

Artigo Original

A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família

The ambience and its influence in the family health teams work

El ambiente y su influencia en trabajo de equipos de salud de la familia

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2880>

Cecília Helena Glanzn¹, Agnes Olschowsky¹

Resumo

Objetivo: Analisar a ambiência como indicador de prazer ou sofrimento, para os profissionais de equipes de Saúde da Família, e sua influência no cotidiano de trabalho. Método: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa com a utilização da metodologia da Psicodinâmica do Trabalho, no qual foi utilizado observação de campo e entrevistas coletivas em três unidades de saúde da família em Porto Alegre. A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012 e participaram 68 sujeitos. Resultados: A ambiência refere-se ao ambiente físico e tem sua importância pois tem se configurado como um indicador de sofrimento, interferindo no cotidiano de trabalho de profissionais das equipes de Saúde da Família. Conclusão: A ambiência permeia conflitos entre a equipe, interferindo diretamente no trabalho e no relacionamento entre os profissionais.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Família; Avaliação em Saúde.

Abstract

Objective: Analyze the ambience as an indicator of pleasure or pain to the professional of

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Endereço de correspondência: Av. Paulo Gama, 110 - Farroupilha, Porto Alegre - RS, 90040-060

E-mail: ceciliaglanzner@hotmail.com

Submetido em: 03/08/2016

Aceito em: 10/10/2016

family health teams and its influence on daily work. Method: This is a qualitative study using the psychodynamics of work methodology that was used observation field and press conferences in three family health units in Porto Alegre. Data collection was carried out in October, November and December 2012 and participated in 68 subjects. Result: The ambience refers to the physical environment and has its importance because it has set an indicator of suffering, interfering with the professional daily work of the Family Health teams. Conclusion: The ambience permeates conflicts between staff, directly interfering in the work and the relationship between professionals.

Descriptors: Nursing; Family Care; Health Evaluation.

Resumen

Objetivo: Analizar el ambiente como un indicador de placer o dolor para a los profesionales de los equipos de SF y su influencia en el trabajo diario. Método: Se trata de un estudio cualitativo mediante la metodología de psicodinámica del trabajo que se utilizó la observación de campo y ruedas de prensa en tres unidades de salud familiar en Porto Alegre. La recolección de datos se llevó a cabo en octubre, noviembre y diciembre de 2012 y participó en 68 sujetos. Resultados: El ambiente se refiere al medio físico y tiene su importancia, ya que se ha fijado un indicador de sufrimiento, lo que interfiere con el trabajo diario del profesional de los equipos de Salud de la Familia. Conclusión: El ambiente impregna conflictos entre el personal, lo que interfiere directamente en el trabajo y la relación entre los profesionales.

Descritores: Enfermería; Salud de la Familia; Evaluación en Salud.

INTRODUÇÃO

A concepção de ambiência, neste estudo, compreende o espaço físico, tecnológico e de relações interpessoais, que visam um cuidado com conforto focado na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos ⁽¹⁾. Assim, a ambiência das Unidades da Saúde (US), onde atuam os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), refere-se ao ambiente físico arquitetonicamente organizado e tem sua importância pois pode se configurar como um indicador de prazer ou sofrimento, interferindo no cotidiano de trabalho.

Na arquitetura dos espaços em saúde, a ambiência deve ir além da composição técnica, formal e simples dos ambientes, porque considera as situações que são construídas nesses espaços. Estes espaços, nos serviços de saúde, são construídos em um determinado tempo e vivenciados por um grupo de pessoas com suas relações sociais e seus valores culturais ⁽¹⁾.

A ideia de ambiência segue três eixos principais:

- a) espaço que possibilita o encontro de sujeitos, ou seja, subjetividades;
- b) o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, usuários e sua rede social;
- c) o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Nesse sentido, a ambiência, nos serviços de saúde, caracteriza-se por ter uma função terapêutica, quando incorpora aspectos relacionados à estrutura física, recursos humanos e relações sociais do trabalho, o que permite a busca do conforto e da qualidade da assistência, o que configura-se como uma das preocupações centrais no trabalho em saúde ⁽²⁾.

O contexto do trabalho na SF caracteriza-se por sua complexidade, pois incorpora os elementos da vigilância à saúde, na perspectiva da reorientação do modelo assistencial, propõe a integração dos momentos distintos do processo saúde-doença e, também, a identificar, descrever

e explicar os macroproblemas de saúde, por meio do reconhecimento do território ⁽³⁾. Esses fatores se configuram, então, como requisitos do processo de trabalho de todos os profissionais que compõem as equipes de SF.

Associado a essa complexidade, o trabalho dos profissionais de equipe da SF pode apresentar diversas dificuldades, que vão desde as fragilidades no vínculo empregatício, violência, questões relacionadas a recursos humanos, estrutura física e de materiais, até os problemas sociais da população, questões políticas, processo de trabalho, fatores que podem se configurar como indicadores de sofrimento no cotidiano de trabalho desses profissionais ⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a Psicodinâmica do Trabalho tem como a principal característica a clínica do trabalho, que é o espaço da fala e escuta do sofrimento originado no trabalho e permite sua reconstrução, no momento em que o trabalhador pensa e desenvolve estratégias individuais e coletivas para a busca do prazer, considerada a satisfação das necessidades do sujeito ⁽⁵⁾. Interessa acessar o invisível — aprender a prática do trabalho, o trabalho vivo, a mobilização para o lazer, o saber fazer —, sendo um modo de revelar as mediações que ocorrem entre o trabalhador e a realidade do trabalho. É fundamental a crítica ao que está posto, na qual a realidade apresentada ao pesquisador deve ser sempre questionada, tendo como objetivo a escuta do sofrimento, a elaboração que leva o trabalhador a recuperar sua capacidade de pensar e agir e mobilizar mudanças na organização do trabalho ⁽⁵⁾.

Na clínica do trabalho, sofrimento é o que surge quando o trabalhador não consegue negociar o trabalho prescrito com o seu potencial subjetivo e é considerado protagonista do processo saúde-adoecimento, contribuindo para dar visibilidade à realidade, mostrando a importância do trabalho coletivo para tratar as problemáticas do trabalho e retirando a culpa do trabalhador. Articula-se, essencialmente, à intersubjetividade, que ocorre pela relação entre a palavra pertencente à demanda dos trabalhadores e a escuta dos pesquisadores, pois a fala deve tornar visível a dinâmica da gestão dos trabalhadores em relação às adversidades impostas pela organização do trabalho ⁽⁵⁾.

Este artigo justifica-se pela importância que a ambiência exerce sobre o processo de trabalho

dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado à saúde dos usuários desses serviços.

Assim, o objetivo desse artigo é analisar a ambiência como indicador de prazer ou sofrimento para os profissionais de equipes de Saúde da Família e sua influência no cotidiano de trabalho.

MÉTODO

Trata-se de uma estudo com abordagem qualitativa, descritiva, analítica e do tipo estudo de caso, que teve como referencial metodológico a Psicodinâmica do Trabalho ⁽⁶⁾.

A Psicodinâmica do Trabalho é uma metodologia que vem sendo utilizada, no Brasil, por diversos pesquisadores, para enfatizar o estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação ⁽⁵⁾. Enquanto método, a Psicodinâmica do Trabalho está intrinsecamente ligada à clínica do trabalho que privilegia a fala, principalmente a coletiva. A clínica do trabalho é um processo de revelação e tradução dos aspectos visíveis e invisíveis, que expressam a dinâmica particular que está presente na intersubjetividade de cada contexto, permitindo acessar os processos de subjetivação, as vivências de prazer e sofrimento, as mediações e o processo saúde-adoecimento e, assim, uma forma de colocar o trabalho em análise ⁽⁵⁾.

O trabalho de campo foi realizado em três equipes de Saúde da Família de um Grupo Hospitalar de Porto Alegre. A escolha foi intencional, relacionada aos resultados quantitativos de uma pesquisa maior, na qual foi aplicado o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento - Itra. Das 12 US do estudo quantitativo, foram incluídas, no estudo qualitativo, três US, que foram escolhidas a partir do resultado da análise fatorial que determinou: a US com o menor risco de adoecimento relacionado ao trabalho; a US com o resultado moderado; e a US com o maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho. Para não identificar as US, elas foram identificadas com as letras A, B e C.

As US A, B e C situam-se no Distrito Sanitário Eixo Norte de Porto Alegre, em diferentes bairros, e a estrutura física das três US são de alvenaria. O território da US A tem, em média, 500 famílias, totalizando aproximadamente 5000 pessoas. O território é dividido em três áreas de

vigilância, a área vermelha, a verde e a azul, onde são detectadas as famílias de risco. A US B tem 2.725 famílias cadastradas, com 9.185 usuários inscritos, aproximadamente. E a US C estava se reorganizando na demarcação do território, assim, não possuía dados definitivos.

Os participantes do estudo são todos os profissionais das equipes de SF que estavam trabalhando nas três US selecionadas no momento da coleta de informações e que concordaram em participar do estudo, mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Na US A, participaram 13 profissionais, na US B, 30 e, na US C, 25, totalizando 68 profissionais, dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, psicólogos, técnicos em saúde bucal, assistente social.

Para a coleta das informações, foram realizadas observação de campo e entrevistas coletivas. Após o contato com a Coordenadora e Gerente da Saúde Comunitária, foi realizado contato prévio com os coordenadores das US.

A pesquisa foi apresentada, para as equipes de SF, em reuniões de equipe agendadas previamente com o coordenador das respectivas US, momento em que os profissionais tiveram o primeiro contato com o pesquisador. Tanto as observações como as entrevistas coletivas foram realizadas pelo pesquisador.

Assim, iniciou-se a observação das unidades de saúde selecionadas, que seguiram um roteiro previamente elaborado, para observar estrutura física, condições de trabalho, ambiência, processo de trabalho, atividades realizadas, relações com usuários. Essa atividade totalizou vinte horas de observação em cada US, nos turnos manhã e tarde, totalizando sessenta horas de observação, que foram registradas em um diário de campo. A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012.

No método da Psicodinâmica do Trabalho, a observação clínica é essencial e, sua redação, deve ser registrada, em um segundo momento, a partir da própria pesquisa, portanto, logo após o trabalho de campo, a partir das informações que ficaram retidas na memória do pesquisador, deve, necessariamente, ser fundamentada nos discursos dos participantes da sessão. Entretanto, para encontrar a formulação precisa de um trabalhador do grupo ou de um pesquisador é possível recor-

rer às anotações realizadas durante a sessão ⁽⁷⁾.

Seguindo os passos do método da Psicodinâmica do Trabalho, teoria crítica do trabalho que utiliza a clínica enquanto espaço da fala e escuta do sofrimento originado na organização do trabalho, deu-se continuidade ao estudo em que foram realizadas entrevistas coletivas com os sujeitos.

O propósito da entrevista é permitir ao avaliador entrar na perspectiva do outro, buscando apreender sentimentos, pensamentos e intenções. As entrevistas qualitativas começam com a consideração de que a perspectiva do outro é significativa e reconhecível. Essa técnica é utilizada para descobrir o que está na mente do outro, para coletar suas histórias⁽⁸⁾.

Os objetivos da entrevista, em psicodinâmica, são: compreender detalhadamente os sentimentos, crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos; compreender o objeto de pesquisa sob a perspectiva dos entrevistados e entender como e por que eles têm essa perspectiva particular; investigar o significado e/ou processo de uma unidade social e/ou dos fenômenos para o grupo pesquisado; investigar a história individual; realizar estudos descritivos e/ou exploratórios; validar, clarificar e ilustrar dados quantitativos para melhorar a qualidade da interpretação; e desenvolver e testar conceitos ⁽⁷⁾.

Na redação do texto, foram utilizadas as seguintes especificações para a entrevista coletiva: EC1-A, EC2-A, EC3-B. Foram acrescentadas as letras A, B, C, e assim sucessivamente, para diferenciar os profissionais.

As entrevistas coletivas com as equipes de SF foram divididas em dois momentos. Na US A, foram realizados dois encontros, um para apresentação dos resultados quantitativos e outro para a entrevista coletiva. Nas US B e C, foi agendado um único encontro em que a pauta da reunião de equipe foi a presente pesquisa, dividida em dois momentos — apresentação dos resultados quantitativos e entrevista coletiva. As três entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador.

Portanto, o primeiro momento foi destinado à apresentação dos resultados da pré-pesquisa, ou seja, do estudo quantitativo, e convite para a entrevista coletiva. O segundo momento foi destinado ao resgate dos pontos principais do momen-

to anterior e para realizar a entrevista coletiva com cada uma das três equipes de Saúde da Família, o que permitiu que os profissionais entrevistados falassem livremente sobre o tema proposto. As questões norteadoras da entrevista coletiva foram: fale sobre o seu trabalho na Saúde da Família; fale sobre os fatores que causam prazer em seu trabalho; e fale sobre situações que lhe causam sofrimento no trabalho e como lidar com isso.

Os encontros tiveram duração de duas horas em cada US, uma hora de apresentação dos resultados quantitativos e uma hora de entrevista coletiva.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o método de análise de conteúdo, após a transcrição das entrevistas na íntegra e da organização das anotações de campo. Essa análise foi constituída de três passos fundamentais: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação ⁽⁹⁾.

Obedeceu-se aos preceitos éticos da Resolução 466/2012, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, sob parecer número 11-140. O sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que concordaram assinaram o TCLE ⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

A ambiência, nas discussões coletivas com os profissionais das equipes de Saúde da Família, tem-se configurado como um indicador de sofrimento, interferindo no cotidiano de trabalho.

Nas entrevistas coletivas, os profissionais avaliam a estrutura física das US investigadas, comparando-as com outros espaços de trabalho em que o ambiente era considerado precário. Ao relativizar as condições da ambiência das unidades, com outras, ressaltam pontos positivos, como segue:

(...) não acho que é tão ruim quanto poderia ser. Tem locais que é infinitamente pior, sem infraestrutura nenhuma, sem recursos humanos nenhum, sem rede, sem gestor, sem nada (...)(EC2- G).

Pela infraestrutura, porque quem já passou por onde nós já passamos, nós estamos no paraíso, sem conhecer a unidade do plano ideal, quem está para lá sabe disso (EC3- E).

Identificam que o ambiente físico apresenta deficiências que prejudicam seu trabalho e afetam o bem estar, avaliando que o ambiente físico tem prejudicado o conforto da equipe e dos usuários do serviço. Há um sentimento de mal estar, na qual a percepção ambiental não tem promovido espaços acolhedores para a atenção em saúde.

É a falta de estrutura física, a falta de consultórios, equipamentos. Fizeram uma ação sábado, que a gente teve que buscar emprestado um foco e tinha dois estragados. Quando se chegou de manhã, só se tinham três e eram quatro salas de coleta (EC1- C).

(...) se tu parar para dar uma circulada nos espaços da área física ou for olhar no detalhe, assim como a gente trabalha, desse jeito muito desconfortável e agressivo. Não dá, chega a ser intolerável, mas a gente olha para um lado, olha para o outro. E, assim a gente vai indo (EC1 - F).

(...) Acho que as condições de trabalho estão piorando nesse tempo, eu não acho, surpresa (EC3 – D).

Muitas vezes até de material, imagina faltar papel para secar a mão, para mim, isso é um absurdo. Falta, quantas vezes faltou água, faltou luz e a gente continuou trabalhando. Atendi, daí, tu tem um foco para fazer exame ginecológico, dois bons nessa unidade, os outros são um horror (EC3 - H).

Além da falta de material, outro aspecto que atinge diretamente a equipe e torna-se um nó crítico é as modificações da equipe, que vêm aumentando ao longo dos anos e causa sofrimento aos profissionais:

É um caos. A casa fica cheia demais e isso, às vezes, é um sofrimento que eu acho que é uma coisa do espaço físico e, de uma série de coisas que hoje eu estive que estar dando conta, que antigamente não tinha (EC3- G).

As grandes dificuldades são as perdas, porque entra um doutorando e sai, entra um residente e sai, quando tu consegue captar o nome daquela pessoa, já está saindo e já está entrando outro. Então, isso também é, a gente sofre com isso porque é tipo um familiarão (EC2 - F).

A rotatividade de pessoas dentro da equipe é percebida como “um caos” e gera sofrimento, pois tem prejudicado o vínculo entre os profissionais e com a comunidade da área adscrita da US.

Nesse sentido, os profissionais apontam nas entrevistas coletivas que, além da rotatividade de pessoas, o espaço físico tem interferido no relacionamento das equipes.

Então espaço físico seja do território, seja internamente, causa conflito, causa adoecer e causa toda essa coisa de transtornos que mostraste na pesquisa.(...). Isso (espaço físico) é uma coisa que não é poder nenhum, mas é sentido dentro da equipe que quem tem a força, mais reconhecimento e que quem não tem, não tem a força, não tem o reconhecimento, e adoecer e se sente desvalorizado. Então eu achei interessante dentro dos instrumentos ter aparecido espaço físico como determinante, porque eu acho que aqui ele é sim um determinante de conflitos internos e de adoecer e dentro da questão do adoecer o próprio adoecer (EC2 - D).

O que apareceu aí foi isso, a gente gosta do que faz, tem uma satisfação por conta disso, mas a gente tem uma sobrecarga e tem um espaço físico inadequado. E, isso acaba em alguns momentos interferindo até na própria satisfação que a gente tem (EC2 - G).

O que me chamou a atenção nesse sentido assim, que espaço físico e reconhecimento. Eu acho assim, tem uma relação quando a gente tem um espaço físico adequado, quando a gente tem uma condição de trabalho boa, a gente sente como reconhecimento no trabalho da gente. Porque por merecimento a gente está fazendo alguma coisa que merece um local adequado e tem essa relação forte do espaço físico e reconhecimento (EC2 - H).

Avaliam que ocorre uma disputa pelo local de trabalho e os profissionais que tem “um lugar seu” com condições para realizar suas atividade, ou seja, espaço com mobiliário, arejado, materiais e que oportuniza privacidade e conforto, são aqueles com maior reconhecimento.

DISCUSSÃO

Nas entrevistas coletivas, os profissionais consideram que a ambiência interfere no cotidiano de trabalho, seja pela estrutura física propriamente dita, pelo aumento de profissionais e/ou disputa pelo espaço físico, incidindo diretamente nas relações entre as equipes.

Há um sentimento de insatisfação na organização da produção de seu trabalho, uma vez que, é necessário pensar, planejar, inventar diversas formas para suprir a falta de condições, no ambiente físico, para a realização de atividades propostas.

A condição de trabalho é apontada como fundamental para realizar um trabalho de qualidade. O uso da criatividade com liberdade é considerado como gerador de prazer mas, quando existe essa necessidade constante de criar para ser possível trabalhar, pode ser considerada como geradora de sofrimento ⁽¹¹⁾.

No cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF, são vivenciadas dificuldades, dentre elas, pode-se destacar: problemas de infra-estrutura, falta de materiais, falta de equipamentos, demanda aumentada gerando insatisfação dos profissionais, rotatividade de profissionais, falta de insumos, acondicionamento de medicamentos e falta dos mesmos, insuficiência de capacitação e oportunidade de educação permanente, inúmeros problemas sociais da população, insuficiência de transporte para realização de visitas domiciliares, conflitos internos, interferência política, insuficiência de rede de referência, entre outras ⁽¹²⁾.

O sofrimento, causado pelas condições do ambiente físico, tem sido enfrentado pela inteligência prática dos trabalhadores, que buscam variabilidade no modo de fazer suas atividades, rejeitando a impossibilidade de não fazer seu trabalho.

Nesse sentido, os profissionais da SF devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda, de forma a alcançar a resolutividade do serviço, a fim de reparar as falhas nas condições e organização, mantendo a produtividade estabelecida ⁽¹³⁾.

Estudo ⁽⁴⁾ relata que, no contexto brasileiro, a estrutura física das US, nas quais atuam os profissionais de SF, conta com materiais e equipamentos básicos, que, em sua maioria, estão danificados ou em estado inadequado para uso, e com espaços pequenos, sem iluminação, ventilação, rachadura, mofo, entre outras.

Essas condições inadequadas vão interferir na organização do trabalho, na relação dos profissionais entre a equipe e com os usuários. A noção de ambiência nos remete a sensação de bem estar

ao realizar o seu trabalho com espaço adequado, higienização, ventilação (nem muito quente, nem frio ou úmido) e iluminação adequados. Isso reflete de forma direta no atendimento ao usuário, que percebe o bem estar do profissional ao realizar seu trabalho facilitado pelo ambiente adequado.

As condições inadequadas, além de interferirem na organização do trabalho, geram, entre os profissionais, disputas pelo local mais adequado na US, permeiam conflitos entre a equipe, causam mau humor e irritabilidade nos profissionais e também podem danificar equipamentos e causar desperdício de medicações.

Do mesmo modo, o tamanho das equipes, relacionado com o espaço físico da US, causa desconforto, uma vez que as salas de atendimento são disputadas tanto para assistência, como para realização de reuniões e supervisão de funcionários e acadêmicos.

Estudo ⁽¹⁴⁾ aborda que o pouco contato com os colegas, durante a execução do trabalho, foi apontado como a causa da falta de autonomia e impossibilidade de exercer criativamente o trabalho, gerando dificuldade de vinculação e identificação com a tarefa desenvolvida.

Por outro lado, em outro estudo, o tempo médio de permanência no serviço também é apontado como um atravessador no trabalho da equipe, pois mostra que profissionais permaneceram menos de um ano trabalhando em SF. Essa rotatividade dos profissionais de saúde, nas ESF, cria problemas, comprometendo o desenvolvimento do trabalho e o estabelecimento de vínculos com a comunidade ⁽⁴⁾.

As sensações de perda e de casa cheia e sem espaço apontam o desconforto dos profissionais, o trabalho que deve ser organizado em equipe é prejudicado, uma vez que há dificuldade em integrar os profissionais e ações, pois há rotatividade e não há espaço físico. As relações e a construção de uma identidade, enquanto grupo de trabalho, ocorrem de modo parcial.

O trabalho em equipe preconiza que as ações em saúde sejam realizadas em conjunto, articulando saberes e promovendo novas práticas, pautadas no cuidado a partir da clínica ampliada, com vistas à atenção integral em saúde ⁽¹⁵⁾.

Trabalhar em equipe implica atuar de maneira integrada e complementar às atividades exerci-

das pelos outros membros da equipe, com vistas à produção coletiva do cuidado em saúde, valorizando os saberes e as práticas de cada categoria profissional, em que nenhuma delas se sobrepõe, mas todas compõem o processo de trabalho das equipes de SF ⁽¹⁶⁾.

Considerando o conceito de ambiência, a falta de um ambiente físico adequado para o trabalho da US do Grupo Hospitalar estudado, traduz-se em prejuízo, no conforto daqueles que ali estão, tornando-a menos acolhedora. Essa falta de espaço tem gerado sofrimento, uma vez que avaliam que há diferenças no reconhecimento do trabalho.

Estudo ⁽¹⁷⁾ refere que ter um espaço adequado para a realização do trabalho, configura-se em uma maneira de fortalecer a identidade do profissional, valorizando-o como trabalhador da saúde, que tem a corresponsabilidade de promover a saúde em conjunto com sua equipe, exercendo ativamente suas atividades em seu território de atuação.

Esse não reconhecimento, caracterizado aqui como não ter um “*espaço físico seu*”, pode repercutir na mobilização subjetiva do profissional enquanto processo, pelo qual o trabalhador enfrenta o sofrimento e se engaja no trabalho, por meio da sua subjetividade, da inteligência prática.

A mobilização subjetiva viabiliza a dinâmica do reconhecimento, que é o modo específico de retribuição simbólica dada ao sujeito, como compensação por sua contribuição na organização do trabalho, pelo engajamento da subjetividade e da inteligência. O reconhecimento é o processo de valorização do esforço investido para realização do trabalho ⁽⁵⁾.

O reconhecimento implica uma mobilização política e relaciona-se diretamente com o poder do trabalhador, com capacidade de negociar e influenciar o coletivo ⁽¹⁷⁾.

Assim, ter espaço é também ter poder. Isso vem ao encontro do pensamento de Michael Foucault no qual diz que o poder permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve ser considerado como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir, e que o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação,

mas pelo que se luta, o poder por aquilo que queremos nos apoderar ⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, o espaço físico se constitui como um espaço de luta, produz prazer ao indivíduo que se apoderou, produz sofrimento àquele que percebeu no outro o apoderamento do espaço físico e não se sente reconhecido no trabalho.

CONCLUSÃO

Enfim, a avaliação qualitativa, por meio da clínica do trabalho, proporcionou a reflexão sobre o trabalho dos profissionais, analisando a sua organização. Os profissionais das equipes de SF avaliaram que o ambiente físico das US temse configurado um indicador de sofrimento, interferindo no cotidiano de trabalho, e desconsideram a construção coletiva e ampliada da integralidade da atenção à saúde.

Avaliaram que o ambiente físico das US apresenta deficiências que prejudicam seu trabalho e afetam o seu bem-estar, o conforto da equipe e dos usuários do serviço, caracterizando os espaços de atenção em saúde como não acolhedores. A ambiência permeia conflitos entre a equipe, interferindo diretamente no relacionamento entre os profissionais. E, o espaço físico se constitui também como poder, como um espaço de luta para o apoderamento de determinado espaço físico.

Assim, esta pesquisa proporcionou dar voz às contradições e mediações do trabalho dos profissionais das equipes de SF, por meio da escuta e da fala, buscando possibilitar construções novas em sua organização e mobilizando mudanças, no intuito de promover prazer ao profissional com o que produz em suas atividades, pois ao construir/criar ele experiência sua autonomia e liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 4a ed. Brasília; 2010.
2. Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(4):781-7.
3. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para reo-

- rientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
4. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (3): 657-64.
 5. Mendes AM. Pesquisa em Psicodinâmica: a Clínica do Trabalho. In: Mendes AM (Org.) *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 65- 87.
 6. Merlo ARC, Mendes AMB. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cad Psicol Soc Trab* 2009; 12 (2).
 7. Dejours C. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004c. Cap. 2, p. 105-126.
 8. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
 9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília; DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.
 11. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3): 716-721.
 12. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia e Sociedade*. 2008; 20 (2): 237-46.
 13. Katsurayama M, Parente RCP, Moraes RD, Moretti-Pires RO. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad Saúde Coletiva*. 2013; 21 (4): 414-9.
 14. Zilioto DM, Oliveira BO. A organização do Trabalho em Call Centers: Implicações na Saúde Mental dos Operadores. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*. 2014; 14 (2): 169-179.
 15. Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *Arq Catarin Med*. 2010; 39 (3): 79-84.
 16. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):900-907.
 17. Morrone CF, Mendes AM. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. *PDT*. 2003; 3 (2): 91-118.
 18. Foucault, M. *Microfísica do Poder*. 25ª ed, Rio de Janeiro: Graal; 2012.