

Estratégias de fortalecimento de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: a experiência de uma Unidade Básica de Saúde

Strategies to strengthen workers' health: the experience of a Basic Health Unit

Carla Andrea Trapé^I, Kátia Regina dos Santos Narciso^{II}, Luciana Cordeiro^{III}, Emiliania Maria Grandó Gaiotto^{IV}

Resumo

A saúde do trabalhador é determinada pela forma de organização do processo de trabalho no contexto do modo de produção capitalista, processo que gera sucessivos desgastes, inclusive na área da saúde. Objetiva-se apresentar o processo de elaboração de propostas de enfrentamento do desgaste do trabalhador da Atenção Primária em Saúde, por meio de pesquisa de implementação e da pesquisa participante, com vistas às transformações dos processos de trabalho. Realizou-se sete oficinas emancipatórias para instrumentalização dos trabalhadores com vistas à implementação de estratégias de fortalecimento de saúde dessa população, validadas em diálogo deliberativo, com trabalhadores de uma unidade de saúde da família. O processo educativo foi analisado captando-se os desgastes dos trabalhadores e elencando suas causas sob sua própria óptica, as quais foram se complexificando ao longo do processo, em direção à compreensão das raízes dos desgastes. Foi elaborado documento norteador para apoiar a realização de oficinas, de forma a preparar os trabalhadores para processos de implementação, constituindo o produto apresentado ao programa de mestrado profissional ao qual a pesquisa se vincula. As oficinas se apresentaram como instrumento potente de transformação da compreensão sobre a saúde do trabalhador e as formas de enfrentamento dos desgastes que estes sofrem.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Política de Saúde do Trabalhador; Atenção Básica; Implementação.

Abstract

The workers' health is determined by the organization of the work process within the context of the capitalist mode of production, a process that generates successive worker's wear out, including in the health field. We aim to present the process of coping proposals development to address the Primary Health Care workers' wear out through implementation research and participatory research, with a view to transform work processes. Seven emancipatory workshops were conducted to instrumentalize the workers to implement health-strengthening strategies for workers. These strategies were validated through deliberative dialogue with a family health unit workers. The educational process was analyzed and it captured the workers' wear out and its causes from their' perspective. These causes became increasingly complex throughout the process leading to a better understanding of the roots of the wear and tear. A guiding document was developed to support the workshops and prepare the workers for the implementation processes. This document constituted the product presented to the professional Master's Program to which the research is affiliated. The workshops proved to be a powerful instrument for transforming the understanding of worker health and the ways to face with the wear out that they experienced.

Keywords: Occupational Health; Workers Health Policy; Primary Health Care; Implementation.

^I Carla Andrea Trapé (carlaens@usp.br) é enfermeira, doutora e docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo.

^{II} Kátia Regina dos Santos Narciso (katia.narciso@hotmail.com) é enfermeira e pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^{III} Luciana Cordeiro (lucordeiro.to@gmail.com) é terapeuta ocupacional, doutora e docente da Universidade Federal de Pelotas.

^{IV} Emiliania Maria Grandó Gaiotto (aggrando@gmail.com) é enfermeira, doutora e docente da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara, Tatuí, SP

Introdução

O presente estudo se constitui em pesquisa do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da USP. Toma-se por objeto o desgaste da saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), apresentando estratégias de fortalecimento da saúde desse grupo, construídas a partir da pesquisa de implementação. Esta busca compreender como operacionalizar políticas, programas ou intervenções individuais em saúde para responder questões da realidade envolvendo gerentes, equipes, tomadores de decisão executivos, formuladores de políticas e profissionais de saúde.¹

Parte-se do pressuposto de que a saúde do trabalhador é determinada pela forma de organização do processo de trabalho no contexto do modo de produção capitalista, que tem por finalidade a exploração da força de trabalho para geração de lucros. É caracterizada, ainda, pela precarização das condições de trabalho e jornadas prolongadas^{2,3}, sendo que a exigência de cumprimento de metas e a automatização do trabalho, bem como o adoecimento e desgaste dos trabalhadores são traços do proletariado brasileiro.⁴

Tais desgastes são diferentes para distintas classes sociais e definem os perfis epidemiológicos desses grupos⁵. Os processos de trabalho no modo de produção capitalista mostram-se extremamente nocivos, caracterizados pela alienação e sobrecarga dos trabalhadores.⁶

Os atuais processos de organização no trabalho, inclusive na saúde, desgastam as dimensões física e subjetiva dos trabalhadores, resultando em sobrecarga⁷. O desgaste do trabalhador em Saúde, a exemplo dos demais trabalhadores, resulta, em última instância, da exploração capitalista, que impõe aos trabalhadores o sequestro de sua subjetividade e a falta de clareza sobre seu próprio processo de trabalho.^{5,8}

Na APS, a organização do trabalho coloca constantemente os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) diante do desafio de cumprir metas, o que envolve múltiplas tarefas. Tal realidade foi agravada pela pandemia de covid, que recentemente explicitou que profissionais de saúde vêm sofrendo desgastes relacionados

às condições de trabalho a que têm sido submetidos, tais como falta de insumos, quadro profissional insuficiente, jornadas de trabalho aumentadas, entre outras.⁹

Ressalta-se que diante da complexidade de elementos que determinam a saúde do trabalhador, os serviços de saúde e instituições voltados para esse grupo restringem-se a intervenções em fatores de risco sem considerar a relação entre adoecimento e organização do processo de trabalho no contexto do modo de produção capitalista¹⁰. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) criada em 23 de agosto de 2012 instituiu alguns avanços ao prever que as ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador incidam sobre alguns elementos do processo de trabalho. Entretanto, os desafios têm sido muitos para sua efetivação, e entre eles estão a fragmentação da rede de Atenção à Saúde e a orientação das ações pautadas no modelo biomédico.¹⁰

Buscando superar a perspectiva de intervenções em saúde do trabalhador voltadas apenas para o tratamento de problemas já instalados, Gaiotto¹¹ produziu uma síntese de evidências que consistiu na análise de revisões sistemáticas que avaliaram intervenções na área em questão, resultando na elaboração de três opções para enfrentar o problema. As duas primeiras opções são fundamentadas no campo da Saúde Ocupacional (SO), que abrange a maioria das intervenções analisadas: 1) Implementar um programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde direcionado aos trabalhadores da APS; e 2) Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento dos trabalhadores que retornam ao trabalho após afastamento por problemas de saúde. A terceira opção está alinhada com o campo da Saúde do Trabalhador (ST): 3) Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho, com o objetivo de fortalecer os trabalhadores, utilizando as evidências científicas disponíveis nessa área específica.

Destaca-se a distinção fundamental entre o campo da SO, que se pauta na teoria da multicausalidade da doença, e da ST, a qual tem seus fundamentos na teoria da determinação social da saúde. No campo das práticas, as intervenções também são diferentes: a SO objetiva intervir nos fatores de risco envolvidos

na produção da doença e propõe intervenções focadas na utilização de equipamentos de proteção individual, responsabilizando os trabalhadores pelos agravos à saúde. A ST, por sua vez, utiliza a categoria processo de trabalho como referencial de análise para os potenciais de desgaste à saúde; propõe mudanças direcionadas aos processos sociais que estão na base dos problemas de saúde do trabalhador^{12,2,6}, buscando explicitar as contradições da exploração capitalista e sobre elas intervir⁸ por meio do fortalecimento das lutas pela melhoria das condições de trabalho e saúde.⁶

Assim, ancorando-se no campo da ST, tem-se como objetivo apresentar o processo de elaboração de propostas de enfrentamento do desgaste do trabalhador da APS, por meio da pesquisa de implementação com vistas às transformações dos processos de trabalho. Elaborou-se documento norteador para apoiar a realização de oficinas, de forma a preparar os trabalhadores para processos de implementação.

Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa deriva de projeto matriz¹¹, que utilizou a proposta da rede EVIPNet Brasil (Evidence-informed Policy Network) e seguiu as orientações da ferramenta SUPPORT (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials)¹³. O referido projeto desenvolveu a síntese de evidências relativas às políticas públicas na área de saúde do trabalhador, com enfoque nos trabalhadores da APS, e avançou até o diálogo deliberativo (DD)^v, que contou com a presença de trabalhadores da APS, gestores, trabalhadores da Coordenadoria de Atenção Básica e pesquisadores. Foram elencadas estratégias de fortalecimento da saúde de trabalhadores, que deveriam envolver: a) monitoramento dos potenciais desgastes por meio de observatório em saúde do trabalhador; b) promoção de discussões coletivas que visem instrumentalizar os trabalhadores sobre a relação entre a organização do processo de trabalho e o adoecimento; c) fortalecimento dos trabalhadores por meio de participação nos espaços de decisão e sindicatos.

^v Diálogos deliberativos (DD) compõem as ferramentas SUPPORT e adotadas pela EVIPNet, e permitem que a evidência das pesquisas seja discutida por trabalhadores, gestores, técnicos e usuários dos serviços, incluindo pontos de vista, experiências e conhecimentos de quem estará envolvido ou será afetado pela implementação de políticas.^{15,16}

No que diz respeito à fase de implementação das estratégias validadas no DD, identificou-se a necessidade de se realizar uma etapa de pré-implementação, visto que os trabalhadores do local de estudo que se prontificaram a participar do processo não estiveram presentes no DD, logo, não estavam preparados para a operacionalização das propostas elencadas.

Assim, para essa etapa de pré-implementação, que consiste no levantamento de barreiras e ajuste das estratégias para superá-las na realidade local, identificou-se que não haveria a possibilidade de avançar para a discussão da implementação das estratégias sem ter clareza de a quais desgastes e suas causas os trabalhadores da UBS em questão estavam submetidos. Identificou-se que os trabalhadores, subsumidos pelas cobranças e pela dinâmica do trabalho, não tinham oportunidade de refletir sobre essas questões e nem mesmo sobre o próprio processo saúde-doença.

Dessa maneira, optou-se pela realização de oficinas com trabalhadores, com a intenção de identificar os desgastes a que estavam submetidos e suas causas, e as possibilidades de enfrentamento, com a finalidade de prepará-los para a fase de implementação das estratégias validadas no DD, objeto de estudos futuros.

Para a realização das oficinas, considerou-se a pesquisa participante como metodologia¹⁴, e oficinas emancipatórias (OE) como método⁸. As OE constituem processo educativo, utilizadas, neste estudo, para fortalecimento do trabalhador, a partir do entendimento sobre a realidade que o cerca. Por meio deste processo, os trabalhadores conseguem socializar angústias, frustrações, inseguranças, e contradições encontradas no cotidiano do trabalho; o processo oficinairo facilita a não culpabilização dos trabalhadores pelo seu estado de saúde, permitindo que revejam suas condições atuais e articulem mudanças nas práticas do trabalho, buscando expor as raízes do problema⁸. Para a realização das oficinas, que contou com uma mediadora, foram usadas estratégias disparadoras como rodas de conversa, acesso a documentos oficiais, dados científicos e notícias de jornais.

As OE foram realizadas em uma UBS que compõe a Supervisão de Saúde do Campo Limpo em São Paulo, caracterizada como um dos maiores serviços de APS

da região. Os participantes desta pesquisa foram indicados pela gestão da Supervisão do Campo Limpo e gestão da UBS durante uma reunião para apresentação do projeto. Participaram um trabalhador da vigilância em Saúde do Trabalhador da Supervisão Técnica e sete trabalhadores da UBS: duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde (ACS), um agente de promoção ambiental (APA) e uma auxiliar técnico-administrativa (ATA).

Os encontros foram registrados em um diário de campo; as falas foram gravadas e transcritas e produziu-se também material escrito pelos participantes. As sínteses dos encontros foram submetidas à apreciação dos sujeitos. Foram realizados sete encontros a cada 15 dias, pactuados com o serviço.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.

Resultados e Discussão

O desenvolvimento das oficinas como estratégia de pré-implementação possibilitou que os trabalhadores refletissem sobre seu processo de trabalho, seus desgastes relacionados à conjuntura atual do trabalho em saúde e sobre estratégias coletivas de enfrentamento. Essa adaptação não prejudicou o processo, pois a ferramenta SUPPORT prevê a possibilidade de retorno das etapas quando necessário. Ao longo das oficinas os trabalhadores identificaram desgastes que foram categorizados em temas conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Desgastes e causas de desgastes à saúde identificados pelos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária de uma UBS da STS de Campo Limpo. São Paulo, SP, 2023.

Desgastes	Explicações dos participantes sobre as causas dos desgastes	Falas dos participantes
Relacionamento interpessoal conflituoso	Conflitos gerados por “fofocas”	“Pra você ter noção das fofocas (...) a gente tem um tal do sinapse [sistema de comunicação entre trabalhadores], né, o pessoal começou a ter sinapse porque a coleguinha não quis entregar o pote porque ela não era do setor. O pessoal começou a abrir sinapse pra isso” (P1).
	Falta de comunicação	“Falta de assertividade nas comunicações, definir fluxo também, acho que faz muito parte a definição de fluxo na unidade, (...) se você é bom em uma coisa e a outra pessoa também não se interessa pelo que você está fazendo, que entra a questão de trabalho de equipe (...). Então, tipo assim, se o paciente, ele já chega nervoso, né, no meu guichê, (...) ele já está nervoso com algum atendimento que eu fiz, ele vai subir pra enfermagem ou outros demais setores com essa agressividade também (...), assim, o paciente não é agressivo porque eu falei algo, às vezes não é nada pessoal comigo e sim pelas outras experiências” (P2).
Sobrecarga de trabalho	Cobrança de metas quantitativas	“É quantitativo né, é como se, por exemplo, eu tenho uma gestante, daí eu tenho que fazer seis consultas com ela. Ele não pega uma consulta de qualidade, ele pega essas seis consultas, quantitativo, (...) então vou atender essa gestante não pensando no bem-estar dela, mas sim a quantidade que vou receber depois disso, (...) quando a gente pega um profissional que foge desse fluxo ele não sobrevive, (...) ele dificilmente vai voltar inteiro na Saúde” (P3). “Ó, você tem essa meta pra bater, é isso que a gente quer e colocar tudo padrão assim, a gente tem 11 equipes... ah, você vai fazer como a outra unidade já fez. Num dá... o fluxo é diferente, a gente tem quantidades diferentes... falar assim “ah não, porque na outra unidade o pessoal faz”, eu digo ‘ok’, mas na outra unidade você não tem 11 equipes, você tem 5...” (P1).

Desgastes	Explicações dos participantes sobre as causas dos desgastes	Falas dos participantes
Falta de sentido no trabalho	Falta de envolvimento e insatisfação com o trabalho	<p>“Eu acho que tem a questão da sobrecarga, mas tem a questão internamente de “como é que eu estou? Estou comprometida no trabalho? Como é que eu estou? Eu estou focada no resultado? Eu simplesmente estou cumprindo hora de trabalho” (P7).</p> <p>“Mas a satisfação com o trabalho é uma coisa importante e aí passa para a saúde mental, (...)” (P7).</p>
	Perda da clareza sobre o objeto de trabalho	<p>“(…) e é isso, cada vez as pessoas querem que você faça mais e mais coisas, e você foge um pouco do seu, você desvia um pouco do seu foco” (P4).</p> <p>Os trabalhadores não participam do planejamento do próprio processo de trabalho. “Aí chega um tempo e você não sabe mais o que você tá fazendo; você acorda, você tipo ‘o que que eu tô fazendo?’” (P3).</p>
Instrumentos que dificultam o processo de trabalho	Instrumentos planejados por pessoas que não compreendem o processo de trabalho	<p>“A gente acredita que quem inventou esse novo sistema... Ele nunca foi agente de saúde”(P5).</p> <p>“É igual ao fechamento da UBS também, a gente tem que escrever a mesma informação em papéis diferentes. A MESMA informação” (P5).</p>
	Instrumentos que geram retrabalho	<p>“Então, eu tenho que... Eu fico de olho na tela porque eu tô no WhatsApp Web fazendo relatório do paciente porque ele veio com demanda e eu tenho que anotar essa demanda e dar as informações. Eu tenho também que... As minhas visitas são contadas diferentes da dela, da que faz a rua. O dela é pelo Comac, o meu é pelo Lisioline, que é da [Organização Social que rege a UBS]. Então, eu tenho que lançar as minhas visitas, além da ficha dele, eu tenho que lançar no Lisioline (...). Ou seja, eu tenho um monte de processos que eu... Fora que eu tenho que lembrar que eu tenho, além de todo esse processo de trabalho, que eu tenho que manter atualizado no tablet e no E-Sus” (P7).</p> <p>“(…) Ou então você acha que está melhorando, que, por exemplo, o tablet quando chegou, a gente achou que ia ser uma coisa, aí ele já não tem todas as ferramentas que a gente precisa. Aí a gente teve que voltar para o papel de novo (...)” (P5).</p>
Não apropriação do processo de trabalho	Não participação no planejamento do próprio processo de trabalho	<p>“(…) a gente não participa [de reuniões de planejamento]... A reunião técnica existe mas não é pra todo mundo” (P2).</p> <p>“Eu lembro de uma coisa que quem manda fazer não está lá. Nossa, eu lembro nitidamente de um dia que mudaram uma unidade inteira na segunda-feira”. “Teve uma reunião bem no final da semana e falam ‘ó, segunda-feira vai ser assim’. E aí, tipo assim, já é difícil fazer uma mudança em uma unidade grande que nem a nossa, mas fazer uma mudança brusca numa segunda-feira... (...) agora se você muda tudo é um transtorno para o paciente e um transtorno pra gente mesmo. Porque a gente fica exausto mesmo... E aquela bomba ‘ah, mas não era assim até sexta-feira? Por que agora mudou?’” (P6).</p> <p>“(…) vai mudar o fluxo, avisa (...) o paciente, porque, assim, a gente vai mudar o fluxo da unidade chega e muda, mas a gente sabe, mas o paciente não sabe, aí está um caos na Terra” (P2).</p> <p>“(…) não tem as reuniões de fluxo para padronizar. Eles querem colocar a UBS com 11 equipes junto com a que tem quatro e colocar no mesmo fluxo para atender um paciente que não cabe” (P7).</p>

Desgastes	Explicações dos participantes sobre as causas dos desgastes	Falas dos participantes
Conflitos com os(as) usuários(as) dos serviços	Agressividade dos(as) usuários(as)	A agressividade dos pacientes. “Ao mesmo tempo que a gente tenta ajudar o paciente, a gente recebe uma agressividade muito grande. Nossa... os pacientes são muito agressivos, porque existem momentos que nós não conseguimos oferecer” (P1).
	Escuta não efetiva	<p>Agressividade, pois não há escuta efetiva da necessidade do usuário dos serviços: “Assim, o paciente não é agressivo porque eu falei algo, às vezes não é nada pessoal comigo e sim pelas outras experiências. Às vezes, a gente não conseguiu oferecer de fato aquilo que a gente deveria oferecer ao paciente, (...)” (P2).</p> <p>Falta de resolutividade do serviço de saúde. “(...) Qual é a grande questão? O paciente espera muito tempo na fila para saber se vai conseguir passar no atendimento. Quando recebe o ‘não’, pergunta se vai agendar uma consulta e também recebe ‘não’ e é orientado a voltar a seguir o mesmo fluxo. Isso basta para uma grande irritação deles e é a maior queixa que a administração recebe diariamente de pacientes irritados (...)” (P6).</p> <p>“É, algo que eu estava pensando agora (...) dessa questão do relacionamento interno, (...) uma pessoa que ela é ruim na unidade de saúde prejudica todas as dez que são boas (...) a primeira que acolhe o paciente lá na frente [estraga] tudo no atendimento do paciente, daí depois o paciente vem já com dez pedras na mão pra cima da gente, (...) 60% a 70% dos pacientes que a gente tem problema aqui na unidade é por causa de funcionário. É alguém que falou uma coisa errada, é alguém que foi e não deveria ir, é alguém que falou que ia fazer e não foi. (...) Então, essa questão interna é muito complicada, porque na maioria dos casos que a gente vê, meio que “ah, paciente surtou na vacina, paciente surtou na enfermagem”. Todos os pacientes estão mentindo? Então é algo muito complicado e parece que tipo (...)” (P6).</p> <p>“Do jeito que a unidade é desenhada, parece que já é programado pra gente ter esse atrito interno mesmo entre a gente, porque, tipo, lá na recepção eles têm que fazer assim, só que quando chega lá na enfermagem, ‘não, você tem que fazer assado’ (...) aí que torna muito muito mais agressivo” (P6).</p>

Fonte: Elaboração própria.

O processo oficinairo facilitou a compreensão de que os desgastes que mais emergiram – relação conflituosa entre os trabalhadores e destes com os usuários, e ferramentas que obstaculizam o trabalho – eram, na verdade, resultados da sobrecarga de trabalho, da falta de sentido no trabalho e da não apropriação pelos profissionais dos próprios processos de trabalho.

Segundo Carvalho, Peduzzi e Ayres¹⁷, o conflito interpessoal está relacionado a aspectos microssociais, como a falta de colaboração entre os trabalhadores. Entretanto, autores como Rivas e Silva¹⁸ defendem que as relações interpessoais não se restringem à dimensão individual, sendo afetadas, na contemporaneidade, pelos valores capitalistas. Vários destes valores, embasados nos princípios de produtividade,

individualismo, rapidez, urgência, imediatismo e busca desenfreada pelo aperfeiçoamento profissional, estão nas raízes da destruição das relações sociais e da supressão do tempo que o indivíduo necessita para refletir e perceber a realidade na qual está inserido. Dessa forma, o caráter de dominação do modo de produção capitalista permanece oculto, dificultando a construção de consciência crítica¹⁸ e mascarando, inclusive, o que está na raiz de questões, como no caso dos conflitos apontados no presente estudo. A organização do processo de trabalho no contexto de exploração capitalista, por exemplo, não permite que trabalhadores se apropriem do objeto e da finalidade de seu trabalho, fazendo com que o sentido da atividade laboral se perca. A falta da participação no planejamento do próprio processo de trabalho catalisa as falhas de comunicação entre a equipe e os usuários, gerando os conflitos tão presentes nas falas dos trabalhadores.

O processo de trabalho na contemporaneidade, ditado pelos princípios capitalistas, tem se configurado pela máxima exploração, perda de direitos e precarização alimentadas pela agudização da terceirização, informalidade e desemprego¹⁹. Essa configuração busca criar um tipo de trabalhador versátil, flexível e ativo, que se obriga a lidar com demandas complexas e crescentes pelo receio da perda do emprego, contribuindo para a construção de uma identidade do trabalhador que está alinhada aos interesses do sistema capitalista.⁸

Essa realidade também se reproduz no trabalho em saúde, incluindo a APS²⁰. O SUS tem sido alvo de ataques, haja visto as políticas de cunho neoliberal, subfinanciamento do setor público e apoio ao capital privado²¹, operacionalizado principalmente por meio de contratos de gestão com as Organizações Sociais. Os elementos da atual racionalidade de gestão dos serviços públicos da APS, baseada na lógica do pagamento por desempenho, da eficiência e da produtividade, foram legitimados pelas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, resultando em exigência constante de mudanças na organização do cotidiano do trabalho e cobrança pelo alcance de metas, a despeito das condições de trabalho.²²

Com isso, a saúde dos trabalhadores da APS é afetada, pois exige-se a reorganização do processo de trabalho, resultando em maior sobrecarga²³, por meio de uma lógica gerencialista, que prioriza critérios empresariais de eficiência e modernização²⁴. A falta crônica de pessoal nas equipes, o medo e a insegurança em relação ao desemprego, a perda de direitos trabalhistas e atrasos salariais²⁵ somados ao sentimento de desvalorização, frustração e impotência frente aos problemas da comunidade, aspectos que se aproximam aos encontrados neste estudo, são agravantes²⁶. É comum o sofrimento psíquico provocado pela impotência e frustração diante de um processo de regulação de desempenho que enfatiza a cobrança de metas de produtividade, ritmos de trabalho excessivos e prazos curtos na produção em saúde.²⁷

Contribui para o desgaste do trabalhador outro elemento relacionado aos processos de trabalho: instrumentos planejados por pessoas que não compreendem o processo de trabalho e, conseqüentemente, geram retrabalho, dificultando o gerenciamento de tempo. Estudo anterior mostra que mudanças no sistema de informação das equipes de ESF geraram aumento da carga cognitiva em decorrência dessas mudanças²⁸. Santos, Chinelli e Fonseca²² ressaltam que as tecnologias, no lugar de aprimorar o trabalho, contribuem para apagar os limites entre tempo de trabalho e tempo livre. Na APS, além de ser necessário alimentar os diversos sistemas com a mesma informação, os aplicativos de mensagens se tornam mais um instrumento de controle do trabalhador, mesmo que de forma indireta, intensificando o ritmo de trabalho.²²

As questões discutidas acima não estavam explícitas nos discursos dos trabalhadores nas primeiras oficinas, e por isso as propostas de enfrentamento dos desgastes (Quadro 2) se concentravam na superficialidade do fenômeno, como conter a agressividade dos pacientes e conversas sobre “bom convívio” no trabalho. Embora as propostas voltadas para questões de mudança de comportamento tenham persistido até o final das oficinas, elas foram se transformando em estratégias de enfrentamento mais estruturais, voltadas para a perspectiva da reorganização do processo de

trabalho com compreensão das raízes dos problemas e crítica sobre o processo de produção em saúde. Foi destacada a necessidade de se reivindicar a participação no planejamento do processo de trabalho, de forma a compreender melhor seu objeto e finalidade, melhorando a compreensão dos processos de trabalho da equipe, o que aprimoraria a comunicação e reduziria conflitos. Também foi apontado que a educação dos

usuários em saúde para compreender o funcionamento do serviço e os problemas da unidade – substituindo estratégias prescritivas de contenção da agressividade – seriam essenciais para que os próprios usuários pudessem apoiar os processos de transformação na perspectiva da educação emancipatória. Citou-se, também, a necessidade do processo de educação permanente para os trabalhadores.

Quadro 2 – Proposta de enfrentamento pela equipe local São Paulo, SP, 2023.

TEMAS	PROPOSTAS
Perspectiva da mudança de comportamento individual	
Conter a agressividade dos(as) pacientes	Ações imediatas quando houver conflitos com os(as) pacientes e funcionários(as). Educação de saúde e segurança para todos(as) os(as) pacientes, com grupos educativos ativos e inclusivos e um time de segurança agindo em situações de violência reais, independentemente da opinião da gerência.
Melhorar a comunicação entre trabalhadores(as)	Propor à gestão grupos com colaboradores sobre bom convívio com os(as) colegas de trabalho. Oficinas com colaboradores(as) abordando temas de bom convívio. Boa comunicação, não usar sinapses [sistema de comunicação interna] para fazer fofocas.
Melhoria da ergonomia	Troca de mobília da unidade para que a ergonomia dos(as) funcionários(as) melhore.
Perspectiva da reorganização do processo de trabalho	
Promover discussão sobre processos e organização do trabalho	Comunicação integral da gestão com todas as categorias sobre mudanças e melhorias do fluxo de salas da unidade. Realizar um diagnóstico da situação local. Reforçar reunião geral com todos(as) os(as) profissionais. Gestão ser mais participativa em todos os setores. Ter reuniões gerais sempre. Reuniões de cada categoria mensalmente e ser obrigatório toda a unidade ter uma única fala. Unificação do sistema de atendimento e agendamento, deixar funções esclarecidas de cada categoria para que não haja sobrecarga. Conversa com a gestão da Unidade (gestor e sênior) sobre insatisfação dos(as) colaboradores(as) e o quanto isso reflete na agressividade dos(as) pacientes (exemplo: mudança de fluxo segunda-feira). Participação do colegiado gestor para facilitar a comunicação.
Educação em saúde dos(as) usuários(as)	Trabalho de conscientização com a população da área (o que é ESF, qual o trabalho da APS, fluxos, etc.).
Perspectiva da reorganização do processo de trabalho	
Aprimoramento dos instrumentos de trabalho	Eliminar o cadastro, prontuário e relatório manual. Cartões-família que possuam QR code, para que a atualização da família seja em tempo real e não tenhamos conflitos com a recepção quando o paciente mudar. Informatização das senhas para melhor acesso dos pacientes e otimização do trabalho dos colaboradores. Ter a opção de criar um relatório familiar no <i>Forms</i> para que o acs não tenha que sair com pasta e tablets ao mesmo tempo. Reduzir a quantidade de papéis do fechando em forma geral ou que ambos se conversem com o e-SUS na hora do fechamento.

Fonte: Elaboração própria.

As OEs, à semelhança do discutido por Soares et al⁸, se constituíram em processo educativo, já que possibilitaram que os trabalhadores apreendessem a realidade, revendo concepções pautadas na culpabilização individual e mudança de comportamento que mascaram as cruéis exigências do trabalho no contexto da exploração capitalista. Por meio desse processo, os trabalhadores discutiram sentimentos de angústia, estresse, insegurança e impotência, compreendendo a relação destes com as condições de vida e trabalho, e repensaram as propostas de enfrentamento dos desgastes, na direção da rediscussão dos processos de trabalho e estratégias voltadas para mudanças sociais que exponham as raízes dos problemas de saúde e do desgaste no trabalho.⁸

A cada encontro eram trazidos novos elementos de discussão, que possibilitaram aprimorar o planejamento inicial das oficinas, resultando em um instrumento norteador para o desenvolvimento de processos de reflexão coletiva dos trabalhadores da saúde na APS, sobre as causas dos seus desgastes e as estratégias de enfrentamento que considerem a atuação sobre os elementos do processo de trabalho que produzem adoecimento (Quadro 3). Dessa forma, a partir desse processo de formação e reflexão, acredita-se que a implementação e operacionalização das estratégias elencadas em uma etapa seguinte aconteça de forma efetiva com maior participação dos envolvidos.

Quadro 3 – Documento norteador como estratégia de implementação para desenvolvimento de oficina emancipatória em saúde do(a) trabalhador(a) na Atenção Primária São Paulo, SP, 2023.

Etapas	Intencionalidade das discussões	Desenvolvimento	Estratégias
Diagnóstico (1º encontro) – Encontro entre mediadores(as) e trabalhadores(as) de Saúde	O processo educativo parte da realidade dos(as) participantes, das condições concretas de trabalho e do conhecimento já acumulado sobre as práticas em Saúde.	Discussão sobre interesse e disponibilidade dos trabalhadores em participar dos encontros, usando questões norteadoras relacionadas à operacionalização das propostas a respeito de políticas em Saúde do Trabalhador.	A partir das falas dos(as) trabalhadores(as), se identifica a necessidade de se discutir elementos essenciais sobre os quais eles(as) não encontram espaços para reflexão, tais como trabalho em Saúde, processo de trabalho em Saúde na Atenção Primária, desgastes do trabalho, saúde do(a) trabalhador(a).
Diagnóstico (1º encontro) – Encontro entre mediadores(as) e trabalhadores(as) de Saúde	O processo educativo parte da realidade dos(as) participantes, das condições concretas de trabalho e do conhecimento já acumulado sobre as práticas em Saúde.	Discussão sobre interesse e disponibilidade dos trabalhadores em participar dos encontros, usando questões norteadoras relacionadas à operacionalização das propostas a respeito de políticas em Saúde do Trabalhador.	A partir das falas dos(as) trabalhadores(as), se identifica a necessidade de se discutir elementos essenciais sobre os quais eles(as) não encontram espaços para reflexão, tais como trabalho em Saúde, processo de trabalho em Saúde na Atenção Primária, desgastes do trabalho, saúde do(a) trabalhador(a).
Problematização I (2º encontro) – Discussão da realidade de saúde dos(as) trabalhadores(as)	Caracteriza-se pelo encontro entre os problemas vivenciados em relação à saúde do(a) trabalhador(a) e a relação com a organização do processo de trabalho.	Identificação de problemas relacionados aos processos de trabalho no serviço e o impacto sobre a saúde do(a) trabalhador(a).	Podem ser utilizados disparadores que reflitam, por exemplo, a relação entre erros cometidos durante o atendimento dos usuários e a sobrecarga de trabalho a que estão submetidos(as) os(as) trabalhadores(as).

Etapas	Intencionalidade das discussões	Desenvolvimento	Estratégias
<p>Problematização II (3º)</p>	<p>Discussão sobre os conceitos de trabalho, trabalho em Saúde e processo de trabalho na Atenção Básica.</p>	<p>A partir dos problemas de saúde identificados, explicita-se sua relação com o processo de trabalho discutindo-se o conceito o e processo de trabalho em si.</p>	<p>Utilizam-se metodologias participativas por meio de um exercício que compara o serviço de Saúde com outro estabelecimento. Busca-se explicitar o processo de trabalho do serviço de Saúde e seus elementos (objeto, instrumentos e finalidade) chamando atenção para os diferentes recortes, a partir dos distintos referenciais (referencial biomédico e da saúde coletiva).</p>
<p>Instrumentalização: mediação entre participantes e conhecimento (4º encontro)</p>	<p>Caracteriza-se pelo encontro entre os problemas vivenciados em relação à saúde do trabalhador e a relação com a organização do processo de trabalho na contemporaneidade ditada pelos princípios produtivistas e competitivos do contexto neoliberal.</p>	<p>Discussão sobre a relação entre processo de trabalho, desgaste e saúde do trabalhador.</p>	<p>Parte-se da perspectiva que a organização do processo de trabalho no modo de produção capitalista, no contexto neoliberal, é produtor de adoecimento.</p>
<p>Instrumentalização: mediação entre participantes e conhecimento (5º encontro)</p>	<p>Elementos teóricos e conceitos da Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador são retomados para identificar as causas dos desgastes, buscando-se superar a perspectiva biomédica e de culpabilização individual pelo próprio adoecimento. Aqui aborda-se a especificidade do trabalho em Saúde.</p>	<p>Discussão sobre as causas dos desgastes percebidos e a organização do processo de trabalho na UBS.</p> <p>Parte-se da perspectiva de que o processo de trabalho em Saúde está submetido às mesmas determinações do trabalho contemporâneo discutido no encontro anterior, precarizado, inseguro, pautado na produtividade e competitividade.</p>	<p>São utilizadas metodologias participativas por meio de um exercício em que os participantes escrevem em um formulário eletrônico as causas dos desgastes sofridos nos serviços e sua relação com a organização do processo de trabalho. As respostas são discutidas no grupo, buscando-se identificar que os desgastes estão relacionados à cobrança pelo aumento da produtividade, cumprimento de metas, sobrecarga de trabalho e falta de participação em espaços decisórios sobre a organização do trabalho.</p>
<p>A nova síntese elaborada pelo grupo (7º encontro)</p>	<p>Proposição de estratégias de enfrentamento dos desgastes com vistas ao fortalecimento da saúde do(a) trabalhador(a).</p>	<p>Elaboração de síntese pelos(as) participantes. Retoma-se o processo histórico do grupo, reiterando as novas construções coletivas.</p>	<p>Os(As) participantes produzem uma síntese com as causas dos desgastes que geram adoecimento e as propostas de enfrentamento. A síntese final deve ser validada pelo grupo.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Trabalhadores instrumentalizados nessa perspectiva se tornam mais fortalecidos e organizados para movimentos reivindicatórios à gestão e outras instâncias de planejamento.

Considerações finais

Durante o desenvolvimento das oficinas o processo foi sendo aprimorado, resultando em instrumento norteador potente para apoiar processos semelhantes em outros serviços de saúde que se proponham a implementar estratégias de fortalecimento de saúde do trabalhador.

A participação dos profissionais da saúde local foi fundamental para a identificação das barreiras de implementação que passavam pela impossibilidade dos trabalhadores identificarem as razões dos desgastes e propostas de enfrentamento voltadas para as raízes dos problemas.

As oficinas se apresentaram como instrumento potente de transformação. Conforme o processo se desenvolveu, identificou-se que as percepções a respeito dos desgastes, suas causas e o impacto sobre a saúde do trabalhador foram se modificando, partindo de concepções de desgastes voltadas para a perspectiva individual e comportamental, no âmbito das relações interpessoais e na culpabilização pessoal, alinhando-se teoricamente ao referencial do campo da SO em direção a reflexões relacionadas às raízes dos problemas, referentes à organização do processo de trabalho na perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador.

Referências

1. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol.* 2015;3(32):1-12.
2. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública.* 1997; 13(Suppl 2):21-32.
3. Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1963–70.
4. Antunes R. O privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. Boitempo: São Paulo, 2018.
5. Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989
6. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(4): 757-766.
7. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no Município de São Paulo. *Escola de Enfermagem USP.*2007;41(esp): 777-781.
8. Soares CB, Campos CMS, Souza HS, Godoy-Vieira AI, Cordeiro L, Lopes IO et al. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev. bras. saúde ocup.* 2018; 43(supl 1):e7s.
9. Soares CB, Peduzzi M, Costa MV. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia COVID-19 e as desigualdades sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo,* 2020; 54:e03599.
10. Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional.* 2013;38(127):11-30.
11. Gaiotto EMG. Síntese de evidências para instrumentalizar a formulação de políticas públicas de fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.
12. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública.* 1991; 25(5): 341-349.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Síntese de evidências para políticas. Brasília; 2020
14. Brandão CR, Borges MC. A pesquisa participante: um momento da educação popular. *Revista de Educação Popular.* 2008; 6(1): 51-62.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília; 2015
16. Barreto, JOMB, Toma, TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências. *Bis.* 2016; 17(1): 43-49.
17. Carvalho, BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(7): 1453-1462.

18. Rivas EP, Silva PC. O Impacto do Capitalismo nas Relações Interpessoais da Contemporaneidade: Uma Perspectiva da Psicologia Analítica. Psicologia.pt. 2017.
19. Neves D. A exploração do trabalho no Brasil contemporâneo. Rev Katálysis. 2022; 25(1):11-21.
20. Lacaz FAC, Goulart P, Junqueira V. Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP; 2017.
21. Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Saude soc.2015; 24(supl.1):82-91.
22. Santos RPO, Chinelli F, Fonseca AF. Novos Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde e as Penosidades do Trabalho. 2022; Caderno CRH, 35, e022037.
23. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em debate. 2018; 42(116):11-24.
24. Antunes R, Alves G. As mudanças no mundo do trabalho na era da mundialização do capital..Educação e Sociedade; 2004; 25(87):335-351.
25. Damascena DM, Vale PRLF. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. Trabalho, Educação e Saúde. 2020; 18(3):e00273104.
26. Briese G, Lunardi VL, Azambuja EP, Kerber NPC. Moral distress of health community agents.. Cienc Cuid Saude. 2015; 14(2):1035.
27. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(8):3373-82.
28. Lopes DMQ, Lunardi Filho WD, Beck CLC, Coelho APF. Cargas de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Pesquisa e Assistência na Perspectiva Convergente-Assistencial. enferm. 2018;27(4):e3850017.