalhar, é isso, o prefeito ele cobra demais. E 6

Observa-se princípios de divisão hierárquica e a rigidez das normas, e pressão de cumprimentos de prazos, fatores que podem influenciar de maneira negativa a saúde dos trabalhadores.

Entre as dificuldades apontadas pelos gestores, aparecem as fragilidades em relação à aceitação, e ao entendimento do modelo de atenção à saúde, pautada pela política de atenção à saúde de trabalhador, assim como às políticas que regem Atenção Básica à Saúde.

Tem sido muito difícil fazer a mudança do modelo [...]. Conciliar isso com a satisfação dos profissionais e com a expectativa da população é um desafio para todos os profissionais. E 2

Encarar a transição do modelo de atenção flexneriano para o de vigilância em saúde configura-se como uma dificuldade enfrentada tanto para trabalhadores quanto para os

gestores. A resistência à mudança implica em obstáculo para o desenvolvimento e a consolidação da Atenção Básica. Observa-se que o baixo nível de mobilização demonstrada pelos gestores municipais repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em Saúde dos Trabalhadores nos planos municipais de saúde. Além disso, os gestores expõem que muitas vezes os profissionais não sabem o que fazer com o que foi identificado. Há situações ou complicações que são diferenciadas de situações comuns vivenciadas no cotidiano.

Um das principais dificuldades é que não ocorre isso, muitas vezes não são associados às doenças laborais com o trabalho na atenção básica não ocorre isso, esse relacionamento com o trabalhador. E 5

No relato do gestor, verifica-se a dificuldade na identificação dos problemas relacionados às complicações referente ao trabalho, entre a causa e sua classificação de risco, além disso, nota-se a carência desses dados na Secretaria Municipal de Saúde. Os gestores referem que não existe um local específico para arquivos relacionados a esses assuntos, geralmente estão relacionados ao setor de “recursos humanos”(grifos do autor).

Não temos aqui um serviço especializado, sempre avalia de caso a caso, nós não temos, essa administração está empenhada em oferecer as melhores condições. E 3

Há peculiaridades e particularidades da organização disso no serviço público, mas que do ponto de vista mais teórico e prático não se separa ao trabalhador que precisa de tratamento e apoio específico. Estamos tentando estabelecer essas medidas para que não se faça essa diferença entre os trabalhadores de modo geral e os trabalhadores em saúde. E 6

Os resultados apontam também para questões relacionadas à incorporação naturalista da saúde dos trabalhadores, por parte dos gestores, principalmente à capacidade de adaptação aos novos modelos de atenção à saúde do trabalhador.

Ao fazer um paralelo entre os manuais da Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, constata-se que uma das diretrizes que a política têm em comum é a identificação dos trabalhadores com problemas relacionados à saúde, principalmente as de risco, e então são encaminhados para um centro de referência, os CEREST. Os municípios da região do Vale do Paranhana têm como referência o CEREST Regional de Canoas (Região Sul 4), conforme relatado pelos entrevistados.

4.2.3 POTENCIALIDADES DA GESTÃO EM PROL DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

A gestão do trabalho em saúde não pode ser compreendida apenas sob o formato administrativo, com base em situações de mando e no controle do prescrito, mas também pode ser uma ação cotidiana, a partir do reconhecimento de que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio trabalho, exercendo graus de liberdade na organização e execução de suas atividades, o trabalho real.

Sim, isso é fundamental, e o ponto mais favorável é a gestão compartilhada. Porque assim, é... não se toma decisões de cima pra baixo e que as pessoas tem que ir, simplesmente cumprir, e fazer! Discutir as decisões... então eu acho isso muito bom para que o trabalho se desenvolva. E 5

Quanto aos mecanismos que garantam a continuidade da atenção à saúde dos profissionais, os gestores externam que há um esforço no sentido de dispensar uma vigilância constante, porém conforma-se de forma distinta em cada município. Verifica-se que não há na região um serviço específico organizado criado para participação dos profissionais da rede pública de saúde. Quando há necessidades, através da ABS são encaminhados para o centro de referência. Nos casos de notificações de agravos à saúde, estes ficam a encargo da vigilância sanitária.

Através da vigilância sanitária, são realizadas as notificações, por meio das ferramentas instituídas, como por exemplo o RINA, e então é encaminhada para a vigilância, essa ferramenta então fica a encargo da vigilância em saúde. E

Não existe um serviço específico de saúde do trabalhador, como te falei para o trabalhador público, a secretaria faz esse aporte assim, né. São realizadas atividades para dar conta dessas demandas, mas não tem um serviço específico para isso. E 3.

Por meio dos relatos dos participantes, quando há reuniões ou encontros para tratar de assuntos relacionados a essa temática, há a preocupação em repassar a importância da implementação de iniciativas relacionadas à Saúde do Trabalhador. Entretanto, diante da falta de recursos, os projetos dessa área em específico não são priorizados no atendimento, e as necessidades de outras áreas são consideradas mais imediatas.

Eles não imaginam que até o mobiliário correto soluciona muitos problemas no local do trabalho, muitas vezes estas questões não são valorizadas, eles até são abertos para entender, mas é que existem planos emergenciais que são mais práticos e que aparecem mais que nossas ações que são de médio a longo alcance. Às vezes há um acompanhamento do município em relação às ações de Atenção à Saúde do Trabalhador, desenvolvidas pela secretaria de saúde, ou de outros atores sociais, mas estas ainda são insuficientes para atendimento da demanda, que muitas vezes surgem. E 6.

Estrutura, infraestrutura, pessoal, pessoal qualificado, pessoal em quantitativo adequado e suporte administrativo das unidades. Nós temos todas as unidades aqui muito bem estruturadas. Todas elas foram construídas para ser Estratégia de Saúde da Família. E 4.

Sem equipe não há trabalho. Então, trabalhar em equipe para mim é o principal. Nós iniciamos reuniões de gestão, onde combinamos todas as coordenações aqui para apresentar para eles qual o momento de trabalho. Então, é nisso que estamos trabalhando. E 5

Acho que a questões da saúde dos trabalhadores tem um desafio imenso, né. Por que as pessoas elas tem uma carga dupla, tem a carga de adoecimento como indivíduo, independente de sua ocupação, e tua função ainda é dar conta da saúde do próximo. Então acho que o trabalhador em saúde, está de uma forma muito mais exposta ao adoecimento, principalmente nas questões emocionais, do que outro trabalhador. E a questão do adoecimento físico ele é muito mais prevenível. Você verifica as questões ergonômicas, você adequa, questões de intervalo, de ambiente, mas as questões emocionais varia de indivíduo para indivíduo de acordo com as suas capacidades de absorção né, e de como você trabalha. E 4

Então a gente tem algumas coisas, se preconiza muito as questões do ambiente de trabalho, ambiente de trabalho sadio, ambiente cooperativo, solidário para que isso seja de alguma forma amenizado né. E 2.

Estamos fazendo um grande investimento em relação da saúde do trabalhador. Por exemplo, agora, estamos com um trabalho na área de material e revendo toda a questão de ergonomia, ou seja, cadeiras, móveis, postura. E 5

De acordo com as falas dos gestores, um dos grandes desafios é mudar a cultura assistencial existente nas instituições de saúde, remanescente do modelo de assistência individual, para uma visão ampliada inserida no conceito da Saúde do Trabalhador, centrada na promoção e vigilância.

Observa-se que em alguns municípios a gestão procura estabelecer ações institucionais com estratégias potencializadoras relacionadas à temática.

Nós temos um sistema de monitoramento, nós temos reuniões periódicas com as chefias das unidades, que são os enfermeiros, então a gente tem assim o acompanhamento dos gerentes das unidades. Inclusive algumas iniciativas têm sido feitas. Nós temos um processo de Coaching. Temos um acompanhamento nas questões das lideranças. Então nós fazemos esse trabalho, a gestão faz esse apoio, de tecnologias, de ferramentas para que os profissionais dêem conta disso, tanto no aspecto de gestão de pessoas, quanto nessas questões que a gente percebe que são mais emocionais mesmo. E 1

A fala do gestor demonstra uma preocupação em incluir medidas e estratégias em prol da saúde dos trabalhadores, entretanto as medidas restringem-se a situações esporádicas, e por vezes através de entidades representativas de outros setores sociais.

Esta abordagem qualitativa propôs uma aproximação descritiva da percepção dos gestores municipais sobre as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores da ABS. Os

resultados obtidos apontam para uma dicotomia entre a visão dos diferentes sujeitos participantes do estudo, sobre a temática abordada, pelas normas, legislação vigente e sua respectiva operacionalização, visualizado por meio das ideias centrais reveladas nos discursos dos sujeitos entrevistados.

6. DISCUSSÕES

Neste capítulo apresentam-se a análise e interpretação do material obtido a partir dos dados sociodemográficos e profissionais e das escalas que compõem o Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) aplicadas aos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (ABS) da região do Vale do Paranhana/RS e das entrevistas com gestores de saúde dos municípios que compõem a região. Esse entendimento das situações do trabalho e os resultados do estudo quantitativo propiciaram a discussão e a reflexão sobre a dinâmica das situações, potencializando as subjetividades dos profissionais, nas quais o trabalho, para além da produção do serviço, ocorre na relação com o outro.

Em relação aos dados sociodemográficos e profissionais dos sujeitos do presente estudo, percebe-se que a mediana da idade dos trabalhadores foi de 36,65 (DP=9,8). Identifica-se a predominância do sexo feminino (70,4%), estes resultados já são esperados, visto que o maior contingente das categorias profissionais que compõem a ABS é predominantemente formado por mulheres, especialmente na área da enfermagem. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para o ano de 2015, o sexo feminino predomina entre os profissionais de enfermagem, sendo 84,6%, enquanto o sexo masculino apresenta com 15,4%. Contudo, cumpre ressaltar que há um aumento considerável do contingente masculino nessa área da saúde (COFEN, 2015).

Considerando a variável escolaridade, houve prevalência do ensino fundamental e médio (49,2%), isso porque, na atenção básica, o grande contingente de postos de trabalho é para os cargos em que se exige o nível fundamental e/ou médio. Corrobora com esses dados a pesquisa realizada em um município do estado do Paraná, no qual os ACS apresentaram uma taxa 85% escolaridade acima da exigida para o cargo. Essa condição representa um grande avanço se comparada à época da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil (NUNES, *et. al.*, 2015). Referente ao estado civil, o maior número vive junto com companheiro, dado semelhante ao estudo realizado com profissionais da ABS em um município do Rio Grande do Sul (MAISSIAT, *et. al.*, 2015).

Quanto ao tipo de vínculo trabalhista, houve um equilíbrio entre contratados (53,5%) e concursados (46,5%). O vínculo de trabalho estatutário oferece maior estabilidade ao trabalhador, enquanto o vínculo por contrato pode ser instável e impede a realização de planejamento e estruturação da vida a longo prazo (NUNES, *et. al.*, 2015). Quanto às categorias profissionais, a mais expressiva foi a dos ACS, os quais atuam nas equipes da ESF

e devem constituir percentual suficiente para fazer a cobertura das regiões e microrregiões de abrangência do município e dar continuidade aos programas de saúde, cumprindo as exigências das normas e diretrizes do Ministério da Saúde.

Na análise da variável afastamento do trabalho nos últimos 6 meses, verificou-se que 13,54% trabalhadores tiveram algum tipo de afastamento relacionado ao trabalho, entretanto o maior percentual não esteve afastado do trabalho por motivos de doença, dado comparado ao estudo realizado por Maissiat *et. al.*, (2015), em que 20,7% estiveram afastados do trabalho por motivo de doença. Nota-se que os dados encontrados estão de acordo com a maioria dos estudos realizados. A existência de trabalhadores multiprofissionais e contratados direto da prefeitura municipal reflete o cumprimento das normas vigentes da legislação brasileira.

Para os resultados obtidos por meio do ITRA, a Organização do Trabalho foi o domínio avaliado como pior na Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho. Para Mendes (2007), o domínio Organização do Trabalho da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho é definido pelas características que abrangem as normas, controles, ritmos de trabalho, jornadas, hierarquia, divisão do trabalho, divisão das atividades, modelo de gestão e responsabilidades. As avaliações mais graves estão relacionadas às tarefas repetitivas, existe fiscalização do desempenho, existe forte cobrança por resultados, existe divisão entre quem planeja e quem executa, e o número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas. Definida como situação Grave/Crítico, essa classificação pode ser entendida como uma situação limite, e que pode ser fato gerador de sofrimento para o trabalhador. Tais condições podem desencadear danos e afastamento do trabalho, sendo necessária uma avaliação ou intervenção imediata com medidas que possam eliminar ou minimizar tais fontes de riscos relacionados ao trabalho (MENDES, 2007).

Esses fatores são importantes e requerem a realização de intervenções dos gestores, na aplicação de medidas que possam eliminar ou minimizar tais situações de risco. No contexto da ESF, observa-se que a reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura de práticas convencionais e hegemônicas de saúde frente à adoção de novas tecnologias de trabalho. A meta principal dessa estratégia é a reestruturação do modelo assistencial de saúde vigente para o modelo centrado na atenção básica. (FERREIRA, *et. al.*, 2015). Na associação entre as avaliações e as variáveis, os ACS apresentaram a média mais Grave/Crítico quanto à Organização do Trabalho comparada às demais categorias de trabalhadores. Na comparação da classificação para a Organização do trabalho houve associação estatisticamente significativa associada aos cargos ACS. A partir disso, evidencia-se que o contexto de trabalho do ACS apresenta-se de forma distinta nos diferentes municípios. Esse fato também

foi observado em outros estudos que apontam realidades nas quais os ACS são utilizados muitas vezes para realização de atividades além daquelas que são imcubidos, realizam funções administrativas, de recepção e de enfermagem. Os mesmos, muitas vezes, são cobrados na realização de atividades para as quais não foram capacitados e com prazos insuficientes para sua execução, distorcendo as reais atribuições desses trabalhadores (HOPPE, *et. al.*, 2017; GOMES *et. al.*, 2015; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Aponta-se para o número insuficiente de pessoas para realizar as atividades e tarefas repetitivas como risco grave ao adoecimento, visto que a pressão imposta para cumprimentos dos prazos e cobrança por resultados, a produtividade, a fiscalização excessiva, a divisão do trabalho entre quem planeja e quem executa, são questões críticas que podem causar sofrimento ao trabalhador da ABS. A divisão hierárquica e a rigidez das normas influenciam de maneira negativa as relações socioprofissionais (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012) e geram sobrecarga no trabalho (KESSLER; KRUG, 2012). Os resultados encontrados apontam que a ABS ainda carrega vestígios do sistema da organização científica do trabalho proposto no século XX. Apesar de diversas formas mais flexíveis para organização do trabalho, ainda permanece o modelo Taylorista, considerado o principal modelo de organização em meados da década de 50, focada principalmente nos resultados. (MAISSIAT, 2013).

A percepção de número insuficiente de trabalhadores para realizar as atividades foi avaliada como grave/crítico e aponta para a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real na ABS, ou seja, para dar conta da demanda, o trabalhador da ABS desenvolve suas funções delegadas pela gestão além daquelas necessárias ao cumprimento de suas atividades. Dejours (2015) traz a importância de se considerar as diferenças entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real. Nessa dimensão do contexto de trabalho, considera-se a compreensão de Ferreira (2018) sobre a organização do trabalho, ao admitir que esta guarda estreita relação com as práticas de gestão de pessoas e de gestão do trabalho, envolvendo práticas formais e informais que estão além do prescrito. O trabalho prescrito e o real referem-se à organização do trabalho (ANCHIETA *et al.*, 2011), sendo importante conhecer os efeitos negativos que possam resultar em adoecimento decorrentes da diferença entre eles (CAMPOS; DAVID, 2011). Reconhecer o trabalho real pelas chefias influencia positivamente na capacidade para o trabalho (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012), enquanto o trabalho prescrito, por vezes, impede as iniciativas e o desenvolvimento de ações criativas voltadas para o atendimento aos usuários e relacionamento entre a equipe (DAVID *et. al.*, 2009). Por meio das entrevistas, verifica-se a

seguinte percepção de um dos gestores: “...*Temos um acompanhamento nas questões das lideranças. Então nós fazemos esse trabalho, a gestão faz esse apoio, de tecnologias, de ferramentas para que os profissionais dêem conta disso...*”. Isso demonstra preocupação com aquilo que é exigido no trabalho real. Nesse ritmo, os trabalhadores precisam encontrar estratégias defensivas, que são recursos construídos, de forma individual e coletiva, para minimizar a percepção do sofrimento no trabalho (DEJOURS, 2015).

Mesmo reconhecendo a importância que a existência do trabalho prescrito e real é necessária para evitar danos a saúde do trabalhador, é fundamental uma organização flexível para o desenvolvimento das funções psíquicas dos trabalhadores, por meio da criatividade destes, pois a flexibilidade é fonte de satisfação no trabalho (TRINDADE et al., 2010) e o torna prazeroso (KESSLER; KRUG, 2012). Nesse sentido, percebe-se que é na organização do trabalho (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011), na flexibilização da gestão e nas relações subjetivas que se desvela o prazer ou o sofrimento do trabalhador. Sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, a reflexão acerca das situações negativas experimentadas no trabalho colaboram para as estratégias de defesa, pois estas estimulam a reestruturação coletiva a fim de humanizar o contexto do trabalho, transformando em prazer e promovendo a saúde (CAMPOS; DAVID, 2011).

O domínio Condições de Trabalho obteve mais médias e melhores avaliações por item do instrumento, entretanto num contexto geral foi considerada com grave/crítico. As principais avaliações estão relacionadas à insuficiência de instrumentos de trabalho para realizar as tarefas, além disso, os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários. Através da fala “*Estamos fazendo um grande investimento em relação da saúde do trabalhador. Por exemplo, agora, estamos com um trabalho na área de material e revendo toda a questão de ergonomia, ou seja, cadeiras, móveis, postura...*” observa-se que a percepção dos gestores sobre esse aspecto restringe-se às condições de trabalho *in lócus* de produção e que caracterizam as condições de infraestrutura e de apoio institucional. É necessário considerar os instrumentos de trabalho e os equipamentos, a matéria-prima, além do suporte organizacional (FERREIRA; MENDES, 2008).

Embora tenha apresentado diferenças significativas entre as variáveis município, mostrando-se representativas as avaliações Grave/Crítico relacionadas ao município de Taquara, e satisfatórias associados aos municípios de Rolante e Igrejinha, o maior percentual de trabalhadores avaliaram críticas as condições de trabalho. Entretanto, essa posição pode ter relações com as condições ofertadas pelo município, ao passo que, o município de Igrejinha encontra-se mais avançado nos quesitos de recursos informacionais, suporte organizacional,

suprimentos e tecnologias. A exemplo, há sistema informatizado interligando toda a ABS com outros pontos da RAS do município, além disso, a maioria das unidades de saúde do município apresentam estrutura física conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica. A política de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios também são exemplos de condições de trabalho, que podem ter garantido avaliações mais satisfatórias para os municípios de Rolante e Igrejinha.

No que se refere à comparação com a renda, verificou-se que os profissionais com avaliação Grave/Crítico nas Condições de Trabalho mostraram-se significativamente associados com a renda de até 2 salários mínimos, diretamente relacionados com o cargo de ACS, enquanto os casos com avaliação satisfatória, a associação ocorreu com a faixa de rendimento de 4 a 6 salários mínimos - enfermeiros e médicos. Contudo, a literatura aponta que, independentemente da profissão, a questão salarial ou de remuneração parece ser um fator de peso nos estudos que focalizam a satisfação no trabalho. Cabe ressaltar que todos recebem um salário diferenciado, de acordo com a categoria e carga horária exigida. Na distribuição das demais variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores segundo a classificação de risco de adoecimento devido às condições de trabalho, observa-se que independente do estado civil, município, tempo de trabalho, e renda, a maioria avaliou as condições de trabalho como críticas na ABS da região em estudo.

Para Lavanchich (2015), as condições de trabalho podem gerar pressões que o trabalhador sente e reage, levando ao sofrimento e, logo, às estratégias defensivas. Nesse contexto, as condições do ambiente de trabalho são aspectos fundamentais para o desempenho do trabalhador, pois quando são desfavoráveis acabam se tornando fonte de forte tensão que pode evoluir para indicadores críticos, tais como risco de adoecimento e falta de segurança no trabalho de modo que muitas organizações procuram melhorar a qualidade de vida do trabalho dos funcionários modificando condições físicas, materiais, instrumentais e de suporte de trabalho (FERREIRA; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2013).

Ao passo que organização do trabalho afeta o aparelho psíquico, as condições de trabalho agem sobre o corpo físico. Considera-se que as atividades de trabalho são um processo dialético: de um lado, o sujeito, que dá sentido ao que faz; do outro, as situações de trabalho, as quais interferem sobre as percepções desse trabalhador em relação a todo esse contexto. Diante da situação, ele pode ter vivências de prazer e/ou sofrimento. As vivências de sofrimento podem manifestar-se pelos males causados no corpo, na mente e nas relações socioprofissionais (MAISSIAT, 2013).

No que tange às relações socioprofissionais, em geral, os trabalhadores avaliaram suas relações sociais como críticas, destacam-se as que os funcionários são excluídos das decisões, as tarefas executadas sofrem descontinuidade, existe disputa no ambiente de trabalho e falta apoio das chefias para o desenvolvimento profissional. De acordo com Ferreira (2018), a análise das relações entre os trabalhadores e os demais atores que têm interface com o objeto de trabalho fornece contribuições riquíssimas ao entendimento do contexto laboral, na medida que desvela as relações de poder e os processos de subjetivação que permeiam na atmosfera desse trabalho.

Dejours e Gernet (2011) explicam que vivenciamos hoje um dismantelamento dos coletivos de trabalho, em que imperam a desconfiança, a falta de solidariedade e a hipocrisia. Em um ambiente laboral no qual existem disputas, a intensificação do individualismo, conforme anunciam Seligmann-Silva (2011), acentua a condição de vulnerabilidade, que nos sujeitos do trabalho transforma-se em fragilidade psíquica, insegurança, isolamento e solidão. Frente a esse contexto, os trabalhadores encontram dificuldades no âmbito das relações sociais no trabalho, vivenciam situações de sofrimento e precisam lançar mão de estratégias de defesa para lidar com as adversidades. Como dito anteriormente, as estratégias de defesa são recursos construídos pelos trabalhadores, de forma individual ou coletiva, para minimizar o sofrimento no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2013). Destaca-se que o sofrimento não consiste em algo estático - se há sofrimento, há o desencadeamento de estratégias defensivas, tanto no âmbito individual, quanto no âmbito coletivo (DEJOURS, 2015). Entretanto, como este funcionamento é inconsciente, as estratégias construídas emergem da negação daquilo que faz sofrer. As estratégias defensivas visam evitar o sofrimento, muitas vezes inconsciente, sendo difícil o confronto e a convivência com o mesmo para a manutenção do equilíbrio psíquico, buscando-se no ego a proteção contra os conflitos encontrados na base do sofrimento. Assim, o sofrer não é estado emocional estático e permanente na vida do trabalhador, mas um processo dinâmico que se estende às demandas interligadas ao indivíduo e à organização (MENDES; ARAÚJO, 2012)

Percebeu-se que a falta de autonomia expressa pelas avaliações dos participantes - nos itens como a autonomia é inexistente e são excluídos das decisões, a falta de apoio da gestão e a comunicação entre funcionários é insatisfatória - constituem experiências negativas no ambiente de trabalho e que causam sofrimento, o que se comprova na avaliação grave/crítico desses itens do domínio. Achados semelhantes foram encontrados na pesquisa realizada em ESF de um grupo hospitalar de Porto alegre/RS (GLANZNER, 2014). Na associação entre

Relações socioprofissionais e município, a associação significativa ($p=0,024$) evidenciou que os trabalhadores com avaliação Grave/Crítico relacionaram-se ao município de Taquara.

O trabalho expresso nesse modelo pode desencadear confronto de interesses entre os integrantes da equipe (LOPES, 2012), além de desgaste no trabalho e estresse (TRINDADE, 2007). Dessa forma, o diálogo entre a equipe é considerado uma estratégia de enfrentamento às situações de sofrimento no trabalho (KESSLER; KRUG, 2012). Por essas razões, Dejours (2015) defende que a circulação da palavra nos ambientes de trabalho é fundamental. A criação de espaços de discussão representa um caminho para a identificação de estratégias de defesa. Esses espaços possibilitam ao trabalhador ampliar sua percepção sobre o trabalho, o que favorece o processo de emancipação. Conseqüentemente, auxiliam a intervenção naquilo que identifica como necessário para melhorar a organização do trabalho. Também nesses espaços de discussão, o trabalhador sente-se confortável para problematizar e elaborar questões acerca do trabalho, pois, ao falar e ser escutado, percebe a existência de aspectos importantes relacionados ao seu trabalho (MERLO; BOTTEGA; MAGNUS, 2013).

Em relação ao tempo de trabalho, indicou avaliação Grave/Crítico para aqueles que trabalham de 2 a 5 anos, enquanto os que trabalham de 5 a 10 anos associaram-se positivamente às relações socioprofissionais. Na associação das relações socioprofissionais com o vínculo de trabalho ($p=0,015$), verificou-se que a avaliação Grave/Crítico mostrou-se relacionada aos profissionais concursados, e no grupo com avaliação satisfatória a associação ocorreu com os contratados. Ainda, houve associação dos profissionais que exercem uma segunda função remunerada com a avaliação Grave/Crítico das Relações Socioprofissionais, enquanto a avaliação satisfatória ($p=0,001$) ocorreu associada aos investigados que não exercem uma segunda função. Essas situações podem ser desenvolvidas em virtude de os trabalhadores iniciarem suas carreiras mais inseguros e críticos em relação ao seu trabalho, depois vão moldando-se às exigências, à burocracia e às condições de trabalho na atenção básica e SUS. Ao ingressarem, os jovens profissionais trazem consigo grandes expectativas acerca de sua atuação, logo após, quando não alcançadas, podem resultar em sentimentos de frustração profissional e, conseqüente, esgotamento. Com o passar do tempo, o trabalho favorece a criação de estratégias defensivas, pois aprendem a manter a calma com as vivências das situações de sofrimento anteriores, ajudando a pensar na melhor forma de sanar o problema, assim, o tempo de experiência no trabalho é importante para enfrentar as situações negativas, sendo que aprendem a ter calma e refletir mais frente às situações de estresse (MAISSIAT, 2013).

Todos esses problemas incidem negativamente no processo de trabalho em equipe, que é idealizado para o trabalho na ESF. Em outros estudos realizados nas ESF de outras regiões do país: Rio Grande do Sul (MAISSIAT, *et. al.*, 2015); Distrito Federal (SHIMIZU; JÚNIOR, 2012); Minas Gerais (FERREIRA, *et. al.*, 2015); Paraíba (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019) mostram que as comunicações no mesmo nível hierárquico, horizontais, também são realizadas com dificuldades, o que impede a integração e a cooperação entre indivíduos e equipes, seja no compartilhamento de recursos e competências, seja na identificação de problemas e na elaboração de soluções.

Dessa forma, o trabalho em equipe é afetado porque a comunicação centra-se nas relações pessoais, não nas profissionais. Com isso, a superação das dificuldades nas Relações Socioprofissionais é essencial para a integração dos trabalhadores que atuam na ABS, pois é inviável fazer gestão sem que todos estejam implicados no processo de trabalho, além disso, não haverá avanços no SUS sem a adesão dos atores sociais que constroem o cotidiano (GUIZARD; CUNHA, 2012). A participação de todos os integrantes da equipe propicia o trabalho coletivo com coerência e interação dos trabalhadores da saúde, sendo que cada um tem suas atribuições individuais dentro da equipe (LOPES, 2012). A ABS tem como visão a superação do modelo biomédico e tem em vista o cuidado à saúde individual e objetiva a interação entre os trabalhadores da equipe multiprofissional com habilidades e competências distintas os quais por meio da ESF procurarão sanar os problemas de saúde pública das famílias e do coletivo (KESSLER; KRUG, 2012).

Em análise à escala de Custo Humano do Trabalho, as avaliações receberam classificações entre grave/crítico nos três domínios da escala, em todos os 32 itens. O domínio custo cognitivo foi o que recebeu mais avaliações como grave. Este se refere ao dispêndio mental sob a forma de atenção necessária, do uso da memória, forma de aprendizagem requerida, de resolução de problemas e de tomada de decisão (CAMPOS; DAVID, 2010).

Em análise ao custo afetivo no trabalho, os itens que remetem a esses resultados estão relacionados ao controle das emoções, além de saber lidar com agressividade dos outros, disfarçar os sentimentos e ter que lidar com ordens contraditórias. Para Duarte e Mendes (2015) essas demandas emocionais, em geral, estão relacionadas a percepções de regras de exibição emocional derivadas do próprio papel do trabalho, uma vez que se tem a obrigação de demonstrar simpatia e preocupação, sendo submetido a mascarar a frustração ou o tédio. As exigências emocionais também abrangem o grau de atenção às regras de exibição emocional, bem como a variedade, frequência e intensidade das emoções exigidas pelo papel do trabalho.

Os indicadores relativos ao custo cognitivo dos trabalhadores são os que apresentam resultados mais graves. Em geral, precisam usar a memória no cotidiano do trabalho, e, para tal, faz-se necessário aos trabalhadores: ser obrigado a lidar com imprevistos, ter que resolver problemas e fazer esforço mental. Ter exigências cognitivas demanda habilidades e competências complexas, empenho para superar as dificuldades e esforço intelectual para resolver alguns problemas (SHIMIZU; JUNIOR, 2012). Para os autores, esses fatores estão relacionadas com a tipicidade do trabalho, ou seja, a necessidade de cuidar de outros seres humanos, em situações de fragilidades, por vezes, extremas, ressaltando que esse contexto de trabalho, possivelmente, é marcado pela incerteza, pela ambiguidade, o que exige dos profissionais soluções não usuais, não prescritas ou mesmo desconhecidas. Caso os trabalhadores tenham mecanismos de reelaboração individual e coletiva, que permitam a ressignificação das incertezas e ambiguidades, reduzindo-as conforme as possibilidades, esses custos poderão ser reduzidos. Nesse sentido, a existência de mecanismos institucionalizados de escuta poderia potencializar as estratégias usadas pelos trabalhadores, viabilizando o processo de renormatização.

Para Dejours (2004), o trabalho não é apenas o desempenho de uma atividade, mas também uma forma de relação social em um mundo caracterizado por relações de desigualdade e poder, e sempre existe uma discrepância entre o trabalho prescrito e a realidade concreta, cabendo ao trabalhador preencher essa desconexão. No entanto, isso não tem como ser previsto, logo necessita ser inventado ou descoberto pelo sujeito à medida que trabalha. As capacidades física e cognitiva são necessárias à realização das tarefas do trabalho para manter o ser humano produtivo e saudável. Tomar decisão com tempo suficiente promove a capacidade para o trabalho entretanto, isso nem sempre é possível.

Através da distribuição das variáveis segundo o risco, verificou-se dentre os resultados significativos haver maior demanda cognitiva para os trabalhadores com tempo de trabalho ($p < 0,001$) de 5 a 10 anos e exercer uma segunda função ($p = 0,003$), todos avaliaram com grave/crítico. Observa-se também que entre o grupo de profissionais com maior risco de adoecimento para o custo cognitivo estão os enfermeiros ($p = 0,008$). Esse resultado é coerente com a complexidade das atividades dos profissionais da ABS - quanto mais complexa, maior exigência cognitiva. Ao comparar os municípios, Igrejinha é o município com maior exigência do custo cognitivo. Isso pode estar relacionado pelo dispêndio intelectual, sob a forma de aprendizagem necessária à resolução de problemas e à de tomada de decisão no município, visto que neste município há maiores avanços nos quesitos de recursos informacionais, suporte organizacional, suprimentos e tecnologias, exigindo conhecimentos,

habilidades, atitudes e saberes despendidos pelo trabalhador. Além disso, no município, os enfermeiros são os coordenadores da unidade de saúde, necessitando maior dispêndio cognitivo. Nesse contexto, o estudo realizado por Ferreira (2017) com coordenadores da ABS, elucida sobre as dificuldades do contexto da gestão, onde esses profissionais no papel de gestores encontram-se submetidos a um conjunto de determinações muito fortes e de origem externa, como: pressões políticas, escassez de capacitações, precariedade na política de recursos humanos e exonerações abruptas que representam um importante fator dificultador. Outro fator causador de sofrimento no trabalho dos coordenadores é a grande sobrecarga no trabalho, fato que exige o comprometimento de todos na distribuição das atividades necessárias para o funcionamento adequado do serviço de saúde (FERREIRA, 2017).

Para o domínio custos físicos, as avaliações mais críticas estão relacionadas ao ter que caminhar, usar as mãos de forma repetida e usar as pernas de forma contínua. Verificou-se uma diferença significativa entre os grupos na variável profissão: os ACS apresentaram percentual mais elevado no resultado grave/crítico do domínio. Também nessa perspectiva, os que ganham até 2 salários mínimos associam-se ao maior risco de adoecimento de custo físico. Ressalta-se que essa associação está relacionada com a função que este profissional executa, por serem as práticas de saúde da ESF realizadas fora de edificações, extra muro, e uma atividade predominantemente realizada pelos ACS nas visitas regulares aos domicílios sob sua responsabilidade. No que se refere ao uso repetitivo das mãos, que se apresenta como fator que contribui para o custo físico elevado, este pode estar relacionado com a realização de atividades de forma repetida, inadequação ou insuficiência de equipamentos, entre outros (SHIMIZU; JÚNIOR, 2012).

A avaliação da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho apresentou-se com três domínios grave/crítico e um satisfatório. Sabe-se que o trabalho pode ser fonte de prazer como de sofrimento, ambos são sentimentos inerentes à pessoa humana, ou seja, o prazer e o sofrimento não podem ser considerados nulos em relação ao indivíduo (DEJOURS, 2004)

No que tange às vivências de prazer, são considerados como indicadores as manifestas em situações de Realização Profissional e Liberdade de Expressão, enquanto as manifestações de sofrimento no trabalho aparece nas situações de Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento.

O domínio Liberdade de Expressão obteve o maior número de avaliações positivas para indicadores de prazer, e estão relacionados a essa avaliação a solidariedade entre os colegas, a liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas, liberdade para usar a criatividade e a

liberdade para expressar as opiniões no local de trabalho. Para Mendes (2007) a liberdade de expressão envolve a autonomia do trabalhador para pensar, criar, organizar e falar sobre o seu trabalho, discutindo e negociando meios de superar as dificuldades encontradas nos processos de trabalho junto com a chefia e com os colegas, o que pressupõe confiança e solidariedade ao expressar suas opiniões sobre o trabalho.

A falta de liberdade para executar projetos torna o trabalho monótono, repetitivo representando uma carga psíquica, o trabalho causa sentimento de prazer quando há liberdade para expressar sua subjetividade e autonomia para exercer a criatividade, permitindo que o trabalhador estimule suas potencialidades e realize novas atividades (MAISSIAT, 2013). Observa-se que o grupo de trabalhadores contratados ($p=0,005$) foi o que avaliou como grave/crítico, ao mesmo tempo em que entre os concursados a maioria apresentou avaliação satisfatória. Isso pode estar relacionados ao fato de que os profissionais contratados sintam instabilidade quanto a carreira profissional, e medo para exercer sua criatividade e executar suas atividades, por receio de contrariações. Também para a variável cargo ($p=0,009$), os técnicos de enfermagem e médicos apresentaram mais avaliações grave/crítico para a variável liberdade de expressão em comparação com os outros profissionais.

A literatura aponta que a liberdade de expressão permite que sejam verbalizadas as contestações, questionamentos, contribuições, contrariedade, considerações, críticas e sugestões que podem promover mudanças nas condições de trabalho, a partir das formas de executar as atividades e melhorar a organização deste trabalho tornando o ambiente satisfatório e saudável, sendo assim, um fator que promove o prazer no trabalho. Além disso, o engessamento de muitas tarefas prescritas presentes em normas, rotinas, protocolos e regimentos, criadas a fim de padronizar o desenvolvimento da assistência e execução das atividades na ABS, podem restringir a criatividade do trabalhador causando sofrimento. ao utilizar-se de suas criatividade e a cooperação entre os colegas são fontes geradoras de prazer no trabalho. Nesse contexto, a cooperação é estimulada pela busca da excelência no atendimento e eficiência na realização das tarefas o que instiga o prazer no trabalho, incentiva o trabalho coletivo que favorece a união e integração da equipe (MAISSIAT, 2013).

Mesmo o domínio Realização Profissional obter a maioria das médias grave/crítico, também obteve-se avaliações satisfatórias como orgulho pelo que faz e a identificação com as tarefas. Contudo as avaliações que receberam mais avaliações grave/crítico estão relacionadas com o bem-estar, a gratificação pessoal com as atividades e a realização pessoal. Nesse sentido, embora os trabalhadores apresentem sentimentos que causam prazer no trabalho, também experimentam sentimentos que levam ao sofrimento quanto a realização

profissional. No estudo realizado por Glanzler *et. al.*, (2018) com a mesma população evidenciou-se que os profissionais devem desenvolver/utilizar estratégias para implementar o desenvolvimento da autonomia com poder para criar e inventar o seu trabalho, ou seja, devem sentir-se sujeitos do seu trabalho. Ao exercer a autonomia o trabalhador produz sentido ao seu trabalho, resultando em entusiasmo pelo objetivo do trabalho ou mesmo pela atividade em si. Os autores colocam ainda que cabe considerar que a realização profissional dos trabalhadores e a construção da saúde se dá quando o trabalho impulsiona processos de subjetivação e de exercício da democracia no contexto do trabalho, pois, ao exercer a democracia, o trabalhador sente-se com liberdade para criar o seu trabalho.

Desta forma, considera-se que a valorização e o reconhecimento das atividades são fontes geradoras de prazer e nesse sentido, a retribuição simbólica visa o prestígio singular, que consiste na consideração por outra pessoa, sejam usuários, instituição (LOPES, 2012), colegas de trabalho ou chefia. O reconhecimento profissional promove bem-estar emocional (KESSLER; KRUG, 2012) e influencia a capacidade para o trabalho (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012). Também soma-se a isso reconhecimento por parte dos usuários é fator necessário para enfrentar o esgotamento profissional, porém, muitas vezes, isso é dificultado pelas questões burocráticas que limitam os trabalhadores da saúde na resolução dos problemas com rapidez e eficiência (KESSLER; KRUG, 2012).

Em associação com as variáveis do estudo verificou-se que a realização profissional apresenta diferença significativa entre os grupos da variável vínculo empregatício ($p=0,016$), os grupo contratado apresentou resultados grave/crítico, enquanto os concursados receberam mais avaliações satisfatórias para a realização profissional. Alguns dos gestores municipais defendem a ideia de que: *“...as formas de contratos permitiam oferecer salários mais atrativos e, portanto, selecionar profissionais com um perfil mais adequado para as atividades da ABS e que seriam uma alternativa ante a necessidade mais imediata de complementação do quadro de pessoal até a realização de concursos públicos...”* Outros se preocupavam com a realização de concursos públicos para substituição dos quadros terceirizados em todas as categorias profissionais, o que possibilitaria vínculos mais estáveis, com impacto positivo na fixação de profissionais na ESF. Algumas das falas demonstram que ainda temos um longo caminho a percorrer para que, de fato, a desprecarização do trabalho na ótica do trabalhador se efetive nas instituições públicas, transcendendo a esfera meramente jurídico-administrativa. Nesse sentido, no estudo realizado com objetivo de analisar e desprecarização do serviço em saúde (SOUZA; SILVA; TEIXEIRA, 2017), os autores refletem sobre a possibilidade de se criarem, no plano local, as condições necessárias para se

instituir a desprecarização do trabalho, principalmente por meio do estímulo de novas relações sociais e de vínculos de proximidade, como a criação de espaços democráticos de diálogo sobre a relação entre o trabalho e a saúde, visto que, são princípios indicados tanto na Política Nacional de Humanização criada em 2005, quanto na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de 2012.

Ademais, os domínios que remetem ao sofrimento no trabalho dos profissionais que trabalham na ABS foram classificados como críticos. O esgotamento profissional classificado como grave/crítico vem do reconhecimento das vivências desgastantes no trabalho. Foram avaliados como mais graves nesse domínio o estresse no trabalho, o esgotamento emocional, a frustração, principalmente pela sobrecarga no trabalho, além disso, os resultados apontam insegurança e medo como fatores que causam sofrimento. Em outros estudos realizados com esses trabalhadores (SOUZA-FILHO; CAMPANI; CÂMARA, 2019), são evidenciados riscos em potenciais de adoecimento desses trabalhadores, em geral relacionados com a síndrome de burnout, nesse sentido, os autores apontam que o Bem-Estar Social é uma importante e significativa variável mediadora entre riscos de adoecimento no trabalho, bem como, ocorrência de comportamentos agressivos e o desenvolvimento de burnout em profissionais que atuam nos dispositivos da APS. Ressalta-se que no trabalho na ABS há vivências positivas que são geradoras de prazer, encontradas na avaliação satisfatória quanto ao bem-estar, realização profissional, gratificação pessoal por suas atividades, orgulho pelo que faz, satisfação e identificação com suas tarefas. Isso relaciona-se com a identificação das atividades, pois envolve a escolha da profissão por vocação, como por exemplo a enfermagem. (MAISSIAT, *et. al.*, 2015).

Para o domínio falta de reconhecimento, ganharam destaque os itens relacionados a falta de reconhecimento do meu empenho, indignação e desvalorização. Todas os itens foram avaliados pelo maior número de trabalhadores como grave/crítico, exceto para o item discriminação. Os resultados demonstram que há falta de reconhecimento e de valorização profissional, possivelmente pela instituição que os expõe a precárias condições de trabalho. Para Mendes (2007) o reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento revertido para realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo. No entanto, esta falta de reconhecimento está mediada por aspectos prazerosos do trabalho na ESF, tais como a ausência de discriminação, a não ocorrência de desqualificação do trabalho realizado, a presença de liberdade de diálogo entre os colegas e as chefias, sensação de orgulho

(valorização social e subjetiva) pelo trabalho realizado (SHIMIZU, CARVALHO JUNIOR, 2012).

Os achados desse estudo demonstram que há solidariedade entre os trabalhadores, confiança mútua e cooperação, além de liberdade para expressarem-se em relação ao trabalho. Segundo Mendes (2007) esses aspectos são fundamentais para que os problemas encontrados na realidade da execução do trabalho, nas atividades concretas, sejam objeto de ação coletiva, contribuindo ativamente para a reelaboração e renormatização, que corroborem para a produção de prazer no trabalho. Entretanto, se comparados com os resultados encontrados anteriormente, relativos à inadequação das condições de trabalho e aos elevados custos humanos, estes resultados parecem indicar que os problemas relativos à comunicação e à integração são predominantemente de natureza político-organizacional, ou seja, oriundos do nível de gestão mais macro, dos níveis hierárquicos superiores da gestão, pois em nível micro, nas unidades, os vínculos de solidariedade, de comunicação, de suporte afetivo e cognitivo existem, mas possivelmente são de tipo pessoal, informal.

Na análise da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho os resultados sugerem risco satisfatório associados aos danos sociais, e grave/crítico à danos físicos e danos psicológicos. Constatou-se avaliações grave/crítico relacionadas aos danos físicos expressos principalmente em dores de cabeça, pernas, costas, dores no corpo e alterações no sono.

Observou-se que o custo físico é bastante significativo, sobretudo por serem as práticas de saúde da ESF realizadas fora de edificações, extramuros. Verificou-se que na associação entre as variáveis do estudo e os danos físicos obteve resultado significativo para o cargo ($p=0,003$) e renda ($p=0,001$). Para o grupo referente ao cargo, as avaliações mais graves, foram pelos ACS, e renda pelos recebem até 2 salários mínimos, também associado cargo de ACS. Nesse sentido, os resultados confirmam os achados em outros estudos (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2014). Esses achados fundamenta-se no fato de que a atividade é preponderantemente realizada pelos ACS nas visitas regulares aos domicílios sob sua responsabilidade. No que se refere ao uso repetitivo das mãos, que se apresenta como fator que contribui para custo físico elevado, este pode estar relacionado com a realização de atividades de forma repetida, inadequação ou insuficiência de equipamentos, entre outros (MAISSIAT, 2013).

Embora o domínio Danos Sociais e psicológicos seja considerado satisfatório, obteve avaliação considerada grave/crítico nos itens vontade de desistir de tudo e tristeza, vontade de ficar sozinho, impacientes com as pessoas em geral e conflitos nas relações familiares. Cabe destacar que os danos psicológicos e sociais mantém relação com os custos do trabalho, e, a

depender dos padrões de exigência no trabalho, maiores são os danos. Apesar dos custos mais exigidos serem cognitivo e afetivo, os danos mais presentes neste coletivo de trabalhadores são físicos, pois apresentam-se como reflexos da rotina intenso de trabalho, a sobrecarga pouco número de pessoas para realizar as tarefas. Entretanto, para além de retratar sintomas no corpo, como dores no corpo, nas costas, braços, relatam alterações no apetite, e disfunções no sistema nervoso pelo alto nível de estresse.

Constou-se nas quatro escalas que compõe o ITRA um consistência interna, foi possível perceber que o instrumento apresentou valores de Alpha de *Cronbach* superiores a 0,8 nas quatro escalas do instrumento. Nos testes de associação entre as escalas mostrou relação significativa entre oito dos treze domínios.

Foi possível verificar correlações entre os domínios Realização Socioprofissional com a Organização do Trabalho e Liberdade de Expressão, positivamente ou seja, as avaliações grave/crítico pelos trabalhadores a este domínio recebem influência diretamente da forma como o trabalho é organizado, engloba a forma como é dividido o trabalho, as relação hierárquica, a produtividade esperada, como são postos as metas, quantidade e qualidade, as regras formais e informais, jornadas de trabalho e ritmos (MENDES; FERREIRA, 2008). De acordo com Ferreira (2018), a análise das relações entre os trabalhadores, com os demais atores que têm interface com o objeto de trabalho, fornece contribuições riquíssimas ao entendimento do contexto laboral, na medida que desvela as relações de poder e os processos de subjetivação que permeiam na atmosfera desse trabalho. A organização do trabalho pode trazer impactos no psicológico do trabalhador, e pode tanto ser responsável pelos danos físicos e psíquicos que causam adoecimento e traz consequências para o trabalhador e para a qualidade dos serviços prestados (MAISSIAT, 2013).

Quando as condições de trabalho precárias são oferecidas aos trabalhadores contribuem para que as atividades sejam consideradas estressantes, visto que estes atendem grande demanda populacional. Desta forma quando em área física inadequada com falta de recursos materiais e humanos e expostos a diferentes riscos ocupacionais, potencializando efeitos estressores. O estresse ocupacional é gerado por diversas situações relacionadas ao trabalho, sendo o ambiente e as condições de trabalho responsáveis por parte importante dessas situações (FONTANA, 2011; SANTOS, 2011). Nesse sentido, com anseio de proporcionar melhores condições de trabalho, as instituições elaboram estratégias de prevenção do sofrimento e valorização do trabalho, tais como: palestras, treinamentos e participação em eventos científicos (KESSLER; KRUG, 2012).

Danos Psicológicos apresentou associação forte e direta com Danos Físicos e Danos Sociais. Nesse contexto, os danos psicológicos e sociais mantém relação com os custos do trabalho, e, a depender dos padrões de exigência no trabalho, maiores são os danos. Apesar dos custos mais exigidos serem cognitivo e afetivo, os danos mais presentes neste coletivo de trabalhadores são físicos, pois apresentam-se como reflexos da rotina intenso de trabalho, a sobrecarga pouco número de pessoas para realizar as tarefas.

Verificou-se que Falta de Reconhecimento obteve correlação significativa forte e direta com a Relações socioprofissionais e Esgotamento Profissional. Conforme a Psicodinâmica do Trabalho, a cooperação não é prescrita, mas construída pelos próprios membros de um coletivo é um elemento capital para o sucesso da organização do trabalho (DEJOURS, 2004). Para que haja a cooperação, é necessário que o modo de usar a inteligência e de trabalhar de cada pessoa, o trabalho real, seja reconhecido pelos colegas e que este se torne visível, em consequência, o trabalho efetivo assente à visibilidade, tornando possível o reconhecimento (DEJOURS, 2004). Entretanto as questões específicas sobre o reconhecimento, constantes nos domínios Falta de Reconhecimento e Realização Profissional, foram avaliadas como críticas, inferindo que apesar de realizados, os trabalhadores da ABS sentem seu trabalho pouco reconhecido.

Para Glanzner et. al., (2018) reconhecimento do trabalho configura-se como prazeroso ao mesmo tempo que a falta de reconhecimento imprime um sentimento de sofrimento relacionado ao trabalho. Nesse sentido, o reconhecimento depende da realização de julgamentos, os quais recaem sobre a qualidade do trabalho realizado, não sobre a pessoa, mas o reconhecimento pela qualidade do trabalho pode ingressar no nível da personalidade, em termos de ganhos no registro da identidade. Isso nos conduz a uma outra importante conceitualização referindo que a relação entre trabalho e identidade é mediada pelo outro na gramática do julgamento de reconhecimento.

Os autores que trabalham com psicodinâmica do trabalho tem chamado a atenção para o nexos entre falta de reconhecimento e processos de sofrimento, adoecimento e despersonalização (GLANZNER, *et. al.*, 2018). Ao contrário, tem mostrado a importância do reconhecimento nos processos de construção de significados, mediando a relação do sujeito com o outro no contexto de trabalho, considerando-o enquanto utilidade e beleza no coletivo, desta forma, o reconhecimento tem um impacto considerável sobre a identidade e na transformação do sofrimento em prazer no trabalho.

7. CONCLUSÕES

Neste capítulo proponho-me tecer as considerações finais, sistematizar as discussões pautadas nos objetivos propostos para o desenvolvimento desta pesquisa. A partir dos dados emergentes das escalas do ITRA, e os pressupostos relatados pelos gestores de saúde da região estudada.

A ABS, seguindo o modelo da Estratégia de Saúde da Família configura-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que visa a melhor compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada centradas na população de uma determinada área adscrita. Para isso, exige de seus profissionais um trabalho complexo, que requer uma construção coletiva. Nesse sentido, o trabalho na ABS, demanda dos trabalhadores a incorporação de novos conhecimentos, mas principalmente a mudança na cultura e compromisso, para assim garantir uma prática pautada na integralidade, universalidade e equidade, considerando a subjetividade, o estabelecimento de vínculos e responsabilização pelo cuidado. Contudo a adoção de tal prática implicada em relações que proporcionam riscos de adoecimento, evidenciado através de pesquisas realizadas sobre o trabalho, pois entende-se que para ser tocado com o sofrimento do outro, o trabalhador da saúde deve, em seu trabalho, ter possibilidades de negociar seus desejos com as necessidades organizacionais, evitando o sofrimento.

Foi possível identificar a existência de riscos de adoecimento nos trabalhadores da ABS, bem como, os elementos que influenciam nesse cenário, evidenciados no contexto de trabalho, assim como, as eventuais consequências que este causa, representados pelo esgotamento profissional, pelos custos e danos relacionados ao trabalho. O ITRA mostrou-se confiável para esta população a medida que demonstrou consistência interna nas quatro escalas por meio do teste de confiabilidade, além de apresentar correlações significativas.

Evidenciou-se através dos resultados do ITRA que o contexto de trabalho dos profissionais da ABS da região do Vale do Paranhana apresentam riscos críticos de adoecimento relacionado ao trabalho quanto à organização, condições e relações socioprofissionais. Desta forma, este estudo apontou convergências com a literatura, trazendo evidências de quanto esses profissionais podem estar expostos ao risco de adoecimento no trabalho.

A organização e condições de trabalho foram avaliadas como grave/crítico. As tarefas repetitivas, fiscalização e cobrança por desempenho, as divisões entre quem planeja e executa, a falta de materiais instrumentos de trabalho e condições precárias para o trabalho foram os

principais motivos para esta avaliação. As relações socioprofissionais foram avaliadas com resultado crítico pelos profissionais ao associarem negativamente a exclusão dos funcionários no planejamento das atividades e na tomada de decisões, aos mesmo tempo que as tarefas executadas sofrem descontinuidade, além de existir grande disputas profissionais no local do trabalho.

Os custos humano, físico, afetivo e cognitivo do trabalho foram avaliados como grave/crítico, evidenciando o risco de adoecimento relacionado ao custo humano no trabalho. Os custos físicos foram relacionados com ter que caminhar, o uso das mãos de forma repetida e usar os braços de forma contínua, através das correlações verificou-se que os grupo mais afetado neste domínio são ACS. No custo afetivo os profissionais precisam ter controle das emoções e disfarçar seus sentimentos, ao mesmo tempo que ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros. Para o domínio custos cognitivos são exigidos o uso memória, lidar com os imprevistos e ter que resolver problemas, sendo os itens com resultados mais negativos, estes associados diretamente ao cargo de Enfermeiros.

As vivências de prazer foram considerados satisfatórios pelos participantes na liberdade de expressão, identificado através da liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas e liberdade para falar sobre o trabalho com as chefias. Já para a realização profissional as avaliações foram negativas, visto que estes se sentem desvalorizados, são poucos reconhecidos, e com isso sente-se desmotivados. Entretanto as avaliações satisfórias para este sentimento relaciona-se com o orgulho pelo trabalho que desenvolvem e com a identificação com as atividades. Para as vivências de sofrimento houve avaliação negativa para o esgotamento profissional apresentando resultado grave/crítico. Impacta nesse resultado o alto nível de estresse e sobrecarga no trabalho, além de sentirem frustrados e esgotados emocionalmente. A falta de reconhecimento também apresentou resultados grave/critico, sendo que a indignação, a desvalorização e falta de reconhecimento pelo esforço são fatores que interferem de modo negativo.

No que tange os danos relacionados ao trabalho, os físicos e psicológicos foram considerados grave/crítico. Apesar dos custos mais exigidos serem os cognitivos e afetivos, os danos mais presentes neste coletivo de trabalhadores são físicos e psicológicos, pois apresentam-se como reflexos da rotina intenso de trabalho, impactando diretamente nos sintomas físicos do corpo, como dores de cabeça, costas, pernas, enquanto os custos psicológicos são demonstrados através da vontade de desistir de tudo, de tristeza e irritação com tudo. Os danos sociais foram avaliados como satisfatórios, e pesam para essa avaliação sensibilização com os colegas e as dificuldades são compartilhadas entre si.

O estudo evidenciou que na organização do trabalho da ABS da região as condições podem interferir no risco de adoecimento dos profissionais, e que as relações socioprofissionais são fatores importantes para essas vivências. Quanto às vivências de prazer e sofrimento no trabalho, o estudo mostrou a importância do processo de reconhecimento para enfrentar o sofrimento e a transformação do prazer no trabalho.

Os fatores danos psicológicos e danos sociais apresentaram correlação positiva forte, assinalando a importância das relações na organização no trabalho com sua interferência na subjetividade e no coletivo do trabalho. Evidenciou-se que o trabalho estressante interfere diretamente na vida social dos profissionais, e que as exigências cognitivas no trabalho dos profissionais das equipes podem ocasionar doenças físicas, psicológicas e sociais.

Os resultados do ITRA evidenciaram que os profissionais da ABS estão realizados profissionalmente, satisfeitos em relação à liberdade de expressão, possuem reconhecimento profissional, entretanto estão esgotados profissionalmente. Não apresentam danos físicos, psicológicos ou sociais oriundos do trabalho.

Na abordagem qualitativa, o estudo propiciou identificar, pela ótica dos gestores, como estão as condições em saúde dos trabalhadores dos profissionais da ABS na região, desde a compreensão dos fatores que influenciam objetivamente ou subjetivamente a saúde dessa população. Compreender a organização da atenção à saúde dos trabalhadores dessa região levou a refletir a respeito da importância e das dificuldades existentes para a efetivação dos princípios da integralidade, um dos pilares de sustentação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Assim, se observa que, mesmo com pequenos esforços locais para melhorar a qualidade no processo de trabalho desses profissionais, necessita-se de mudanças na forma de compreender o trabalho. Verificou-se que alguns municípios apontam para maiores riscos de adoecimento dos seus trabalhadores. Entretanto algumas das dificuldades não são exclusivas do município. Contudo, percebe-se a necessidade de elaboração de estratégias mais adequadas às necessidades à saúde dos trabalhadores.

Observa-se um nitidamente o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Os gestores relataram que mesmo diante da valorização da ABS pelas políticas públicas, há um desalinhamento entre a oferta e a demanda, o que se planeja e o que são investidos. Para os profissionais, esse distanciamento, além de serem percebidas como geradoras de sofrimento no trabalho, demonstram a necessidade de maior compreensão, pela gestão, acerca do trabalho na ABS. Contudo, há de se pensar em adoção de modelos de gestão mais democráticos, que facilitem aos trabalhadores o uso de si, passando pelo uso de si pelos outros, oportunizando capacidade para a criatividade, sobretudo provocar mudanças que convoquem não apenas os

trabalhadores, mas também os gestores para o processo de renormatização dos processos de trabalho.

Mesmo que exista dificuldades na compreensão da complexidade do trabalho na ABS e a desvalorização de suas intervenções realizadas, porque a mesma é diferente quando comparada ao trabalho de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Faz-se necessário a visão de que o sofrimento pelo trabalhador é subjetivo, imbuídos pela cobrança de si, a realização de um trabalho de qualidade e resolutivo, de atender as demandas de seus usuários, sendo esses, a essência de seu trabalho. Desta forma, o trabalho na ABS exige uma oferta constante de si, por parte dos profissionais, podendo acarretar em momentos de tensão e estresse na realização do trabalho. Essas exigências têm implicações no custo humano do trabalho e envolvem custo físico, cognitivo e afetivo. Além disso, a deficiência no ambiente físico prejudica o desenvolvimento do seu trabalho, afetam o seu bem-estar, o seu conforto, da equipe e dos usuários do serviço, caracterizando os espaços de atenção em saúde como não acolhedores.

Essas condições de riscos de adoecimento que os profissionais vivenciam, é preocupante e merece visibilidade, reflexão e ação, pois se configuram como situações de negligência de atenção à saúde dos trabalhadores. No momento em que há evidências significativas de que esta população beira o adoecimento, e que já apresentam sinais e sintomas de patologias do trabalho, mesmo que ainda não diagnosticadas, precisam ser associadas ao trabalho e consideradas em sua essência. Conforme a teoria da Psicodinâmica do trabalho, é necessário um olhar para além dos cuidados técnico-assistenciais. Também a criação de espaços públicos de discussão, em que sintam-se à vontade de falar sobre os percalços do seu trabalho, pois, claramente, muitas das patologias que os acometem, são decorrentes da organização do trabalho.

A organização do trabalho no contexto da ABS, mesmo com a consagração que permeia este cenário, identificado através deste estudo e corroborado com a literatura, também é influenciada pelas configurações contemporâneas do mundo do trabalho, e com isso, sutilmente adere a mecanismos de gestão atuais, os quais, em sua perversidade, expõem os profissionais a situações de risco de adoecimento no trabalho. Esta ambiguidade precisa ser desvelada, refletida, criticada e pensada em sua realidade, com vistas à ação, à emancipação, pois não podemos simplesmente colocar os profissionais da saúde em um patamar que desconsidere a possibilidade de sofrimento e adoecimento destes.

Como limitação desta pesquisa aponta-se a falta da abordagem qualitativa com os próprios trabalhadores, uso do método qualitativo concomitante ao quantitativo, como

sugerido pelas autoras do ITRA, poderia aprofundar outras vivências dos trabalhadores da ABS. Outra limitação está relacionada com o recebimento das respostas pelos profissionais, essa limitação pode ter ligações com o fato do questionário ter sido disponibilizado eletronicamente, desta forma, sugere-se para as próximas pesquisas uma abordagem pessoalmente. Também deve ser considerado para a pouca aderência dos profissionais o medo da exposição, entretanto todos esses detalhes foram esclarecidos, conforme o TCLE. Referente as entrevistas as limitações se deram pelo difícil acesso aos gestores municipais, em disponibilizar tempo para realização da pesquisa.

Espera-se com este estudo ter contribuído não apenas com a ABS dos municípios da região do Vale do Paranhana/RS, mas com a construção do conhecimento em Saúde do Trabalhador na área da atenção básica.

Para finalizar, é necessário que gestores, instituição e trabalhadores se mobilizem para repensar o trabalho na ABS dos municípios em estudo, revendo os métodos de organização do trabalho, a fim de elaborar medidas e estratégias que proponham um melhor ambiente de trabalho, com organização flexível que minimizem as exigências decorrentes do contexto de trabalho. A valorização e reconhecimento do trabalho dos profissionais, podendo, assim, reduzir os riscos de adoecimento dos profissionais que trabalham na ABS da região.

REFERÊNCIAS

- ANCHIETA, Vânia Cristine et al. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 199-208, 2011.
- ANJOS, Felipe Burle et al. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. **Sistemas & Gestão**, v. 6, n. 4, p. 562-582, 2012.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciencia & saude coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016.
- BARROS, Nereida Maria Guabiroba Coelho; HONÓRIO, Luiz Carlos. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **REGE-Revista de Gestão**, v. 22, n. 1, p. 21-39, 2015.
- BORDIGNON, M. et al. (In) satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, 2015. Disponível em: DOI: 10.15253/2175-6783.2015000300013 Acesso em: 27 jul. 2018.
- BOLONHA, Thaís Regina; GOMES, Geni Col. A RESSIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO: UMA DAS CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO. **REVISTA UNINGÁ**, v. 56, n. S1, p. 68-77, 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 5 de outubro 1988. São Paulo: Michalany, 1988. Disponível em: http://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/constituicoes/constituicao_federativa.pdf Acesso em: 27 jul. 2018.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: Rio Grande do Sul, 2017.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 27 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, v. 150, n. 112, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf> Acesso em: 27 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_%20trabalho_lesoes_ler.pdf Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a)- COSAT. **Política Nacional de Saúde do (a) Trabalhador (a)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, Marcos; MACÊDO, Kátia Barbosa. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012.

CABRAL, I. C.; MORENO, R. A.; MIRANDA, R. F. **Adoecimento na saúde: “Relação entre trabalho e sofrimento na diretoria de saúde do CBMDF”** [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/9794> Acesso em: 27 jul. 2018.

CAMPOS, Juliana Faria; DAVID, Helena Scherlowski Leal. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 363-368, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 02 de Dez. 2019.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto.

In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2010.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Org). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas; 2007.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Editora Dublinense, 2017.

_____, C. **Avaliação do trabalho submetida à prova do real Crítica aos fundamentos da avaliação**. In: SZNELWAR, L.I.; MASCIA, F.L. Trabalho, tecnologia e organização. São Paulo: Blucher; 2008.

_____, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. ed. 3, Brasília: Paralelo 15 / Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.

_____, C. Sofrimento e prazer no trabalho: abordagem pela psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNEKWAR, L.I.; DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. ed. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15; 2011a.

_____, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2015.

DEJOURS, Christophe; GERNET, Isabelle. Trabalho, subjetividade e confiança. **Saúde dos bancários**. São Paulo: Publisher Brasil. Editora Gráfica Atitude Ltda, 2011.

DINIZ, A. da SB; GOES, H. dos S. Espaço de escuta técnica qualificada: nova estratégia de mediação do sofrimento no trabalho. Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, p. 451-466, 2010.

FACAS, E. P. Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília UnB, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15420> Acesso em: 27 jul. 2018.

FERREIRA, Gimerson Erick. **Clínica psicodinâmica do trabalho no contexto gerencial da atenção primária à saúde**. 2017.

FERREIRA, Gímerson Erick et al. Intervenções comunitárias em enfermagem: intersectorialidade, formação empreendedora e desenvolvimento regional em saúde. **Redes (St. Cruz Sul, Online)**, v. 23, n. 3, p. 317-335, 2018.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al. Caracterização do contexto de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 565-572, 2015.

FERREIRA, Mário César; ALMEIDA, Cleverson Pereira; GUIMARÃES, Magali Costa. Ergonomia da atividade: uma alternativa teórico-metodológica no campo da psicologia aplicada aos contextos de trabalho. **O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia**. Porto Alegre: Artmed, p. 558-578, 2013.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FONTANA, Rosane Teresinha. **Situação de trabalho da enfermagem em uma instituição de atenção básica à saúde: saberes e práticas**. 2011.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? *Cadernos de saúde pública*, v. 34, n. 8, p. e00029818, 20 ago. 2018.

GHIZONI, Liliam Deisy et al. Clínica Psicodinâmica do Trabalho: a prática em diversos contextos de trabalho. **Revista Desafios**, v. 1, n. 1, p. 74-94, 2014.

GHIZONI, Liliam Deisy; MENDES, Ana Magnólia. Dispositivos para uma escuta clínica do sofrimento no trabalho dos catadores de materiais recicláveis. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p. 15-26, 2014.

GLANZNER, Cecília Helena. O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição. 2014.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde-a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 881-892, 2011.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde-a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 881-892, 2011.

GOMES, Mariana Farias et al. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3574-3586, 2015.

GUIZARD, Francini Lube; CUNHA, Maria Luiza Silva. Profissionais administrativos na gestão do sistema único de saúde: a divisão social do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 463-480, 2012.

HILLESHEIN, Eunice Fabiani; LAUTERT, Liana. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 520-527, 2012.

HOPPE, Ariane et al. O contexto de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. **Revista Jovens Pesquisadores**, v. 7, n. 1, p. 60-73, 2017.

IBGE Censo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 25 nov. 2019.

IGREJINHA, Prefeitura Municipal de. Acesso a informação. **Informações das instituições públicas municipais de Igrejinha. 2018. Disponível em:** <http://www.igrejinha.rs.gov.br/p.asp?i=135&c> Acesso em: 28 jun. 2018.

ILVA, Priscila Matos Crisostomo da; SOUZA, Kátia Reis de; TEIXEIRA, Liliane Reis. Política de despreciação do trabalho em saúde em uma instituição federal de C&T: a experiência de professores e pesquisadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.15, n.1, p.95-116, 2017

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007> Acesso em: 27 jul. 2018.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, textos escolhidos, revista e ampliada. **Brasília, Rio de Janeiro: Paralelo15/FIOCRUZ**, 2008.

LAVNCHICHA, Glayce Rejane Felipe. A clínica psicodinâmica do trabalho: teoria e método. **Khóra: Revista Transdisciplinar**, v. 2, n. 2, 2015.

LAVNCHICHA, Glayce Rejane Felipe. A Clínica Psicodinâmica Do Trabalho: Teoria E Método. **Khóra: Revista Transdisciplinar**, v. 2, n. 2, 2015.

LOPES, Denise Maria Quatrin et al. Community health agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012.

MAGALHÃES-JUNIOR, H. M. et al. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. **Divulg. saúde debate**, p. 14-29, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf> Acesso em: 27 jul. 2018.

MAISSIAT, G. S. et al. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200042&script=sci_abstract&tlng=es Acesso em: 27 jul. 2018.

MAISSIAT, G. S. Prazer e sofrimento de trabalhadores da atenção básica à saúde à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho. 2013. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre. 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/76335> Acesso em: 27 jul. 2018.

MARTINS, Soraya Rodrigues. A escuta do sofrimento na Clínica do Trabalho. In: MENDES, A.M. et al. (Orgs). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba; Juruá editora, 2014.

MEGIER, Manoela de Carvalho; TRAESEL, Elisete Soares. A importância do reconhecimento no ambiente de trabalho. **XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: Aprender e empreender na educação e na ciência**, v. 3, 2012.

MENDES, A. M. **A organização do trabalho como produto da cultura e a prevenção do estresse ocupacional: O olhar da psicodinâmica do trabalho**. Estresse e Cultura organizacional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MENDES, A. M. et al. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 49-61, 2007

MENDES, A. M.; ARAÚJO, L. K. R. **Clínica Psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C.; CRUZ, R. M. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento–ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-126, 2007.

MERLO, A. R. C.; HELOANI, R. Suicídio (e trabalho). In VIEIRA, F.; MENDES, A. M.; MERLO, Álvaro RC; BOTTEGA, Carla G.; MAGNUS, Cláudia N. Espaço público de discussão. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Juruá: Curitiba, p. 147-152, 2013.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In. CATTANI, A. D., HOLZMANN, L. (orgs) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, 2011.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 30-42, 2015.

OLIVEIRA, Maria Mônica de; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 765-779, 2019.

PAROBÉ, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Arquivos. 2018. Disponível em: <https://parobe.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/42> Acesso em: 28 jun. 2018.**

RIO GRANDE DO SUL. **Perfil Socioeconômico COREDE Paranhana Encosta da Serra**, 2015. Disponível em: < <http://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201512/15134135-20151117103226perfis-regionais-2015-paranhana-encosta-da-serra.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2019.

RIOZINHO, Prefeitura Municipal de. Acesso a informação. **Informações das instituições públicas municipais de Riozinho. 2018. Disponível em: <http://www.pmrizinho.rs.gov.br> Acesso em: 28 jun. 2019.**

ROLANTE, Prefeitura Municipal de. Acesso a informação. **Informações das instituições públicas municipais de Rolante. 2018. Disponível em: <http://www.rolante.rs.gov.br/prefeitura/acesso-a-informacao/unidades-de-saude> Acesso em: 28 jun. 2018.**

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 141-152, 2012.

SANTOS, J. L. G. et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366014.pdf> Acesso em: 27 jul. 2018.

SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 19-45, 2011.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 94-108, 2014.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. In: **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. 2011.

SENA, T. S.; COSTA, M. L. Reflections about the Approach of Clinical Governance in Health Education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 278-285, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02822014>

SHIMIZU, H. E. et al. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021 Acesso em: 27 jul. 2018.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2405-2414, 2012.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017.

SILVA, R. M. et al. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71411706013/> Acesso em: 27 jul. 2018.

SOUZA FILHO, Paulo Roberto Taborda; CAMPANI, Filipe; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Work Environment and Burnout in Primary Care Health Workers: the mediating role of Social Well-Being. **Quaderns de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. e1475, 2019.

TAQUARA, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde. Unidades Básicas de Saúde**. 2018. Disponível em: http://www.taquara.rs.gov.br/?titulo=Secretarias&template=conteudo&categoria=833&codigoCategoria=833&idConteudo=2826&tipoConteudo=INCLUDE_MOSTRA_CONTEUDO Acesso em: 28 jun. 2018.

TRÊS COROAS, Prefeitura Municipal de. Acesso a informação. Informações das instituições públicas municipais de Três Coroas. 2018. Disponível em:

<http://www.trescoroas.rs.gov.br/prefeitura/aceso-a-informacao/unidades-de-saude> Acesso em: 28 jun. 2018.

TRINDADE, Letícia de Lima et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 28, n. 4 (dez. 2007), p. 473-479, 2007.**

TRINDADE, Letícia de Lima et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta paulista de enfermagem. São Paulo. Vol. 23, n. 5 (set./out. 2010), p. 684-689, 2010.**

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5973> Acesso em: 27 jul. 2019.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

1	Município de residência:
2	Idade:
3	Sexo: () Masculino () Feminino
4	Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () União estável
5	Escolaridade: () Ensino Médio completo () Ensino de nível técnico () Superior Completo () Especialização () Mestrado () Doutorado
6	Cargo exercido atualmente na unidade de serviço: () ACS () Técnico de enfermagem () Enfermeiro () Médico
7	Local de trabalho (bairro/município):
8	A unidade que você trabalha é considerado: () Rural () Urbano
9	Tempo de atuação no trabalho: () até 2 anos () de 2 à 5 anos () de 6 a 10 anos () de 11 a 15 anos () de 16 a 20 anos () mais de 20 anos
10	Vínculo empregatício: () contratado () concursado
11	Regime de trabalho na instituição: () até 10 horas () 10 à 20 h. () 20 à 30 h. () 30 à 40 h. () acima de 40h
12	Exerce uma 2ª função remunerada: () sim () não Qual: Carga horária:
13	Renda média mensal: () até 2 salários mínimo () 3 a 5 salário mínimo () 5 a 7 salários mínimo () 7 ou mais salário mínimo
14	Afastamento do trabalho por questões de saúde relacionado ao trabalho no último ano: () nenhum () entre 1 e 3 afastamentos () mais de três
15	Houve algum acidente no trabalho no último ano: () sim () não Qual: Foi notificado: () sim () não Se “não” porque?:

APÊNDICE B – GUIA NORTEADOR DA ENTREVISTA

Título da pesquisa: Risco de adoecimento de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde: cenários e desafios.

Pesquisador: Edemilson Pichek dos Santos (Mestrado em Desenvolvimento Regional/PPGDR-FACCAT) **E-mail:** edemilson@sou.faccat.br

Orientador: Prof. Dr. Roberto Morais **E-mail:** r.roberto.morais@gmail.com

Caracterização do participante:

1. **Idade:** ____ anos
2. **Maior titulação obtida:** (____) Ensino Médio (____) Graduação (____) Especialização (____) Mestrado (____) Doutorado
3. **Cargo atual:** _____
4. **Tempo de Trabalho:** _____ anos
5. **Tempo de serviço na instituição:** _____ anos
6. **Tipo de vínculo:** _____
7. **Exerce uma 2ª função remunerada?** _____. **Se sim, qual?** _____

Roteiro norteador das entrevistas*

Questões disparadoras:

- O que você entende por saúde do trabalhador na APS?
- Como você vê a questão da assistência à saúde do trabalhador neste município?
- Você identifica, no seu município, algum tipo de ação direcionada para a resolução de problemas em saúde do trabalhador? Caso sim, quais são elas?
- No caso de agravos à saúde relacionados ao trabalho, qual a conduta adotada, existe algum fluxo de notificação ou de encaminhamento neste caso?
- Quais as facilidades ou dificuldades são encontradas para garantir a efetivação do direito à saúde do trabalhador da APS?
- Quais medidas/ações você identifica que seja necessário para minimizar os riscos de adoecimento no contexto do trabalho?
- Que estratégias de gestão você vê como possibilidade de qualificação de ações em prol da saúde do trabalhador na APS?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “**Risco de adoecimento de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde: cenários e desafios.**”, que tem como analisar as condições de trabalho dos profissionais da saúde da APS, com vistas a dar visibilidade às ações capaz de fomentar a promoção da atenção à saúde dos trabalhadores da APS na região do Vale do Paranhana/RS. O desenvolvimento deste estudo justifica-se, especialmente pela necessidade de propor avanços e qualificações nos cenários de trabalho da APS, de analisar as percepções sobre o contexto de trabalho dos trabalhadores da APS nos quais estão inseridos. O estudo será realizado pelo pesquisador mestrando Edemilson Pichek dos Santos, sob supervisão e orientação do pesquisador responsável Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos de Moraes. A entrevista ocorrerá durante o seu turno de trabalho, dentro do próprio ambiente laboral, a mesma será gravada em áudio. Após será realizado as transcrições na integra as entrevistas, serão guardadas pelo pesquisador por um período de cinco anos, a partir da publicação dos resultados, e, após, destruídos conforme preconiza a Resolução 466/12. Assegura-se o caráter confidencial das informações oriundas das entrevistas, bem como a preservação do anonimato dos participantes na divulgação dos dados de pesquisa.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, não sendo previsto nenhum tipo de remuneração, assim como não está previsto nenhum custo com relação aos procedimentos envolvidos. Além disso, cabe destacar que a pesquisa tem precedência científica e destina-se à elaboração da dissertação do pesquisador, junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara (PPGDR-FACCAT), sendo isenta de vinculações hierárquicas ou administrativas, ou mesmo de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, portanto, não lhe trará nenhum prejuízo. Assim, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para estes fins, em atendimento aos objetivos deste estudo. Quanto aos riscos, considera-se a possibilidade de eventual desconforto durante a realização da entrevista, sendo-lhe conferida a liberdade de ausentar-se dos encontros quando achar necessário, ou mesmo de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

É garantido ainda o recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca desta pesquisa, e, em caso de dúvida ou novos questionamentos, você poderá entrar em contato com o PPGDR: (51) 3541-6600, com o pesquisador: (51) 994390949 ou edemilson@sou.faccat.br, ou com o Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos de Moraes: e-mail r.roberto.morais@gmail.com. Informações acerca da pesquisa também podem ser solicitadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACCAT, pelo telefone (51) 3541-6600.

Ciente das informações contidas neste termo, declaro que tenho conhecimento acerca dos objetivos e da importância desta pesquisa de forma clara, e concordo em participar da mesma.

Declaro ainda que recebi uma cópia deste TCLE, ficando outra via com o pesquisador.

De acordo, Taquara, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Nome: _____

Assinatura do pesquisador

Edemilson Pichek dos Santos

APÊNDICE D – Médias e classificação do risco de adoecimento dos itens da EACT

Tabela 1 – Médias e classificação do risco dos itens da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho do ITRA. Taquara, 2013.

Questões do domínio Organização do Trabalho	Média	Classificação
As tarefas são repetitivas	3,93	Grave
Existe fiscalização do desempenho	3,58	Crítico
Existe forte cobrança por resultados	3,5	Crítico
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,3	Crítico
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,26	Crítico
As tarefas são cumpridas com a pressão de prazos	3,1	Crítico
O ritmo de trabalho excessivo	3,04	Crítico
As normas para execução das tarefas são rígidas	3,04	Crítico
Os resultados esperados estão fora da realidade	2,88	Crítico
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,49	Crítico
Questões do domínio Relações Socioprofissionais		
Os funcionários são excluídos das decisões	2,8	Crítico
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,72	Crítico
Existem disputas profissionais no local do trabalho	2,66	Crítico
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,66	Crítico
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,65	Crítico
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,64	Crítico
Falta integração no ambiente de trabalho	2,64	Crítico
A autonomia é inexistente	2,51	Crítico
A distribuição das tarefas é injusta	2,45	Crítico
As tarefas não estão claramente definidas	2,44	Crítico
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,21	Satisfatório
Questões do domínio Condições de Trabalho		
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	2,78	Crítico
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,54	Crítico
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	2,51	Crítico
As condições de trabalho são precárias	2,45	Crítico
O ambiente físico é desconfortável	2,44	Crítico
O material de consumo é insuficiente	2,44	Crítico
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,37	Crítico
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,34	Satisfatório
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,3	Satisfatório
O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	2,23	Satisfatório
As tarefas são repetitivas	3,93	Satisfatório

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

APÊNDICE E – Médias e classificação risco de adoecimento dos itens da EACH

Tabela 1 – Médias e classificação do risco dos itens da Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho do ITRA. Taquara, 2013.

Questões do domínio	Média	Classificação
Questões do domínio Custo Afetivo		
Ter controle das emoções	3,63	Crítico
Ter custo emocional	3,28	Crítico
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	3,25	Crítico
Disfarçar os sentimentos	3,2	Crítico
Ter que lidar com ordens contraditórias	3,15	Crítico
Ser obrigado a ter bom humor	2,94	Crítico
Ser bonzinho com os outros	2,86	Crítico
Transgredir valores éticos	2,72	Crítico
Ser obrigado a cuidar da aparência física	2,49	Crítico
Ser obrigado a sorrir	2,34	Crítico
Ser obrigado a elogiar as pessoas	2,15	Satisfatória
Ser submetido a constrangimento	1,95	Satisfatória
Questões do domínio Custo cognitivo		
Usar a memória	3,99	Grave
Ser obrigado a lidar com imprevistos	3,8	Grave
Ter que resolver problemas	3,79	Grave
Ter concentração mental	3,77	Grave
Fazer esforço mental	3,71	Grave
Usar a visão de forma contínua	3,65	Crítico
Usar a criatividade	3,64	Crítico
Ter desafios intelectuais	3,2	Crítico
Fazer previsão de acontecimentos	3,05	Crítico
Desenvolver macetes	2,63	Crítico
Questões do domínio Custo Físico		
Caminhar	3,54	Crítico
Usar as mãos de forma repetidas	3,48	Crítico
Usar as pernas de forma contínua	3,3	Crítico
Usar os braços de forma contínua	2,65	Crítico
Ser obrigado a ficar de pé	2,65	Crítico
Fazer esforço físico	2,42	Crítico
Ficar em posição curvada	2,03	Satisfatório
Usar a força física	2	Satisfatório
Subir a descer escadas	1,84	Satisfatório
Ter que manusear objetos pesados	1,65	Satisfatório

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

APÊNDICE F – Médias e classificação risco de adoecimento dos itens da EIPST

Tabela 1 – Médias e classificação do risco dos itens da Escala de de Indicadores de Prazer e sofrimento no Trabalho do ITRA. Taquara, 2019.

Questões do domínio	Média	Classificação
Liberdade de Expressão		
Solidariedade entre os colegas	4,85	Satisfatória
Liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas	4,84	Satisfatória
Liberdade para usar a minha criatividade	4,66	Satisfatória
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,53	Satisfatória
Liberdade para falar sobre meu trabalho com as chefias	4,53	Satisfatória
Cooperação entre os colegas	4,4	Satisfatória
Liberdade com a chefia para negociar minhas demandas	4,15	Satisfatória
Confiança entre os colegas	3,73	Crítico
Questões do domínio Realização Profissional		
Orgulho pelo que faço	4,84	Satisfatória
Identificação com as minhas tarefas	4,29	Satisfatória
Bem-estar	3,94	Crítico
Gratificação pessoal com as minhas atividades	3,92	Crítico
Realização profissional	3,86	Crítico
Satisfação	3,77	Crítico
Motivação	3,49	Crítico
Reconhecimento	2,8	Crítico
Valorização	2,73	Crítico
Questões do domínio Esgotamento Profissional		
Estresse	4,14	Grave
Esgotamento emocional	3,77	Crítico
Frustração	3,4	Crítico
Sobrecarga	3,38	Crítico
Insatisfação	3,31	Crítico
Insegurança	2,94	Crítico
Medo	2,49	Crítico
Questões do domínio Falta de Reconhecimento		
Indignação	3,3	Crítico
Desvalorização	3,21	Crítico
Falta de reconhecimento do meu esforço	3,09	Crítico
Falta de reconhecimento do meu desempenho	3,05	Crítico
Injustiça	2,72	Crítico
Inutilidade	2,27	Crítico
Desqualificação	2,05	Crítico
Discriminação	1,42	Satisfatória

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

APÊNDICE G – Médias e classificação risco de adoecimento dos itens da EADRT

Tabela 1 – Médias e classificação do risco dos itens da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho do ITRA. Taquara, 2019.

Questões do domínio Custo Afetivo	Média	Classificação
Dor de cabeça	3,55	Grave
Dores nas pernas	3,55	Grave
Dores nas costas	3,48	Grave
Alterações do sono	3,23	Grave
Dores no corpo	3,11	Grave
Dores nos braços	2,46	Crítico
Alterações do apetite	2,36	Crítico
Distúrbios na visão	1,64	Satisfatória
Distúrbios digestivos	1,6	Satisfatória
Distúrbios circulatórios	1,41	Satisfatória
Distúrbios respiratórios	1,15	Satisfatória
Distúrbios auditivos	0,35	Satisfatória
Questões do domínio Custo cognitivo		
Vontade de ficar sozinho	3,13	Grave
Impaciência com as pessoas em geral	2,55	Grave
Conflitos nas relações familiares	2,36	Grave
Dificuldade nas relações fora do trabalho	1,59	Satisfatória
Agressividade com os outros	1,41	Satisfatória
Dificuldade com os amigos	1,28	Satisfatória
Insensibilidade em relação aos colegas	1,27	Satisfatória
Questões do domínio Custo Afetivo		
Vontade de desistir de tudo	3,06	Grave
Tristeza	3,06	Grave
Irritação com tudo	2,9	Crítico
Mau-humor	2,76	Crítico
Sentimento de desamparo	2,73	Crítico
Sensação de vazio	2,37	Crítico
Dúvida sobre a capacidade de fazer tarefas	2,35	Crítico
Sensação de abandono	2,31	Crítico
Solidão	1,97	Satisfatória
Amargura	1,7	Satisfatório

Fonte dos Dados: SANTOS, E. P. Coleta direta de dados por meio de questionário, 2019.

ANEXO A - Escala De Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)

Gentileza indicar, depois de cada frase, o número que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1	2	3	4	5					
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre					
1	O ritmo de trabalho excessivo.				1	2	3	4	5
2	As tarefas são cumpridas com a pressão de prazos.				1	2	3	4	5
3	Existe forte cobrança por resultados.				1	2	3	4	5
4	As normas para execução das tarefas são rígidas.				1	2	3	4	5
5	Existe fiscalização do desempenho.				1	2	3	4	5
6	O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas.				1	2	3	4	5
7	Os resultados esperados estão fora da realidade.				1	2	3	4	5
8	Existe divisão entre quem planeja e quem executa.				1	2	3	4	5
9	As tarefas são respectivas.				1	2	3	4	5
10	Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho.				1	2	3	4	5
11	As tarefas executadas sofrem descontinuidade.				1	2	3	4	5
12	As tarefas não estão claramente definidas.				1	2	3	4	5
13	A autonomia é inexistente.				1	2	3	4	5
14	A distribuição das tarefas é injusta.				1	2	3	4	5
15	Os funcionários são excluídos das decisões.				1	2	3	4	5
16	Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados.				1	2	3	4	5
17	Existem disputas profissionais no local do trabalho.				1	2	3	4	5
18	Falta integração no ambiente de trabalho.				1	2	3	4	5
19	A comunicação entre funcionários é insatisfatória				1	2	3	4	5
20	Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional.				1	2	3	4	5
21	As informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.				1	2	3	4	5
22	As condições de trabalho são precárias.				1	2	3	4	5
23	O ambiente físico é desconfortável.				1	2	3	4	5
24	Existe muito barulho no ambiente de trabalho.				1	2	3	4	5
25	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado				1	2	3	4	5
26	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas				1	2	3	4	5
27	O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas				1	2	3	4	5
28	Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários				1	2	3	4	5
29	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado				1	2	3	4	5
30	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas				1	2	3	4	5
31	O material de consumo é insuficiente				1	2	3	4	5

Fonte: In: Mendes, A. M. B. (org.) *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 364-367.

ANEXO B - Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do custo humano no trabalho

1	2	3	4	5			
Nada exigido	Pouco exigido	Mais ou menos exigido	Bastante exigido	Totalmente exigido			
1	Ter controle das emoções.		1	2	3	4	5
2	Ter que lidar com ordens contraditórias.		1	2	3	4	5
3	Ter custo emocional.		1	2	3	4	5
4	Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros.		1	2	3	4	5
5	Disfarçar os sentimentos.		1	2	3	4	5
6	Ser obrigado a elogiar as pessoas.		1	2	3	4	5
7	Ser obrigado a ter bom humor.		1	2	3	4	5
8	Ser obrigado a cuidar da aparência física.		1	2	3	4	5
9	Ser bonzinho com os outros.		1	2	3	4	5
10	Transgredir valores éticos.		1	2	3	4	5
11	Ser submetido a constrangimento.		1	2	3	4	5
12	Ser obrigado a sorrir.		1	2	3	4	5
13	Desenvolver macetes.		1	2	3	4	5
14	Ter que resolver problemas.		1	2	3	4	5
15	Ser obrigado a lidar com imprevistos.		1	2	3	4	5
16	Fazer previsão de acontecimentos.		1	2	3	4	5
17	Usar a visão de forma contínua.		1	2	3	4	5
18	Usar a memória.		1	2	3	4	5
19	Ter desafios intelectuais.		1	2	3	4	5
20	Fazer esforço mental.		1	2	3	4	5
21	Ter concentração mental.		1	2	3	4	5
22	Usar a criatividade.		1	2	3	4	5
23	Usar a força física.		1	2	3	4	5
24	Usar os braços de forma contínua.		1	2	3	4	5
25	Ficar em posição curvada.		1	2	3	4	5
26	Caminhar.		1	2	3	4	5
27	Ser obrigado a ficar de pé.		1	2	3	4	5
28	Ter que manusear objetos pesados.		1	2	3	4	5
29	Fazer esforço físico.		1	2	3	4	5
30	Usar as pernas de forma contínua.		1	2	3	4	5
31	Usar as mãos de forma repetidas.		1	2	3	4	5
32	Subir a descer escadas.		1	2	3	4	5

Fonte: In: Mendes, A. M. B. (org.) *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 364-367.

ANEXO C – Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)

Avaliando seu trabalho, atualmente, marque a frequência com que você experimenta vivência positivas e negativas em relação aos aspectos discriminados a seguir, tendo por base a escala abaixo.

0	1	2	3	4	5	6					
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes					
1	Liberdade com a chefia para negociar minhas demandas				0	1	2	3	4	5	6
2	Liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas				0	1	2	3	4	5	6
3	Solidariedade entre os colegas				0	1	2	3	4	5	6
4	Confiança entre os colegas				0	1	2	3	4	5	6
5	Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho				0	1	2	3	4	5	6
6	Liberdade para usar a minha criatividade				0	1	2	3	4	5	6
7	Liberdade para falar sobre meu trabalho com as chefias				0	1	2	3	4	5	6
8	Cooperação entre os colegas				0	1	2	3	4	5	6
9	Satisfação				0	1	2	3	4	5	6
10	Motivação				0	1	2	3	4	5	6
11	Orgulho pelo que faço				0	1	2	3	4	5	6
12	Bem-estar				0	1	2	3	4	5	6
13	Realização profissional				0	1	2	3	4	5	6
14	Valorização				0	1	2	3	4	5	6
15	Reconhecimento				0	1	2	3	4	5	6
16	Identificação com as minhas tarefas				0	1	2	3	4	5	6
17	Gratificação pessoal com as minhas atividades				0	1	2	3	4	5	6
18	Esgotamento emocional				0	1	2	3	4	5	6
19	Estresse				0	1	2	3	4	5	6
20	Insatisfação				0	1	2	3	4	5	6
21	Sobrecarga				0	1	2	3	4	5	6
22	Frustração				0	1	2	3	4	5	6
23	Insegurança				0	1	2	3	4	5	6
24	Medo				0	1	2	3	4	5	6
25	Falta de reconhecimento do meu esforço.				0	1	2	3	4	5	6
26	Falta de reconhecimento do meu desempenho				0	1	2	3	4	5	6
27	Desvalorização				0	1	2	3	4	5	6
28	Indignação				0	1	2	3	4	5	6
29	Inutilidade				0	1	2	3	4	5	6
30	Desqualificação				0	1	2	3	4	5	6
31	Injustiça				0	1	2	3	4	5	6
32	Discriminação				0	1	2	3	4	5	6

Fonte: Mendes, A. M. B. (org.) *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 364-367.

ANEXO D - Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT)

Os itens a seguir tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que geralmente são causados pela realização do trabalho. Marque o número que melhor corresponde á frequência com que eles estão presentes na sua atividade como professor, tomando por base a escala abaixo.

0	1	2	3	4	5	6				
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes				
1	Dores no corpo			0	1	2	3	4	5	6
2	Dores nos braços			0	1	2	3	4	5	6
3	Dor de cabeça			0	1	2	3	4	5	6
4	Distúrbios respiratórios			0	1	2	3	4	5	6
5	Distúrbios digestivos			0	1	2	3	4	5	6
6	Dores nas costas			0	1	2	3	4	5	6
7	Distúrbios auditivos			0	1	2	3	4	5	6
8	Alterações do apetite			0	1	2	3	4	5	6
9	Distúrbios na visão			0	1	2	3	4	5	6
10	Alterações do sono			0	1	2	3	4	5	6
11	Dores nas pernas			0	1	2	3	4	5	6
12	Distúrbios circulatórios			0	1	2	3	4	5	6
13	Insensibilidade em relação aos colegas			0	1	2	3	4	5	6
14	Dificuldade nas relações fora do trabalho			0	1	2	3	4	5	6
15	Vontade de ficar sozinho			0	1	2	3	4	5	6
16	Conflitos nas relações familiares			0	1	2	3	4	5	6
17	Agressividade com os outros			0	1	2	3	4	5	6
18	Dificuldade com os amigos			0	1	2	3	4	5	6
19	Impaciência com as pessoas em geral			0	1	2	3	4	5	6
20	Amargura			0	1	2	3	4	5	6
21	Sensação de vazio			0	1	2	3	4	5	6
22	Sentimento de desamparo			0	1	2	3	4	5	6
23	Mau-humor			0	1	2	3	4	5	6
24	Vontade de desistir de tudo			0	1	2	3	4	5	6
25	Tristeza			0	1	2	3	4	5	6
26	Irritação com tudo			0	1	2	3	4	5	6
27	Sensação de abandono			0	1	2	3	4	5	6
28	Dúvida sobre a capacidade de fazer tarefas			0	1	2	3	4	5	6
29	Solidão			0	1	2	3	4	5	6

Fonte: In: Mendes, A. M. B. (org.) *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 364-367.