



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO**

**TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA**

**REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO  
ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PRAZER E SOFRIMENTO**

**FEIRA DE SANTANA-BA**

**2012**

**TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA**

**REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO  
ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PRAZER E SOFRIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Estadual de Feira de Santana  
(UEFS), para a obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Políticas,  
Planejamento e Gestão em Saúde

**Linha de pesquisa:** Planejamento, Gestão e  
Práticas em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Christina  
Bahia Coelho

**FEIRA DE SANTANA-BA**

**2012**

## Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

A451r Almeida, Tatiane Santos Couto de  
Repercussões do processo de trabalho na saúde do enfermeiro do  
programa saúde da família : prazer e sofrimento / Tatiane Santos  
Couto de Almeida. – Feira de Santana, 2012.  
168 f. : il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de  
Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

1. Enfermeiro – Saúde do trabalhador. 2. Enfermagem.  
3. Programa Saúde da Família. 4. Saúde pública. I. Coelho, Thereza  
Christina Bahia, orient. II. Universidade Estadual de Feira de  
Santana. III. Título.

CDU: 614-083

**TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA**

**REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO  
ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PRAZER E SOFRIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana – BA, 29 de março de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina**  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
1ª Examinador

**Profª. Drª. Maria Ângela Alves do Nascimento**  
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
2ª Examinadora

**Profª. Drª. Thereza Christina Bahia Coelho**  
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
Orientadora

Dedico este trabalho em especial ao meu querido e amado marido, Nei, que muito me apoiou, em todas as etapas desse mestrado. Lembro-me, desde o momento da seleção, da sua fiel torcida; por acreditar em mim mais do que eu própria; de uma mensagem que me enviou, no primeiro dia de aula, desejando a bênção de Deus na minha caminhada; das inúmeras noites que foi deitar sem a minha companhia. Caminhada difícil, só nós sabemos o quanto. Mas, encontrei amor a todo o momento e a fortaleza desse sentimento nos fez enfrentar as dificuldades encontradas, a solidão e a saudade que sentíamos um do outro. E depois de tudo isso, fica a certeza de que hoje somos muito mais fortes, pois enfrentamos, sabiamente, as adversidades e que temos muito mais admiração e respeito um pelo outro. E depois da concretização desta etapa, entregamos a Deus, o nosso próximo projeto, o mais lindo de nossas vidas e que tanto desejamos: o (a) nosso (a) filho (a).

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao **meu Deus**, Pai Todo Poderoso. Aquele que me sustenta desde o meu nascimento, que me permite sonhar e realizar. Aquele que me dá sabedoria para semear e colher. Aquele que me dá proteção e que me conduz aos melhores caminhos. Aquele a quem devo tudo o que sou e quem me mostrou que tudo posso, basta Nele acreditar.

Certa de que sem Ti, nada posso, fica registrado o quanto grata, sou, por me sustentar neste percurso, por me guiar nas minhas idas e vindas, por restaurar a minha saúde, por fortalecer o meu casamento e por oportunizar-me ir à busca de uma das maiores riqueza dessa vida: o conhecimento. Obrigada Senhor, por esta grande realização.

**A Ti, todo o meu louvor!**

À **minha família**, meu tesouro, base do que sou e do que me tornei: **Minha Mãe**, minha linda, que tudo faz por mim e, por isso, não mede esforços. Melhor Mãe do mundo, referência da minha vida. **Meu Pai**, maior exemplo de palavra de Homem, primeiro modelo que eu tenho de trabalhador, através dele, vejo o quanto o trabalho dignifica e transforma. **Dailane**, doce Dai, irmã linda, de uma bondade e coração que nunca vi igual. **Jhone**, o príncipe caçula, símbolo de inteligência, meu orgulho! **Meu marido**, segundo modelo de trabalhador, quem me ajudou a ser a mulher que hoje sou, homem da minha vida, aquele que escolhi, na presença de Deus, para ser o meu amor, o companheiro e o pai dos meus filhos.

**Amo os cinco, incondicionalmente.**

## AGRADECIMENTOS

**Deus**, só Tu sabes, o quanto esse momento foi desejado... chegar ao fim de uma etapa e estar pronta para o início de tantas outras. Espero, dentro de mim, alçar voos mais intensos, buscar novos conhecimentos e compartilhá-los. Chegar até aqui não foi fácil. Passei noites em claro, me alimentei de leituras, vivi momentos de solidão, me distanciei dos amigos e da família. Por outro lado, aprendi muitas coisas importantes, conheci novos amigos, criei novos referenciais, aprendi a enxergar além do que vejo. Tornei-me mestre. Vivi, de fato, a interface do prazer e sofrimento. E agora, uma emoção tamanha me invade e sei que é preciso agradecer a todos aqueles que contribuíram para a concretização desse sonho. **Minha gratidão e reconhecimento a todos que compartilharam dessa trajetória.**

À **Euvaldo Rosa**, prefeito de Santo Antônio de Jesus, que reconheceu o meu trabalho, me concedeu novas oportunidades e, gentilmente, me liberou para as atividades do mestrado. O meu muito obrigada e o meu eterno reconhecimento.

À **Secretaria de Saúde de Santo Antonio de Jesus** que contribuiu, grandemente, para tornar-me a profissional que hoje sou, por despertar em mim a vontade de aprender mais. Assim, agradeço ao Secretário de Saúde, **Joan**, pelo incentivo, no início da caminhada, quando tudo foi mais difícil.

À **Escola de Enfermagem Padre Mateus**, palco inicial do meu sonho de ser professora. Foi lá que descobri que dentro de mim existia um dom: o dom de ensinar e de aprender.

À **Faculdade Maria Milza**. Aí é o centro da minha práxis, enquanto docente. Onde tive a certeza do que quero para a minha vida profissional. Tenho orgulho em fazer parte desta família. Menciono aqui o meu agradecimento à **Jane**, coordenadora do curso de Enfermagem, pessoa encantadora, pelo incentivo, pela compreensão e pelas palavras sábias, em um momento da minha vida que tanto precisei. Descobri uma amiga. Guardarei, para sempre, o lindo grão do feijão, que para mim, ganhou o significado de Fé.

À **Márcia Rosa**, quem muito me ensinou e a quem devo muito do que hoje, profissionalmente, sou. Pessoa de enorme potencial, um referencial que tenho e sei que, verdadeiramente, torceu por mim na seleção do mestrado e isso foi um dos determinantes para que eu acreditasse e buscasse a conquista. Saudade de trabalhar com você.

À **Kacá**, uma amiga, alguém que tanto me ajudou, compreendeu as minhas ausências na Secretaria de Saúde e com quem pude compartilhar algumas alegrias e angústias ao longo dessa caminhada.

À **Mano e Ays**. Lembro-me, saudosamente, da nossa convivência e recordo, também, do tanto que me ajudaram na condução dos trabalhos na Unidade Gestora da Atenção Básica e o quanto, mesmo já não fazendo parte dessa equipe, souberam ser companheiras.

À **integração ensino-serviço (CIES)** da Secretaria de Saúde de Santo Antonio de Jesus, que me oportunizou novos contatos e outros aprendizados. Outros passos, novos rumos!

**Elaine Andrade Leal Silva**... pessoa imensamente especial, de bom coração e à quem tenho enorme gratidão! Posso sentir o quanto ela é verdadeira e o quanto torce por mim. Obrigada, minha amiga, por ceder uma parte do seu tempo, pelas suas visitas, pelos ensinamentos e pelas orações que tanto me fortaleceu!

Aquelas que, mesmo eu não dispondo de tempo para dar atenção, nesses dois anos, souberam compreender a minha ausência: **Babi e Jôse**, minhas grandes amigas! E como diria Milton Nascimento: “Amigas para sempre é o que nós iremos ser...”

À **Paulinha**, por ter cuidado bem da CIES na minha ausência e pelas palavras de incentivo.

À **Universidade Estadual de Feira de Santana**, instituição que me conduziu para as minhas maiores formações acadêmicas. Lá, me tornei enfermeira, há nove anos, e, hoje, torno-me mestre. As minhas reverências à UEFS e ao que ela me proporcionou.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, sua equipe de colaboradores e aos professores do programa, que tenho como grandes mestres.

À minha orientadora **Dr<sup>a</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho**, professora de enorme potencial e dona de uma simplicidade sem tamanho. Muito obrigada por ter cuidado de mim durante este tempo. O seu apoio, dedicação, carinho, paciência foram muito importantes, você não imagina o quanto! Grata por ser presente e entender minhas limitações, por reanimar-me a cada encontro com suas palavras fortalecedoras e motivadoras.

Às **coordenadoras e aos pesquisadores do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, de emprego e saúde dos trabalhadores de saúde da Bahia”**, em especial, aos grandes companheiros do *Subprojeto 03* e ao CNPq e a FAPESB que nos financiaram.

À banca de qualificação da minha pesquisa, **Dr<sup>a</sup> Ana Maria Fernandes Pitta e Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo**, pelas importantes contribuições. Ana Pitta, seu parecer, me deixou emocionada e muito me impulsionou para prosseguir.

À banca de defesa, composta pelos professores ilustres [**Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina e Dr<sup>a</sup> Maria Ângela Alves do Nascimento**] e que pude ter a honra de contar para avaliar este estudo.

Aos colegas do mestrado [**Clara, Daltinho, Danni, Denize, Eli, Guacyra, Helô, Gabi Bené, Luise, Paulo, Ricardo, Roberto, Sarah, Sú, Thalito, Igor, Gabi, Margô, Lu e Sisse**]. Aqueles que permaneceram como colegas e aqueles que se tornaram amigos, em especial, a Suélem Pinheiro, que tanto me ajudou no início, meio e fim desta caminhada. Amiga, sem você tudo seria mais difícil. Disso, tenho certeza!

Aos **meus alunos**. Pessoas que contribuem imensamente para o meu crescimento. Para quem eu ensino algumas coisas e com quem eu aprendo grandes coisas. Quem alimenta alguns dos meus ideais e, por isso, me incentiva a conhecer sempre mais. Ao longo do tempo, um fato: não existem alunos sem professores e não existem professores sem alunos. Obrigada, queridos!

À **Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana**, por ceder as suas unidades para a realização do grande projeto “Condições de trabalho, de emprego e saúde dos trabalhadores de saúde da Bahia”, do qual essa dissertação foi fruto.

Aos **enfermeiros** do Programa Saúde da Família, sujeitos desse estudo, que cederam muito mais do que o seu tempo, compartilharam comigo parte da história de suas vidas para possibilitar a construção dessa pesquisa. Enfermeiros que buscam amenizar o sofrimento oriundo do trabalho e que conseguem, no meio das adversidades, encontrar nele, também, o prazer. **Eu sou enfermeira, já vivi sabores e dissabores na Saúde da Família, e sei muito bem o que é isso!**

## RESUMO

Este estudo tem como objetivos, analisar o processo de trabalho do enfermeiro e sua relação com a produção do prazer e do sofrimento no Programa Saúde da Família (PSF) de Feira de Santana-BA; compreender os significados por eles atribuídos ao trabalho, ao prazer e ao sofrimento no processo de produção do cuidado; identificar os elementos do processo de trabalho que configuram situações de prazer e/ou sofrimento; discutir as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para ter prazer e/ou evitar o sofrimento no cotidiano do trabalho. Estudo de caso, qualitativo. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática, e como método de análise, a de conteúdo temática. Os dados foram sistematizados em quatro categorias: 1) Processo de Trabalho do enfermeiro no PSF; 2) Significado do trabalho, prazer e sofrimento; 3) Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro; 4) Enfrentamento. Os resultados evidenciaram um processo de trabalho composto por sujeitos, em sua maioria, mulheres, recém-formados, com pouco tempo de atuação no PSF, sem direitos trabalhistas e com outros vínculos, que reconheceram o usuário, a comunidade e até demais profissionais da equipe como o seu objeto de trabalho. Embora, assumissem a prevenção e promoção como finalidades do seu trabalho, mostraram-se, ainda, “presos” a práticas assistencialistas. Os meios revelaram uma preponderância de tecnologias leve-dura e dura, desenvolvidas em múltiplas atividades na própria unidade, domicílios e espaços comunitários, desconfortáveis e com riscos diversos. O ritmo de trabalho era acelerado e o tempo gasto com atividades burocráticas consumia boa parte da carga horária. Para o enfermeiro, o produto final do seu trabalho articulava-se ao vínculo e reconhecimento da comunidade, podendo ser limitado pela falta de autonomia. O significado do trabalho surgiu como concretização de uma vocação, satisfação das necessidades do outro – usuário, e de benefícios sob a forma de acúmulo de bens materiais e imateriais. O significado do prazer emergiu como sensação de bem-estar, em poder satisfazer a necessidade deste outro. O significado do sofrimento, por sua vez, se confundiu com suas causas: a tristeza do usuário, a (des)assistência da rede e a impotência do enfermeiro. Impactos de ordem física vieram do não atendimento de suas necessidades humanas básicas, do desgaste com excesso de atividades burocráticas, ausência de parceria com o médico e existência de mais de um vínculo de trabalho. As causas de insatisfação estavam associadas às condições de trabalho, precarização e pouco tempo para família. Estratégias de enfrentamento, tais como, comportamentos de fuga, atividades físicas e de lazer constituíram-se como “válvulas de escape” que não conduziam a uma superação no sentido de modificar o trabalho e o sujeito. A grande rotatividade de enfermeiros na gestão municipal mascarou a magnitude do problema, justificando a necessidade de mais estudos e uma política de valorização desses trabalhadores que discuta a organização do trabalho e seu impacto na saúde dos enfermeiros do PSF.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Enfermagem. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the labor process of nurses and its relation with the production of pleasure and suffering in the Family Health Program (FHP) of Feira de Santana-BA; to understand the meanings attributed to labor, to pleasure and suffering by nurses regarding their care production; to identify the elements of the labor process that shape situations of pleasure and / or suffering; to discuss the strategies developed by nurses for have pleasure and/or prevent the suffering in their daily work. Case study, qualitative. One used as data collection techniques semi-structured interviews and systematic observation, and as methods of analysis, the thematic content. The data were summarized in four categories: 1) Labor Process of nurses in the FHP, 2) Meaning of Labor, pleasure and suffering, 3) Pleasure and pain in nurses labor, 4) Coping. The results showed a working process consisting of subjects, mostly women, recent graduates with little work experience in the FHP, without labor rights and other bonds, which recognized the community, users and the staff as the object of their labor. Although, the assumption on prevention and promotion were granted as purposes of their work, they also showed "trapped" to assistance practices. The tools revealed a preponderance of hard and soft-hard technologies developed in multiple activities at the unit, household and community spaces, uncomfortable and with many risks. The labor rhythmic was accelerated and the time spent on bureaucratic activities consumed much of the workload. For nurses, the output of their work is structured by bonds and community recognition, and may be limited by the lack of autonomy. The meaning of labor emerged as the embodiment of a vocation, other's needs satisfaction - the user, and benefits in the form of accumulation of tangible and intangible assets. The meaning of pleasure emerged as a feeling of welfare, to be able to satisfy the need of another. The meaning of suffering, in turn, was confounded with its causes: the sadness of the user, the (dis) service of the network and the powerlessness of nurses. Physical impacts came from non-fulfillment of their basic human needs, wear with excessive bureaucratic activities, lack of partnership with the doctor and having more than one bond of employment. The causes of dissatisfaction were related to working conditions, precariousness and little time for family. Coping strategies such as avoidance behaviors, physical and leisure activities constituted "safety valves" that did not lead to an overrun in order to modify the work and the subject. The high turnover of nurses in municipal management masked the magnitude of the problem, justifying the need for further studies and a policy of improving of such workers to discuss the organization of labor and its impact on the nurses' health of the FHP.

**Keywords:** Occupational Health. Nursing. Family Health Program.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Representação gráfica do objeto de estudo.	51
FIGURA 2	Mapa de Localização de Feira de Santana-BA.	54
FIGURA 3	Feira de Santana-BA por área de abrangência de NASF.	56
FIGURA 4	Representação gráfica das atividades realizadas pelo enfermeiro nos diferentes espaços de trabalho. Feira de Santana-BA, 2011.	85

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição das Unidades e Equipes de Saúde da Família por área de abrangência de NASF, Feira de Santana-BA, dez., 2011.	57
QUADRO 2	Síntese dos depoimentos dos entrevistados. Feira de Santana-BA, dez., 2011.	64
QUADRO 3	Caracterização dos sujeitos do estudo. Feira de Santana-BA, dez., 2011.	73
QUADRO 4	Espaços e atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF. Feira de Santana-BA, dez., 2011.	83

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....	21
<b>2.1.1 Elementos do processo de trabalho do enfermeiro.....</b>	<b>27</b>
2.2 TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO .....	41
<b>2.2.1 O princípio do Prazer e sua relação com o trabalho.....</b>	<b>43</b>
<b>2.2.2 Sofrimento no trabalho .....</b>	<b>45</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	52
3.2 CAMPO DO ESTUDO .....	53
<b>3.2.1 Considerações gerais de Feira de Santana e rede assistencial de Saúde municipal</b>	<b>53</b>
<b>3.2.2 Singularidades da Enfermagem em Feira de Santana.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2.3 Unidades de Saúde da Família: espaço de atuação dos sujeitos deste estudo.....</b>	<b>55</b>
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	57
<b>3.3.1 Critérios de seleção dos sujeitos do estudo.....</b>	<b>58</b>
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	58
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS .....	61
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	65
<b>4 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF .....</b>	<b>67</b>
<b>5 SIGNIFICADO DO TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO.....</b>	<b>99</b>
<b>6 PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO .....</b>	<b>107</b>
<b>7 ENFRENTAMENTO: resignificação e alívio das dores do trabalho.....</b>	<b>136</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>144</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada.....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de observação sistemática.....</b>	<b>164</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEFS) .....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO B – Termo de Ciência da Secretaria de Saúde de Feira de Santana-BA .....</b>	<b>168</b>

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A presente investigação tem como objeto de estudo a análise do processo de trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF), sob a perspectiva do prazer e do sofrimento. Nesse sentido, é imprescindível contextualizar sobre os processos de trabalho em saúde e sobre os produtos que esse trabalho carrega consigo e que demarcam, nos profissionais de saúde, as vivências do prazer e do sofrer no cotidiano laboral. Apesar de entender que o PSF foi consagrado como estratégia reestruturante da Atenção Básica<sup>1</sup> (AB), sendo reintitulado como Estratégia Saúde da Família, neste estudo foi adotada a terminologia PSF.

A mudança do modelo de atenção à saúde, através da edificação do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto sistema transformador voltado para a saúde coletiva implica, necessariamente, mudança, também, dos processos de trabalho. Segundo Merlo (2000), as exigências anteriores se agregam às novas exigências, o que gera sobrecarga de trabalho e possíveis consequências para a saúde do trabalhador.

No Brasil, a busca pela produtividade somada à competitividade de mercado, principalmente nos padrões atuais de subcontratação, terceirização e precarização do trabalho, deixa emergir uma quantidade expressiva de trabalhadores desprotegidos, uma vez que a busca e manutenção do trabalho torna-se prioridade em detrimento das questões de saúde. Essa realidade determina um dos grandes desafios para o campo da Saúde do Trabalhador, sobretudo no setor público de saúde e se torna, portanto, premente a consolidação de ações que englobem aspectos da vigilância à assistência ao trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nesse sentido, foi idealizado a Gestão do Trabalho em Saúde que compõe uma das prioridades do Pacto de Gestão do SUS e tem como missão a busca pela valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações nos níveis municipal, estadual e federal, além da adoção de vínculos laborais que garantam os

---

<sup>1</sup> **Atenção Básica:** “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2011b, p. 3).

direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, seja no âmbito da gestão, seja dos serviços (BRASIL, 2006).

No entanto, mesmo diante da Política Nacional à Saúde do Trabalhador, que entrou em vigor no ano de 2004 e do Pacto de Gestão do SUS, em 2006, que conferem, legalmente, atenção e direitos ao trabalhador, observa-se o desamparo ao trabalhador de saúde, no que concerne ao trabalho em si e à sua saúde, e isso ratifica que as prerrogativas legais, até então, não foram materializadas.

O trabalho é indispensável para o ser humano, uma vez que está relacionado à sua sobrevivência e condicionamento social. Assim, trabalhar não é, apenas, uma forma de angariar ganhos materiais, como também, um modo de inserção social e de construção da identidade, no qual os aspectos psíquicos e físicos imbricam-se intensamente. Diante disso, o trabalho pode atuar como gerador de desgaste e doenças e, ao mesmo tempo, pode-se constituir fonte de equilíbrio e de desenvolvimento e, por isso, não se pode afirmar ser o trabalho sempre patogênico, ele tem, contrariamente, um poder estruturante para a saúde mental e física (LUNARDI FILHO, 1995).

Diante desta percepção sobre o trabalho, ratifica-se que o homem se torna dependente do mesmo para a garantia de suas mais diversas necessidades e, ao inserir-se no mundo do trabalho<sup>2</sup>, poderá experimentar vivências de prazer e sofrimento, influenciando a sua satisfação<sup>3</sup> e o seu processo saúde-doença.

A insatisfação dos vários seguimentos profissionais da saúde com o trabalho e suas repercussões foi investigada por Tomasi e outros (2008) com base em um estudo sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica em duas regiões do Brasil. O ambiente físico do trabalho foi considerado inadequado pela metade dos trabalhadores pesquisados e quase dois terços, destes, referiram insatisfação em relação às atividades que desempenhavam. As relações pessoais foram avaliadas como insatisfatórias para um terço dos trabalhadores do Sul e, no Nordeste esse resultado foi mais enfático, atingindo 90% dos participantes.

O trabalho em saúde e, sobretudo, o da enfermagem é alicerçado por um caráter relacional, desse modo, as relações interpessoais conflituosas trazem repercussões negativas

---

<sup>2</sup> **Mundo do Trabalho:** “ambiente de construção de sobrevivência, mas também de transformação social” (CARNEIRO, 2003, p. 32).

<sup>3</sup> **Satisfação:** contentamento, prazer que resulta da realização do que se espera, do que se deseja (FERREIRA, 1993).

para o trabalhador e para o trabalho. Por outro lado, o caráter relacional se opõe às imposições para a execução de ações e serviços em larga produtividade, especificamente no Programa Saúde da Família.

O estudo de Santos, Soares e Campos (2007) revela situações de tensão no trabalho marcadas pela realidade social e de saúde encontradas no território e na cobrança de produtividade e imposição de metas pela gestão, que não resolvem os problemas trazidos pela população. As práticas do enfermeiro apontaram um potencial pouco transformador da realidade, visto que, mesmo após o estabelecimento dos planos de cuidado, a procura do serviço pelos usuários do PSF é justificada pelas mesmas queixas, o que produz a sensação de trabalho desgastante e impotente. Ao mesmo tempo, o enfermeiro encontra no objeto de atenção, usuários que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento, que sofrem, e que se mostram insatisfeitos com o atendimento recebido, gerando uma situação de desgaste. A provisão insuficiente dos meios e dos instrumentos de trabalho e a estrutura física inadequada trazem estresse, preocupação e dor.

As exigências impostas pelo modelo de atenção à saúde que foi construído em torno de uma política de resultados, somada às prescrições da organização do trabalho, coloca o enfermeiro como profissional multifuncional, pressionado constantemente pelas demandas trazidas pela população, o que pode resultar em ansiedade, angústia, conflito, desvalorização e frustração profissional (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Percebe-se, assim, que para além do sentimento de impotência diante das adversidades encontradas no trabalho do enfermeiro, que o conduz à insatisfação quanto ao seu posto, as situações descritas podem potencializar o desencadeamento de sofrimento e até adoecimento. Isso possibilita reflexões sobre o cuidado, enquanto essência do trabalho da enfermagem, e gera questionamentos sobre a fragilidade do cuidado para consigo mesmo.

Situações como estas podem contribuir para o aumento do absentéismo<sup>4</sup>. Gehring Junior e outros (2007) mostraram que profissionais de enfermagem da AB de Campinas apresentaram valores de índices de frequência e gravidade de absentéismo acima da maioria dos estudos encontrados. Isso pode estar associado às cargas psíquicas enfrentadas no ambiente de trabalho. Em se tratando das mulheres, é provável, ainda, que uma maior proporção de tempo perdido<sup>5</sup> por licença para tratamento de saúde relacione-se à dupla

---

<sup>4</sup>**Absentéismo:** ausências no momento em que o empregado deveria estar trabalhando normalmente (CHIAVENATO, 1997).

<sup>5</sup>**Proporção de tempo perdido:** significa a razão do número de horas perdidas no trabalho por licença para tratamento de saúde e o número de horas previstas para serem trabalhadas (MENDES, 1980).

jornada, que, geralmente, não está associada a mais de um vínculo, mas aos afazeres e responsabilidades domésticas após a jornada de trabalho profissional.

Nesse sentido, registra-se que as atividades do enfermeiro estão atreladas a diversas responsabilidades no trabalho e que, muitas vezes, o absenteísmo pode estar vinculado à qualidade deste trabalho, a insatisfação perante o mesmo e, como dito, à dupla jornada. No entanto, não se deve, especificamente, relacionar os índices de absenteísmo somente ao trabalho, uma vez que o enfermeiro possui outras responsabilidades que fogem ao âmbito laboral, na medida em que esse profissional possui uma vida pessoal permeada de historicidade, que pode ser geradora de situações conflituosas e, também, de sofrimento, e isso, também, pode contribuir para a falta no serviço.

David e outros (2009) investigaram o impacto da organização do trabalho de enfermagem na AB e a sua relação com a saúde desses trabalhadores. Dentre vários aspectos, o estudo revelou a insatisfação dos profissionais com a chefia e com os colegas de trabalho (83,6% e 76,3%, respectivamente), configurando a existência de conflitos no ambiente de trabalho e a desintegração entre membros de uma mesma equipe, afastando a execução de um trabalho interdisciplinar, preconizado para as Equipes de Saúde da Família (ESF). Foram observados dados relevantes como a insatisfação com os horários (71,9%), o ritmo de trabalho (47,3%) e o pouco controle e decisão sobre o trabalho (63,5%). Ressaltou-se, ainda, nesta pesquisa um elevado índice de insatisfação (69%) relacionado à conciliação entre vida social e trabalho.

Outro dado relevante no PSF é a falta de segurança e instabilidade no emprego, marcado pela inexistência de vínculo empregatício formal, pois a maioria dos profissionais, inclusive enfermeiros, é contratada por meio de cooperativas ou mesmo por serviços prestados, determinando angústia e incerteza nos postos de trabalho (PEDROSA; TELES, 2001; TOMASI et al., 2007; DAVID et al., 2009), o que reflete a precarização do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

Essas informações foram corroboradas pelo estudo de Leal-Silva (2007), o qual apontou que os trabalhadores de saúde da AB se submetem às mais adversas condições de trabalho, que compreendem desde os aspectos sociais até os direitos trabalhistas.

Além disso, o vínculo estabelecido, através do convívio cotidiano dos trabalhadores do PSF, com os usuários incita nesses trabalhadores aspectos diferenciados, na medida em que o convívio poderá humanizar o trabalho e permitir o conhecimento do contexto de vida dos usuários e, ao mesmo tempo, provocar um forte impacto psicológico, representado pela impotência vivenciada frente a situações de extrema miséria (LANCMAN et al., 2009).

Todas as questões ora apresentadas remetem ao sofrimento no trabalho, que não se restringe à carga excessiva de trabalho, mas engloba, sobretudo, o ambiente de trabalho e as relações humanas ali constituídas – entre a equipe, os usuários e a gestão. O equilíbrio entre vida social e trabalho, por sua vez, se torna fragilizado devido ao acúmulo de outros vínculos.

Sabendo que não se pode desvincular o trabalho das vivências de prazer e de sofrimento, acredita-se que, diante das situações desfavoráveis à saúde no trabalho, o trabalhador desenvolve estratégias de enfrentamento, as quais possibilitam que o sofrimento seja ressignificado de tal modo a não desencadear o adoecimento. Nesse sentido, os trabalhadores não são inertes aos constrangimentos organizacionais e a proteção da saúde não depende exclusivamente de estratégias defensivas individuais, mas passa também pelas estratégias coletivas de defesa, as quais representam um papel relevante para o desenvolvimento de resistência aos efeitos nocivos sobre a saúde mental (PITTA, 1999; DEJOURS, 2011a).

Um estudo sobre o trabalho da enfermagem constatou que as estratégias de enfrentamento (distanciamento, despersonalização e modulação do sofrimento com humor) criadas pelo coletivo de trabalhadores assinalam a relação de sobrevivência do indivíduo perante as situações adversas do trabalho, como a superlotação, a sobrecarga e o desamparo diante das fragilidades do sistema público de saúde e, por isso, representam importante fator de proteção à saúde dos profissionais de enfermagem (DAL PAI; LAUTERT, 2009).

As estratégias de defesa possuem a sua relevância para a minimização dos efeitos não desejados do trabalho, mas também é preciso refletir sobre o período de tempo que o trabalhador, ao adotar essas estratégias defensivas, consegue responder positivamente à carga negativa do trabalho.

O trabalho de enfermagem, embora seja considerado desgastante, possui aspectos motivadores que se apresentam como intercessores para a realização pessoal e profissional, principalmente a possibilidade planejar, prestar cuidados diretos ao usuário e visualizar os resultados. Além disso, a valorização e reconhecimento do trabalho, traduzidos por comentários positivos acerca do trabalho efetivado, reproduzem sentimentos de intenso prazer (LUNARDI FILHO, 1995).

Nesta perspectiva, considera-se a importância dos gestores e profissionais de saúde em destacar os aspectos positivos do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem como estímulo capaz de contornar alguns descontentamentos e conduzi-la à vivência de sentimentos prazerosos, mesmo diante dos contratemplos advindos do trabalho que podem gerar a insatisfação e o sofrimento no trabalhador. Acredita-se que isso pode ser, também,

potencializado quando os comentários positivos são proferidos pelos usuários quando reconhecem o trabalho e assistência a eles conduzidos.

Corroborando tal assertiva, Mendes (1995) reforça que quando o trabalho se torna fonte de prazer, adquire um valor na vida do indivíduo, que passa a se reconhecer como alguém que existe e que tem importância para a vida alheia. Isto faz com que esta pessoa não perca o desejo pelo trabalho desenvolvido. A autora refere ainda que, para se tornar fonte de prazer, o trabalho, além dos aspectos assinalados, deve permitir a autonomia, a cooperação, a integração e a permissão para que as tarefas desempenhadas pelo trabalhador sejam percebidas como significativas.

O prazer no trabalho surge a partir do equilíbrio entre as exigências da organização do trabalho, as necessidades e os desejos do trabalhador. Ou ainda, pode resultar da transformação do sofrimento, através da utilização de recursos psicológicos do indivíduo e da possível utilização de espaços coletivos para a discussão das situações causadoras de sofrimento (LIMA, 2004).

Embora a maioria dos estudos analisados tenha se referido à AB, observa-se que uma grande parte das pesquisas desenvolvidas sobre prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem apresenta como *locus* de estudo o hospital (LUNARDI FILHO, 1995; LISBOA, 1998; KRAHL; SAUPE, 2000; MARTINS; FARIA, 2002; SHIMIZU; CIAMPONE, 2002; SILVEIRA, 2003; SOUTO, 2003; COIMBRA et al., 2005; GOMES; LUNARDI FILHO; ERDMANN, 2006; CAMPOS, 2008; GARANHANI et al.; 2008; TRAESEL; MERLO, 2009; TAVARES et al., 2010), o que dá sustentação à realização de novas pesquisas sobre esta temática no âmbito da AB, especificamente, no PSF, no qual o processo de trabalho apresenta singularidades e o enfermeiro apresenta uma atuação expressiva. Além disso, muitas pesquisas sobre a relação processo de trabalho, prazer e sofrimento, em profissionais de enfermagem, esbarram nos limites do paradigma positivista e desvincula o indivíduo do seu contexto histórico, social e da sua subjetividade.

Por conseguinte, Lancman (2011) afirma que apesar de, nos últimos anos, ter se incrementado o número de pesquisas sobre as organizações e condições de trabalho, ainda são reduzidos os estudos que se dedicam ao conteúdo simbólico do trabalho e a relação do mesmo com a subjetividade do trabalhador, com o olhar para o sofrimento, o desgaste e a influência destes sobre a integridade física e mental dos sujeitos.

A trajetória profissional da pesquisadora, graduada em enfermagem, aponta situações que a aproxima deste objeto de estudo, o que a instigou para a sua realização.

Assim, enquanto enfermeira atuante no PSF, no período de janeiro de 2003 a junho de 2005, a pesquisadora vivenciou a precarização do trabalho, marcada pela ausência de vínculos e direitos trabalhistas, além de condições de trabalho indevidas, provocadas por ambientes insalubres. Um outro aspecto marcante foi a desestruturação do espaço físico das unidades de saúde e a insuficiência ou a falta de recursos humanos e materiais para a execução das atividades, aspectos esses que influenciavam, diretamente, o seu processo de trabalho.

Posteriormente, enquanto gestora da AB do município de Santo Antonio de Jesus – BA, vislumbrou outras situações que engendraram queixas de insatisfação com a profissão de Enfermagem e com o trabalho, como o número crescente de instituições formadoras de enfermeiros, resultando em excesso de oferta desses profissionais, o que gerava, por sua vez, insegurança nos postos de trabalho, as inúmeras atribuições deste profissional e a inexistência de uma isonomia salarial entre os profissionais de nível superior que atuavam no PSF. Além disso, o enfermeiro, enquanto gerente da unidade, respondia pelas suas questões administrativas, o que de alguma forma fragilizava as relações interpessoais com seus pares no trabalho e com a gestão na Secretaria de Saúde. Tais circunstâncias, aliadas aos salários insuficientes, levavam ainda esse profissional a desempenhar atividades em outras instituições, produzindo estresse, sobrecarga de trabalho e esgotamento físico e mental.

A ausência de uma política efetiva de desprecarização do trabalho, a insatisfação com a função desempenhada, o desgaste nas relações interpessoais, o acúmulo de atividades e a ausência de uma estrutura física viável com recursos humanos e materiais suficientes são situações observadas cotidianamente e que podem gerar sofrimento nesses profissionais, além de transtornos para a sua saúde e para o desempenho do seu trabalho. Contudo, mesmo diante de tantas adversidades, é comum se observar enfermeiros engajados com as atividades desenvolvidas e comprometidos com o trabalho. Tais situações ambíguas denotam, assim, os principais motivos para essa inquietude e escolha por este objeto de estudo.

Esta pesquisa é parte integrante do projeto multicêntrico intitulado *Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia – Subprojeto 3, que trata sobre o Processo de Trabalho em Saúde*. O referido projeto é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desenvolvido por um grupo de pesquisa que reúne o Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e o Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Para melhor conhecer as vivências de prazer e de sofrimento do enfermeiro, relacionadas ao seu processo de trabalho, foram levantadas algumas questões que direcionam

este estudo: Qual a relação entre o processo de trabalho do enfermeiro e a produção do prazer e do sofrimento no PSF de Feira de Santana-BA? Quais os significados atribuídos ao trabalho, ao prazer e ao sofrimento pelo enfermeiro no PSF? Que elementos do processo de trabalho são geradores de prazer e do sofrimento para o enfermeiro? Quais as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para ter prazer e/ou evitar o sofrimento?

Frente aos questionamentos expostos foram delineados os seguintes objetivos:

Analisar o processo de trabalho do enfermeiro e sua relação com a produção do prazer e do sofrimento no PSF de Feira de Santana-BA.

Compreender os significados atribuídos ao trabalho, ao prazer e ao sofrimento por enfermeiros referente ao seu processo de trabalho no PSF.

Identificar os elementos do processo de trabalho que configuram situações de prazer e/ou sofrimento para o enfermeiro.

Discutir as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para ter prazer e/ou evitar o sofrimento no cotidiano do trabalho.

A consecução deste estudo é de grande importância para a reflexão desses trabalhadores sobre suas vivências de prazer e sofrimento na execução do seu trabalho. Ainda, pode proporcionar reflexões e questionamentos sobre a saúde do trabalhador de saúde, os elementos teóricos e práticos da profissão de enfermagem e ao próprio trabalho em si, uma vez que se trata de um processo histórico-social da referida profissão, em seus aspectos voltados ao Programa Saúde da Família.

A realização desta pesquisa contribuirá com a comunidade científica que investiga essa temática, principalmente na AB, onde ainda se percebe poucos estudos; tornará possível, por meio da análise do processo de trabalho do enfermeiro no PSF, na sua subjetividade, traçar as alternativas efetivas para o enfrentamento e transformação das possíveis condições causadoras de sofrimento no trabalho, uma vez que muitos dos problemas vivenciados por esse profissional são comuns aos processos de trabalho do PSF, em todo o Brasil, e independem de condições locais; possibilitará, aos gestores das secretarias de saúde, coordenadores de recursos humanos e da atenção básica à saúde, uma análise e avaliação sobre a organização do trabalho, do processo de trabalho em si e suas possíveis implicações para o sofrimento dos enfermeiros, no intuito de atenuá-lo e transformar o trabalho em mediador para a saúde e fonte de prazer.

Além destas contribuições, essa pesquisa poderá subsidiar a implantação e implementação de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador que deem conta de minimizar o sofrimento do enfermeiro, no seu processo de trabalho, levando em consideração

a possível multiplicidade de aspectos imbricados no desencadeamento deste evento. Por meio do encaminhamento dos resultados desta pesquisa ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da Bahia, pretende-se contribuir para a reflexão e análise das formulações teóricas e práticas da profissão, com o propósito de equacionar soluções para as demandas que o momento histórico apresenta sobre o objeto deste estudo.

Nesta perspectiva, produções científicas, como a que aqui se propõe, implicam construção de uma análise crítico-reflexiva sobre o trabalho do enfermeiro que atua no PSF, levando em consideração os elementos que compõe o seu processo de trabalho e a relação destes com o prazer e/ou sofrimento oriundos da atividade profissional.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda o processo de trabalho embasado em Marx, Mendes-Gonçalves e Merhy, trazendo a lógica do trabalho em saúde, mais precisamente os elementos que constituem o trabalho do enfermeiro, bem como o prazer e o sofrimento, sob a ótica de Freud e Dejours, enquanto possíveis produtos constituintes desse processo.

### 2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para compreender o processo de trabalho em saúde é importante, inicialmente, refletir sobre a acepção do trabalho, de modo geral. Etimologicamente, trabalho deriva do termo latim *tripalium*, que significa tortura, sofrimento, castigo (ENRIQUEZ, 1999). Ao longo do tempo, porém, o sentido atribuído ao trabalho sofreu várias transformações. Neste sentido, a Revolução Industrial, no século XVIII, alicerçou essa mudança.

Neste momento [...] começou-se a perceber que os homens não somente sofrem sua história, mas também podem produzir sua história. E para produzi-la, é preciso também produzir economia. O trabalho, que não era tido em alta consideração [...] de repente passou a ser valorizado, porque se transformou num símbolo de liberdade do homem, para transformar a natureza, transformar as coisas e a sociedade (ENRIQUEZ, 1999, p. 70).

É perceptível que, ao longo do tempo, o mundo transformou-se e, junto com ele, as alterações históricas e culturais permitiram ao homem galgar outros espaços, (re) significar o seu trabalho e conduzi-lo na direção de sua autonomia e construção de sua própria história. Salienta-se, no entanto, que o trabalho pode ter significados diferenciados para cada indivíduo e isso depende do contexto em que o mesmo encontra-se inserido e da maneira como cada qual se relaciona com o seu trabalho, já que mesmo ocupando funções semelhantes, a forma de apreender o trabalho é peculiar.

Ao resgatar a historicidade deste processo, a concepção trazida por Marx (2008) retrata o trabalho como o resultado de uma relação que o homem estabelece com a natureza e por intermédio de suas ações, o homem, consegue estimular, regular e controlar essa relação, transformando a natureza, ao mesmo tempo em que modifica a si próprio. Nessa dinâmica de transformações, o homem apresenta a capacidade de projetar na sua imaginação o resultado de um trabalho qualquer, antes do mesmo transformar-se em realidade. Essa habilidade para o

planejamento das ações a serem desenvolvidas e das decisões que estão implicadas nesse processo é o que, certamente, dá um sentido singular e diferenciado ao trabalho humano.

Pressupondo o trabalho sob a forma exclusivamente humana [...], [o homem] não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho (MARX, 2008, p. 211-212).

Verifica-se, portanto, que ao trabalhar, o homem aproxima o pensar do seu agir e transforma o seu trabalho, antes apenas idealizado, em um produto. Para que isso ocorra, entretanto, se faz necessário agregar ao seu pensamento, sua atividade corporal empregada por meio de sua força física.

A força de trabalho para Mendes-Gonçalves (1992) é composta por energias mecânicas e intelectuais e estas, por sua vez, controlam as energias mecânicas. O trabalho, portanto, é o resultado da atividade que coordena o processo intelectual-mecânico de energias em busca de uma finalidade específica.

Contudo, mesmo sendo o homem o condutor do processo de idealização-realização do trabalho, por meio do investimento de energias, Marx (2008), em sua produção sobre o trabalho fabril, destaca que o resultado do trabalho pertence ao capitalista, na medida em que ele remunera ao trabalhador o valor referente ao seu dia do seu trabalho. Assim, o capitalista tem direito e controle não somente sobre a matéria-prima, elementos mortos que compõem o produto, mas, sobretudo, sobre a utilização da mercadoria que foi adquirida, a qual é denominada de força de trabalho.

Além da questão a respeito do controle da força de trabalho pelo capitalista, que desprende o trabalhador do produto por ele criado, é importante afirmar ainda que o próprio modo de produção engendrado pelo capitalismo, aliado às novas tecnologias existentes, poderá potencializar a necessidade de aumentar a produtividade em nome do acúmulo de riqueza. Nesse sentido, passa-se a exigir cada vez mais resposta da força de trabalho para que esse acúmulo se torne rapidamente visualizado e sustente as relações mercantis.

Assim, o trabalho, baseado na vertente marxista, se constitui como o produto da intervenção do homem sob a natureza e produz transformações que são determinadas pelas necessidades humanas e, estas, fundamentadas pelas suas vontades e seus interesses. O trabalho não é entendido, apenas, como a operacionalização de uma atividade, mas,

sobretudo, como uma práxis<sup>6</sup> que revela a relação recíproca do homem com o mundo. Assim, o trabalho produz o homem e o homem produz o trabalho, evidenciando a realização do trabalho vivo, em busca da satisfação das suas necessidades.

Na perspectiva de relações, Mendes-Gonçalves (1992; 1994), baseado em Marx, aborda o processo de trabalho para além do desgaste mecânico de forças, uma vez que o mesmo é visto, historicamente, como uma forma clássica de socialidade, através do qual o homem se identifica e se projeta socialmente. Assim, o trabalho é entendido como uma atividade humana efetuada por um grupo de pessoas, sendo este, um meio de subsistência para a satisfação das mais diversas necessidades, materiais e não materiais, concedendo uma finalidade ao trabalho.

Uma relação de reciprocidade entre os processos de trabalho e as necessidades humanas é apresentada por Mendes-Gonçalves (1992). Na primeira proposição, os trabalhos são realizados a partir da internalização das necessidades humanas, e, na outra, as necessidades aparecem integradas por meio dos processos de trabalho que se externalizam. Tais possibilidades implicam que as necessidades e os processos de trabalho estão intensamente relacionados e, juntos, concebem o arcabouço da estrutura social, a qual o homem pertence.

O que se constata é que essa relação entre o trabalho humano e as necessidades dos indivíduos e da sociedade, retrata a singularidade deste trabalho, quando comparado a qualquer outro, uma vez que tais necessidades revelam algo que foi, anteriormente, idealizado e que foi materializado pelo poder do homem na execução de tais transformações. É mister afirmar que as carências humanas são vastas, além das necessidades relacionadas ao funcionamento do corpo biológico, o ser humano, enquanto ser social, precisa atender a outras necessidades para sobreviver.

Quando se trata das necessidades humanas, que fundamentam e justificam o trabalho, assegura-se que estas não são estáticas, mas dinâmicas, uma vez que ampliam-se e diversificam-se, a medida que são contempladas. Assim, além de exibir um caráter social, as necessidades também apresentam um cunho histórico, uma vez que devem estar presente para a manutenção da reprodução humana em determinado local e tempo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O trabalho se torna, assim, uma necessidade para a satisfação de outras necessidades que mudam, constantemente, de acordo com o meio e o momento em que se vive. Nessa mesma perspectiva, se dá o trabalho em saúde, que atende as mais várias carências dos

---

<sup>6</sup> **Práxis:** baseado em Marx, é entendido aqui como atividade humana teórico-prática, que nasce da relação entre o homem e a natureza (VÁZQUEZ, 2007).

indivíduos e das famílias, ao mesmo tempo em que essas carências determinam o *modus operandi* do trabalho e até a busca por novas tecnologias para operacionalizá-lo.

O retrospecto feito por Merhy (2007) sobre o processo de trabalho tipicamente fabril, delineado por Marx, traz uma abordagem diferente entre aquele e o processo de trabalho em saúde. No trabalho fabril, o usuário é externo ao processo e a relação do trabalho com o consumidor se dá por meio do produto que ele adquire e no momento que o consome, por isso denominado de 'relação objetual'. No trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor (trabalhador), seus instrumentos (conhecimentos, equipamentos, tecnologia de modo geral) e o agente consumidor (usuário), tornando, este último, objeto da ação do produtor e, ao mesmo tempo, agente desse processo, no momento que expõe suas intencionalidades e conhecimentos que são necessários à produção do trabalho em ato.

Assim, não se pode perceber o trabalho em saúde na mesma dimensão do trabalho fabril, uma vez que aquele não se realiza sobre máquinas, mas sobre indivíduos, que devem participar desse processo juntamente com os produtores do trabalho, estabelecendo laços entre si, que por sua vez determinam a eficácia do resultado. No trabalho em saúde, o paciente é o consumidor final, e seguindo a lógica marxiana, o Estado poderá ser o consumidor imediato do trabalho, quando compra a força de trabalho desses trabalhadores, que a vendem para o Sistema Único de Saúde.

O trabalho em saúde é diferenciado de outros tipos de trabalho por sua especificidade técnica, marcada pelas características de seus objetos, pela titulação e conhecimentos necessários a seus trabalhadores e pelas tecnologias imprescindíveis para a sua realização; por permitir a esses trabalhadores a aquisição de *status* e, ao mesmo tempo, ser desprovido de imposições ligadas ao estereótipo do mundo do trabalho, como a execução de atividades pesadas que exijam força e sofrimento físico; além disso, a reprodução de ações e representações atribuídas a próprias individualidades e socialidades dos usuários tendem a preservar a alienação da vida humana à realidade que o cerca (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para apreender o objeto de trabalho, o trabalhador da saúde executa suas atividades baseadas em saberes estruturados, amplamente conhecidos no âmbito da prática, e que expressam a sua materialidade, tanto nos instrumentos utilizados como nos discursos adotados. Tal questão se refere a quaisquer saberes utilizados pelos profissionais, permitindo, assim, compreender que esta apreensão não se identifica com um processo unicamente intelectual ou teórico, mas se desenvolve através de tecnologias conduzidas por saberes teóricos e práticos (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A tecnologia é referida por Mendes-Gonçalves (1994, p. 18) como “nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através dos instrumentos”. O mesmo autor refere que a tecnologia não se restringe à capacidade produtiva e aos instrumentos materiais do trabalho, reporta-se, então, ao conjunto de saberes e instrumentos que, através dos processos de produção de serviços, exprime a rede de relações sociais que seus agentes articulam em suas práticas. Adota, portanto, dois conceitos neste sentido: “tecnologias materiais” para máquinas e instrumentos, e “tecnologias não materiais”, para o conhecimento técnico.

Nessa mesma perspectiva, Merhy (2007) aponta a existência de três dimensões tecnológicas utilizadas no processo de trabalho em saúde. A tecnologia leve trata sobre aquelas presentes nas relações, como o acolhimento nos serviços, o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, a autonomia dos sujeitos e responsabilização nas decisões; a leve-dura corresponde aos conhecimentos estruturados necessários para a operacionalização do trabalho em saúde, a exemplo dos aspectos clínicos, epidemiológicos, fisiopatológicos, farmacológicos, dentre outros; e tecnologia dura, por sua vez, se refere aos materiais, instrumentos e equipamentos tecnológicos, além das normas e estruturas organizacionais, essenciais ao funcionamento dos serviços ou espaços em que se produz saúde.

Embora as diferentes tecnologias aqui referidas estejam presentes no trabalho em saúde, Merhy (2007) enfatiza que, por este apresentar dinamicidade e singularidades, não pode ser inteiramente estruturado. Assim, as tecnologias mais estratégicas são representadas pelas intervenções em ato, produzidos por meio do trabalho vivo, das relações, das subjetividades dos indivíduos inseridos neste processo, por conseguinte, esse processo não deve estar totalmente apreendido pelos fundamentos do trabalho morto, traduzidos pelos equipamentos e pelos saberes que constitui a ciência. A tecnologia leve se expressa como produto de relações, que se dá no ato do trabalho em si, entre os sujeitos que o institui (trabalhador e usuário), no momento que se expõe as necessidades de saúde e que negociam a assistência e atenção prestadas.

Diante da amplitude do trabalho em saúde, destaca-se que não se deve, portanto, fragmentá-lo entre aqueles que produzem e os que consomem, visto que, segundo Merhy (2007), o trabalho em saúde é constituído por uma rede de interrelações entre trabalhadores e consumidores e ocorre, portanto, no exato momento do encontro entre os mesmos.

Compreende-se que esse encontro entre trabalhadores e usuários revela o diferencial do trabalho em saúde quando comparado àqueles oriundos de trabalho morto, despidos da tecnologia relacional, haja vista as relações que se estabelecem e que através destas, são

relatadas ou percebidas as necessidades, além de publicizadas as intencionalidades dos atores envolvidos no processo. Assim, é salutar destacar que a criatividade dos trabalhadores de saúde é substancial para reinventar os processos de trabalho e, conseqüentemente, para o encontro de novos caminhos na busca pela satisfação das necessidades humanas e resolubilidade dos problemas físicos e emocionais que os circundam.

Desse modo, compreende-se o trabalho em saúde como uma atividade social, articulada numa perspectiva multidisciplinar, no qual opera um conjunto de tecnologias diferenciadas e complementares entre si, além de diferentes processos, para o alcance de sua finalidade principal, expressa pela produção do cuidado em saúde.

Esse trabalho é atravessado por dinamicidade e incertezas e, por isso, possui um caráter reflexivo, não podendo, portanto, normatizá-lo totalmente, como também, demarcar um modelo de produção econômica a ser seguido. Entretanto, apesar dessas particularidades, existem aspectos reais e atuais do trabalho em saúde que, assim como os demais trabalhos da sociedade contemporânea, tem sido coordenado pelos padrões do taylorismo<sup>7</sup> e fordismo<sup>8</sup>, o que tem gerado embaraços organizacionais e constantes atritos entre as autonomias dos diversos profissionais envolvidos (PEDUZZI, 2002).

A perpetuação do modelo de trabalho taylorista traduz a padronização das práticas e fragmentação dos saberes multiprofissionais envolvidos nos processos de trabalho em saúde. Desta forma, deduz-se que as relações entre profissionais de saúde e usuários podem ficar mecanizadas, baseadas em condutas direcionadas para as queixas proferidas e desvinculadas do contexto social e histórico que os indivíduos estão inseridos. Outro aspecto, ainda fundamentado no modelo taylorista, e importante para articular o trabalho em saúde com a atualidade, são as insatisfações entre os profissionais de saúde que sustentam uma relação hierarquizada, responsável pelos conflitos relacionados aos limites de suas autonomias, na produção do trabalho.

Além da modalidade taylorista se encontrar solidamente presente nos trabalhos, principalmente aqueles do setor terciário da economia, Dejours (1992) retrata as conseqüências dessa modalidade para a saúde corporal e mental dos trabalhadores, o que

---

<sup>7</sup> **Taylorismo:** teoria da Administração Científica, desenvolvida por Frederick Taylor, que se fundamentou no aumento da produtividade, propondo métodos e sistemas de racionalização, padronização, fragmentação e hierarquização do trabalho (CHIAVENATO, 1994).

<sup>8</sup> **Fordismo:** desenvolvida por Henry Ford, segue os princípios do taylorismo com uma estratégia mais abrangente de organização da produção, que envolve extensa mecanização e crescente divisão do trabalho (LARANJEIRA, 1999).

reforça a ausência de neutralidade da organização do trabalho para a saúde do trabalhador. Nesse sentido, o autor aponta que além das exigências de tempo e de ritmo de trabalho impostas em contradição com as condições de trabalho oferecidas, nos espaços de trabalho se acentuam a hierarquização, a divisão social do trabalho e, sobretudo as relações de poder.

As mudanças e exigências no mundo do trabalho contemporâneo englobam o trabalho em saúde que é, também, acompanhado de imposições crescentes para a produtividade e qualidade. Diante disso, existem momentos que os trabalhadores de saúde podem ser acometidos por eventos que lhes são peculiares, como acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, desgastes nas relações humanas no ambiente de trabalho, incluindo aí os próprios usuários dos serviços. Tais desfechos, por sua vez, podem contribuir para a insatisfação ou até sofrimento do trabalhador de saúde?

Diante desse questionamento e do entendimento sobre a elevada complexidade do trabalho em saúde sustentado pelas relações que aí se estabelecem e pelos vários elementos que o fundamentam, é preciso refletir sobre os aspectos positivos e negativos desse trabalho e suas implicações para a saúde dos trabalhadores de saúde.

Apesar da hegemonia médica no trabalho em saúde, mais especificamente nas atividades diagnósticas e terapêuticas, evidencia-se, ao longo do tempo, uma reestruturação no campo do conhecimento, tornando o mesmo mais complexo, uma vez que além das intervenções clínicas assistenciais, desenvolvidas no âmbito hospitalar, passa a existir uma nova vertente denominada de Saúde Coletiva que possui objetivos mais amplos. Isso foi determinante para a incorporação de outras profissões que deram à área de saúde um caráter mais abrangente (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Como parte deste trabalho, será aqui enfatizado aquele desenvolvido pela enfermagem e, sobretudo pelo enfermeiro, considerando seus elementos, os aspectos sociohistóricos, mas também, contemporâneos que envolvem a profissão e que estabelecem aos que nela estão inseridas, uma dimensão subjetiva, marcada por sentimentos de prazer e sofrimento.

### **2.1.1 Elementos do processo de trabalho do enfermeiro**

A definição marxiana sobre trabalho aborda como elementos componentes desse processo, a atividade ou trabalho em si, o objeto no qual se emprega o trabalho e os meios ou instrumentos necessários para a sua execução. Tais elementos se articulam, de forma conjunta, para a concretização do trabalho propriamente dito (MARX, 2008).

Outros autores têm decomposto o trabalho em saúde em outras dimensões, como Mendes-Gonçalves (1992), que dá ênfase ao agente, que em Marx estava apenas subentendido no capítulo V de *O Capital*. Gomes e outros (1997) consideram como elementos do processo de trabalho: a) agente, b) objeto, c) instrumentos, d) finalidades, e) métodos, f) produtos. Coelho (1996) usou no estudo do processo de trabalho de psiquiatras os seguintes elementos: a) agente, b) objeto, c) meios, d) trabalho em si, e) instituição e f) relações técnicas e sociais.

A decomposição do trabalho de uma categoria profissional específica, como o do enfermeiro, em processos e elementos diversos, proposto pela teoria da produção social, permitirá conhecer melhor como se realizam as ações de saúde que se constituem como trabalho no cotidiano do PSF. Desse modo, este estudo privilegiará os seguintes elementos teóricos: sujeito, objeto, meios, finalidade, atividades, espaço-tempo e produtos. Essa estrutura de desagregação dos elementos ora apresentada é produto das discussões e elaborações do grupo de pesquisa no qual a pesquisadora está inserida.

O **sujeito** do processo de trabalho aqui estudado é o enfermeiro, titular de um diploma de graduação em Enfermagem, conferido por uma Instituição de Ensino Superior (IES), profissional, este, regulamentado através da Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que desempenha suas atividades no Programa Saúde da Família.

A força de trabalho da enfermagem no território nacional é representada por 1.480.653 profissionais da área e, destes, 271.809 são enfermeiros, o que retrata um total de 18,36% de profissionais bacharéis. Do total de enfermeiros no Brasil, 57.486 (21,15%) estão situados na região nordeste. No estado da Bahia observa-se a presença de 18.542 enfermeiros, 74.184 técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, totalizando 92.726 profissionais da área (LUZ, 2010).

A Resolução 293/04 estabelece que a distribuição total dos profissionais de enfermagem deve atender a um percentual de até 37% de enfermeiros para assistência mínima<sup>9</sup> e intermediária<sup>10</sup>, de até 46% para assistência semi-intensiva<sup>11</sup> e de até 56% para

---

<sup>9</sup> **Assistência mínima:** pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem e fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (BRASIL, 2004).

<sup>10</sup> **Assistência intermediária:** pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (BRASIL, 2004).

<sup>11</sup> **Assistência semi-intensiva:** pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, mas sujeitos à instabilidade de funções vitais, com total dependência da assistência de Enfermagem e médica especializada (BRASIL, 2004).

assistência intensiva<sup>12</sup>. Já o quantitativo de enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e missões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização (BRASIL, 2004).

No Brasil, observa-se que existe um número reduzido de pessoas tituladas para o desenvolvimento de atividades do enfermeiro comparativamente ao quantitativo dos profissionais da área de enfermagem com ensino médio (LUZ, 2010) e, desta forma, não atende as prerrogativas estabelecidas na Resolução 293/04. O número reduzido de enfermeiros somado à contratação reduzida deste profissional nas instituições pode gerar uma sobrecarga de atividades, colaborando para a insatisfação no trabalho.

Por outro lado, visualiza-se, atualmente, a existência de 842 Instituições de Ensino Superior (IES), no Brasil, cadastradas no Ministério da Educação (MEC), que oferecem curso de bacharelado em enfermagem. Na Bahia, 55 instituições disponibilizam esse mesmo curso com grau de bacharelado (BRASIL, 2011a). Essa situação reflete que talvez não mais exista um número insuficiente de enfermeiros no Brasil e na Bahia, mas, possivelmente, os mesmos estejam aglomerados em grandes centros urbanos em detrimento de cidades menores e mais afastadas das capitais dos estados.

Enfermagem é uma profissão que data de longo tempo, desenvolvida, a princípio, como uma prática leiga, não sistematizada e desvinculada de conhecimentos científicos. Sua origem foi determinada nas comunidades primitivas, onde se expressava por meio do ato instintivo de cuidar, com o propósito de garantir a manutenção da sobrevivência. Foi institucionalizada na Inglaterra no século XIX, por Florence Nightingale, e, no Brasil, no início do século XX, e a partir desta institucionalização, houve uma organização e sistematização dos seus saberes, trazendo uma nova configuração para a profissão, que se denominou de enfermagem moderna (GEOVANINI, 2005).

A ideologia dominante na enfermagem brasileira, até a década de 1980, traduziu acriticamente as características da religiosidade e trabalho de caridade (PIRES, 1989). Nessa mesma perspectiva, Germano (1984) refere que a Associação Brasileira da Enfermagem (ABEn), primeira entidade organizativa da categoria, criada em 1926, com o nome de Associação Brasileira das Enfermeiras Diplomadas, reproduziu, até 1980, a ideia de uma enfermagem humilde, dependente, obediente e caridosa. As consequências disso foram,

---

<sup>12</sup> **Assistência intensiva:** pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, mas sujeitos à instabilidade de funções vitais, com total dependência da assistência de Enfermagem e médica especializada (BRASIL, 2004).

praticamente, sessenta anos de exercício profissional sem uma organização formal da profissão e da categoria, enquanto trabalhadores de saúde, acentuado pelo surgimento do Conselho Federal de Enfermagem e dos Sindicatos de Enfermeiros, apenas, na década de 1970.

Observa-se que o aspecto de submissão da Enfermagem data de longo tempo e sustenta, na atualidade, os desafios da profissão. A Enfermagem, historicamente, é conhecida pela caracterização feminina da profissão e sua relação de sujeição à categoria médica. O crescimento da complexidade técnico-científica da medicina e do requerimento da capacidade intelectual de seus executores fez com que conduzissem para a Enfermagem as tarefas manuais de saúde, restando-lhes o trabalho intelectual, fundamentado no estabelecimento de hipóteses, diagnóstico, prescrição e tratamento. A Enfermagem moderna, portanto, se edifica como uma profissão subordinada e complementar à medicina (GEOVANINI, 2005).

Esse processo de subordinação está vinculado ao modelo cartesiano, no qual o trabalho intelectual é segregado e mais valorizado que o trabalho manual, por sua vez, essência da Enfermagem, vista por isso como profissão dependente das demais. Assim, apesar do *status quo* mantido pela medicina, que a faz ocupar o mais alto grau no *ranking* das profissões da área de saúde, referente aos aspectos sociais, políticos e ideológicos, os demais profissionais da área, inclusive enfermeiros, têm questionado essa hierarquia e lutado por uma igualdade profissional (GEOVANINI, 2005).

Apesar de ser evidente que os fundamentos históricos da profissão Enfermagem a conduz naturalmente como dependente do saber e do pensar médico, reconhece-se que os próprios profissionais reforçam essa diferença de valores quando adotam nos seus processos de trabalho o exercício de funções administrativas e assistenciais, muitas vezes, desenvolvido de modo acrítico e mecanizado. Machado (2005) reforça quando aponta que o caráter predominantemente administrativo das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro tem superado àquelas de atendimento direto ao usuário dos serviços de saúde, contribuindo assim para a perda da criticidade em relação ao que se produz.

Assim, a própria enfermagem, influenciada pelos princípios da administração clássica, baseado nas teorias de Taylor e Fayol<sup>13</sup>, seguiu a dinâmica mecanicista de divisão técnica e social do trabalho e, conseqüentemente, atendeu ao modo dominante de produção capitalista. A operacionalização das técnicas se transformou em rotina e intensificou o rendimento do

---

<sup>13</sup> **Fayol:** desenvolveu a Teoria Clássica da Administração que focalizava a importância da estrutura formal e hierárquica na empresa, e reforçava que o administrador, através de suas funções (prever, organizar, comandar, coordenar e controlar), era responsável pelo desempenho dos seus trabalhadores e pelo crescimento da organização (CHIAVENATO, 1994).

trabalho, trazendo instrumentos para o poder do enfermeiro sobre o pessoal auxiliar. Portanto, a execução das técnicas e do cuidado propriamente dito, competia ao auxiliar, enquanto que o domínio do conhecimento para fundamentar as técnicas cabia ao enfermeiro. A dicotomia entre o saber e o fazer na profissão favoreceu ao sistema capitalista, ratificou o modelo cartesiano e se adequou ao caráter disciplinar das relações hierárquicas do trabalho (MACHADO, 2005).

Ressalta-se que, ao longo dos anos, houve um aprimoramento do conhecimento técnico-científico da Enfermagem que reforçou ainda mais divisão técnica e social do trabalho entre enfermeiros e os demais profissionais da enfermagem (técnicos e auxiliares). Geovanini (2005), inclusive, aponta que essa existência de categorias hierárquicas diferentes na Enfermagem e, por conseguinte, a divisão do trabalho dificulta o reconhecimento social dos enfermeiros, na medida em que, muitas vezes, a população não distingue os diferentes agentes da Enfermagem.

Sobre esse aspecto da divisão do trabalho na Enfermagem, Geovanini (2005) ressalta que os enfermeiros têm se apropriado das atividades de caráter administrativo e gerencial, assumindo, cada vez mais, uma posição de distanciamento do cuidado, finalidade principal da profissão e, conseqüentemente, de suas bases fundamentais. Por outro lado, vislumbra a área da Saúde Coletiva como campo potencial de atuação da Enfermagem no Brasil e os resultados do agir profissional têm feito os usuários e os próprios profissionais de saúde reconhecerem positivamente tal trabalho e isso pode trazer estímulo e um novo significado para a profissão. Assim, nesse contexto, as consultas de enfermagem realizadas pelo enfermeiro são direcionadas para a prevenção e autocuidado, consideradas como tecnologia de baixo custo, o que coloca a profissão para além de uma abordagem biologicista, numa perspectiva integral.

Com o fortalecimento da Saúde Coletiva, tem-se observado, nas últimas décadas, uma crescente mobilização da Enfermagem para a reorganização do setor saúde, dando suporte à área de atenção primária e trabalhando em equipes de planejamento, administração e na gestão de políticas de saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Assim, o deslocamento do foco assistencial, centrado no cuidado, para uma nova era da Enfermagem, direcionada para atividades administrativas e de promoção da saúde, pode ter influenciado os rumos atuais tomados pela profissão. A edificação do SUS sustentou a mudança do modelo assistencial e isso implicou uma série de transformações no processo de trabalho do enfermeiro que deslocou o centro de suas ações, antes desenvolvidas no âmbito hospitalar, centradas no indivíduo e na assistência para ações de promoção, prevenção e de cunho coletivo, desenvolvidas nas unidades de saúde de atenção primária.

Há de se questionar se estas transformações sofridas pela Enfermagem, em seu percurso histórico – reforçada pela política nacional de saúde que exige cada vez mais trabalhadores comprometidos com competência técnica e política – vêm atuando na perspectiva de reafirmar a presença de um sujeito submisso ou de contribuir para a formação de um sujeito livre e emancipado.

Não deixando de reconhecer o empoderamento dos enfermeiros com os novos rumos da profissão, mas entendendo que a lógica do novo modelo assistencial, conforme afirma Campos (2008), está centrada em princípios específicos e em um modelo organizacional enfocado na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe, pode-se refletir que a prática do enfermeiro é parte de um processo coletivo de trabalho e suas ações se incorporam às práticas dos outros trabalhadores, que juntos respondem pelos produtos dos serviços de saúde. Diante disso, faz-se acreditar que é possível pensar na emancipação de enfermeiros enquanto sujeitos que produzem saúde, mas, ao mesmo tempo, isso não pode invalidar a integração dos saberes coletivos, de natureza interdisciplinar, necessários para os resultados positivos da saúde.

O PSF, criado em 1994, com o propósito de reorganizar os processos produtivos da saúde em seu primeiro nível de atenção, certamente, fortaleceu a inserção do enfermeiro na Atenção Básica, por ser um profissional que compõe a equipe multiprofissional mínima imprescindível para a sua implantação. Isso é ratificado por Vieira, Amâncio Filho e Oliveira (2004) quando apontam que a municipalização da saúde contribuiu fortemente para que os profissionais de enfermagem, inclusive os enfermeiros, encontrassem os grandes empregadores da sua força de trabalho, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa Saúde da Família.

Na Saúde da Família, além das ações de prevenção e promoção, o enfermeiro assume ações assistenciais e gerenciais (BRASIL, 2011b), que o coloca como administrador de processos de trabalho de outros profissionais, a exemplo dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Coordenar e supervisionar a atividade de outros, pode dar ao enfermeiro poder para decidir, planejar e avaliar esses trabalhos. Então, é salutar indagar sobre o possível desencadeamento de conflitos, dentro da equipe, causados pela autoridade do enfermeiro sobre técnicos de enfermagem e ACS, uma vez que o mesmo torna-se responsável direto pelo trabalho desses profissionais.

As relações de poder são reproduzidas nas divisões de classe, bem como na divisão técnica e social do trabalho. O fato dos enfermeiros e demais profissionais de nível superior se afastarem, comumente, da condição de trabalhadores e se colocarem como detentores dos meios de produção do trabalho pode vir a ser um obstáculo para as relações estabelecidas com

os trabalhadores de nível médio. Desse modo, a existência de posições distintas na relação entre os diferentes trabalhadores da equipe deve interferir na realização das supervisões e gerência e se configurarem como geradoras de discórdias no trabalho (MATUMOTO et al., 2005).

É fato que o trabalho do enfermeiro foi reestruturado com o modelo de atenção embasado na Saúde da Família. Isso trouxe novos horizontes, possibilidades e aumentou sua autonomia. Contudo, implicou em outras responsabilidades e em novos desafios. Essa situação induz ao questionamento sobre a satisfação do enfermeiro, profissional carregado de uma história própria, em relação ao seu processo de trabalho no PSF. Nesta perspectiva, David e outros (2009) abordam que além das relações conflituosas no trabalho do enfermeiro, é importante refletir sobre as mudanças nos processos de trabalho em saúde, em seus aspectos teóricos e metodológicos, e a inexistência de uma relação de proporcionalidade nas condições oferecidas que viabilize a produção das ações de saúde nas unidades e serviços. No que se refere ao sujeito enfermeiro, além dos riscos ocupacionais aos quais está exposto, as questões atribuídas à organização de seus processos de trabalho devem ser consideradas quando se avalia a satisfação no trabalho e a saúde desse sujeito.

Outro aspecto que influencia negativamente a satisfação do enfermeiro passa pela possível sobreposição do trabalho e vida social, uma vez que o PSF se trata de um mercado instável em constante mobilidade das vagas de trabalho, o que determina um intenso fluxo migratório dessas profissionais entre diversas cidades (DAVID et al., 2009). Esse sujeito para trabalhar no PSF precisa acompanhar a flutuação deste mercado de trabalho e se submeter às possíveis migrações temporárias, deixando em segundo plano os aspectos relacionados aos espaços de sua vida social.

O **objeto** de trabalho abrange o produto resultante da transformação realizada por meio do trabalho. Desta forma, objeto e produto evidenciam compatibilidades, na medida em que as potencialidades do objeto devem ser reveladas no produto e as qualidades do produto necessitam ser evidenciadas no objeto. Ressalta-se, contudo, que o objeto pode conter mais qualidades do que o produto, propriamente dito, por isso, se faz necessário, selecionar dentre as qualidades, aquelas mais importantes para a materialização do produto. Acrescenta-se, ainda, que qualquer aspecto da natureza somente se constitui objeto de trabalho se o sujeito delimitá-lo, em busca da execução de um trabalho, para atender às suas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O homem é, historicamente, concebido como o objeto de trabalho em saúde e, por muitos anos, na concepção de saúde e doença, foi percebido como um ser individual e

dissociado dos aspectos sociais. No entanto, a diversidade de saberes que foram surgindo ao longo do tempo, permitiu que esse objeto fosse ampliado e visualizado para além das questões biológicas. Assim, o homem passa a ser vislumbrado enquanto indivíduo e como um ser coletivo em que os aspectos biológicos precisam ser considerados, mas em comunhão com o ambiente social em que está inserido, considerando a sua subjetividade mediada por afetos, desejos e repulsas que faz desse homem um sujeito (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O trabalho em saúde, para Sanna (2007), é composto por uma série de elementos que o faz ser identificado como processo, mas também esse tipo de trabalho é constituído por diversificados processos que podem ser executados por sujeitos diferentes. Ao fazer uma relação desses aspectos com o trabalho do enfermeiro, percebe-se neste, também, a existência de mais de um processo de trabalho, a exemplo da assistência, da administração, do ensino, da pesquisa e da participação política que podem, ou não, serem desenvolvidos simultaneamente.

Na perspectiva de diferentes processos, é importante visualizarmos que nem sempre o objeto do trabalho da Enfermagem será o usuário, pois certas finalidades deste trabalho têm como objeto a própria organização do trabalho e a sua gerência e, ao mesmo tempo, o objeto pode perpassar por outras dimensões, como a gestão de serviços de saúde, o ensino, a pesquisa. Contudo, nenhum dos objetos aqui mencionados se afasta do propósito de produzir saúde, mesmo que a lógica de acúmulo do sistema capitalista, muitas vezes, se sobreponha à luta por uma saúde de qualidade.

O trabalho em Enfermagem assume, assim, diferentes processos, que na visão de Sanna (2007), são configurados por meio das ações do assistir, do administrar, do ensinar, do pesquisar e do participar politicamente.

O processo do *Assistir* tem como objeto os indivíduos, famílias, grupos, comunidades e coletividades. Para muitos, o objeto de trabalho se restringe ao corpo biológico desses indivíduos, contudo, a Enfermagem possui elementos de uma ciência holística que deve se materializar a partir do reconhecimento de que o ser humano necessita não somente de cuidados de natureza biológica, mas também de ordem psicológica, social e espiritual (SANNA, 2007). Esse aspecto confirma que essa assistência deve ser prestada aos indivíduos e às famílias, de modo integral, atentando para as suas diversas necessidades.

O *Administrar* ou gerenciar em Enfermagem apresenta os sujeitos que executam o cuidado, bem como os recursos empregados na assistência como objetos desse processo. O enfermeiro, dentre os outros profissionais da área da Enfermagem, é aquele que foi preparado, durante a sua formação acadêmica, com os conhecimentos necessários para essa atividade, que envolve as práticas de planejamento, coordenação e supervisão, além do subsídio para a

tomada de decisão no trabalho, de modo geral (ALMEIDA; ROCHA, 1997; SANNA, 2007). Nessa circunstância, o enfermeiro, por meio das atividades administrativas, pode prover as condições mais devidas para a efetivação do cuidado com os melhores resultados e ao menor custo possível (SANNA, 2007).

A coordenação da assistência realizada pela Enfermagem segundo Hausmann (2006), é condição *sine qua non* para a realização de um cuidado efetivo e eficaz. E, assim, apesar de reconhecida a relevância da administração na Enfermagem, na medida em que ela providencia ambientes com recursos humanos e materiais propícios para a assistência, Geovanini (2005) aponta que o distanciamento entre o saber e o fazer é causado por uma dedicação dos enfermeiros, predominantemente às atividades administrativas, dificultando a realização de uma análise crítica sobre a assistência executada.

A fragmentação entre as ações assistenciais e gerenciais, além de comprometer a qualidade, produz conflitos no trabalho do enfermeiro com a sua própria prática, com a equipe de Enfermagem e com os demais integrantes da equipe de saúde. Assim, ao reconhecer que o cuidado é o núcleo essencial do trabalho da Enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais devem acontecer de modo complementar e interdependente às ações assistenciais para que, na produção do cuidado, o saber e o fazer estejam articulados (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Entretanto, salienta-se que dentro da Enfermagem, atualmente, existem atividades administrativas que podem não estar vinculadas, diretamente, à produção do cuidado, a exemplo daquelas realizadas na gestão da saúde nos diversos âmbitos do sistema e, nesses casos, haverá, sim, um maior distanciamento entre ações administrativas e assistenciais que, por sua vez, serão desenvolvidas por profissionais lotados nos serviços de saúde.

Por sua vez, o *Ensinar* em Enfermagem tem como sujeitos, os alunos e professores, visto que para se concretizar o processo ensino-aprendizagem é importante considerar os dois agentes mencionados como necessários e dependentes um do outro. O objeto do ensino, então, são indivíduos que pretendem se tornar profissionais de Enfermagem ou profissionais que, na condição de estudante, buscam o desenvolvimento e/ou atualização profissional. Para efetuar o processo de ensino, alunos e professores trocam conhecimentos, empregam métodos e utilizam recursos, que funcionam como meios para formar e aperfeiçoar profissionais da área. O *Pesquisar*, assim como o processo do administrar, é uma atividade restrita ao enfermeiro, uma vez que este dispõe de conhecimentos científicos e saberes sobre os métodos utilizados na pesquisa científica, além disso, é capaz de refletir e criticar suas atividades e da sua equipe em todos os processos de trabalho em que participam. O saber construído pela

Enfermagem compreende o objeto da pesquisa sobre o qual opera, com o propósito de descobrir formas mais eficazes de assistir, administrar, ensinar e pesquisar (SANNA, 2007).

Além desses processos aqui apresentados, Sanna (2007) ainda descreve outro processo de trabalho da Enfermagem pouco discutido na literatura: o *Participar Politicamente*. Esse processo interpenetra a assistência, a administração, o ensino, a pesquisa e, em geral, acontece naturalmente, uma vez que qualquer julgamento moral e as atitudes consequentes ao mesmo é uma forma de participação política, necessário para a vida em sociedade. Assim, aponta, dentre outros, o diálogo, a argumentação e a manifestação pública como instrumentos a serem utilizados pelos sujeitos da Enfermagem que, por sua vez, devem articular aspectos teóricos e práticos, para galgar melhores resultados na luta por poder político, reconhecimento social e condições de trabalho mais favoráveis.

É de suma importância a participação política de enfermeiros nos postos de trabalho e em espaços sociais representativos da profissão para que transformações possam ser operadas de modo a trazer conquistas para a profissão relativas às condições de trabalho, tornando-os sujeitos proativos na busca de melhorias profissional. Talvez, seja esse um dos aspectos do trabalho da Enfermagem que precisa ser mais discutido pelas instituições de ensino e pelos órgãos representativos da profissão, com vistas a sensibilizar os enfermeiros para que sejam sujeitos mais politizados.

Apesar de vários processos descritos é importante refletir, entretanto, sobre a essência principal do trabalho da Enfermagem. Para Oguisso e Schmidt (2010), a essência da profissão está centrada no cuidado fundamentado em princípios científicos, de modo a atender às necessidades básicas de saúde do usuário, desenvolvendo ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Portanto, para a Enfermagem, este núcleo característico deve ser preservado de forma a evitar sua descaracterização e manter suas singularidades.

Mais particularmente, no trabalho do PSF, o cuidado é direcionado para os indivíduos que compõem as famílias cadastradas de uma comunidade adscrita. A portaria nº. 2.488/2011 (BRASIL, 2011b) estabelece que a ESF deve atuar em territórios delimitados, através de cadastramento familiar, realizar diagnóstico situacional, planejar e desenvolver ações direcionadas aos problemas de saúde em parceria com a comunidade, considerando os aspectos sócio-econômico-culturais, demográficos e epidemiológicos do território. Além disso, deve prestar o cuidado dos indivíduos e das famílias, sustentando uma postura proativa frente aos problemas identificados.

Quando o objeto de trabalho do enfermeiro são “pessoas” é necessário salientar que essas pessoas podem ter prazer, sofrer, criar vínculos afetivos positivos e negativos e

desenvolverem expectativas em torno do serviço de saúde, da assistência que irão receber e dos encaminhamentos que serão dados aos seus problemas. Por outro lado, deve-se questionar se essas expectativas ao serem ou não atendidas, podem interferir no processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e gerar nele prazer ou sofrimento. O objeto pode, também, referir-se a “coisas”, a gestão de estruturas, espaços, recursos. Nesses casos, deve-se refletir sobre a relação do enfermeiro com essas “coisas”, se a posse das “coisas” pode interferir no seu processo de trabalho ou se, ainda, o apego ou o desapego pode engendrar no enfermeiro prazer ou sofrimento.

Pode-se assim, relatar que o enfermeiro executa, no PSF, diferentes processos de trabalho e apresenta, portanto, diferentes objetos, isso o torna um profissional com intensas responsabilidades e atribuições e, diante disso, propenso a momentos de prazer e de sofrimento.

O **meio** de trabalho compreende os instrumentos que o trabalhador utiliza para conduzir as atividades a serem desenvolvidas sobre o objeto de trabalho. Assim, o trabalhador utiliza as mais diversas propriedades desses instrumentos, sejam elas mecânicas, químicas ou físicas, para atuarem como forças sobre outros instrumentos, conforme a finalidade de cada trabalho (MARX, 2008).

Nesse processo, o homem pode utilizar instrumentos da natureza para ajudá-lo na execução do trabalho em si. É importante ratificar, no entanto, que a exigência dos meios de trabalho está associada ao desenvolvimento de cada processo de trabalho, ou seja, quanto mais aperfeiçoado for o trabalho, mas este vai demandar instrumentos mais elaborados. Os meios utilizados indicam as condições sociais e o grau de desenvolvimento da força humana que produz o trabalho (MARX, 2008).

No trabalho em saúde, os meios de trabalho não são naturais, eles são organizados social e historicamente pelo sujeito, para ampliar a sua possibilidade de intervenção sobre o objeto, transformar a realidade e, conseqüentemente, satisfazer às suas necessidades. Para se conformarem enquanto instrumentos, eles devem apresentar a capacidade de transformar os objetos de trabalho em produtos (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ao perceber que os instrumentos intermediam a ação de transformar o objeto em produto, evidencia-se que quando os meios se tornam indisponíveis, o trabalho fica completo ou parcialmente incapaz de ser efetuado (MARX, 2008). Isso ratifica a importância dos instrumentos para o trabalho, inclusive para aquele que é desenvolvido no setor saúde que, por sua vez, deve dispor de instrumentos de ordem material e intelectual.

Os instrumentos, inclusive, podem determinar quais sujeitos poderão utilizá-los. Na saúde, a assistência ao paciente pode ser desenvolvida por diversas profissionais, não necessariamente enfermeiros, com o mesmo propósito de promoção e recuperação da saúde. Contudo, nesse caso não se pode denominá-la como assistência de Enfermagem porque, para isso, é preciso conhecer e dominar seus instrumentos e métodos, que se tratam dos conhecimentos e habilidades que produzem o assistir, somados aos materiais, equipamentos, e todas as outras condições necessárias para o cuidado se efetivar. E isso, apenas, os profissionais de Enfermagem, em graus de complexidade diferentes, estão aptos para fazer (SANNA, 2007).

Na Saúde da Família, os profissionais utilizam, para desenvolver seus trabalhos, o conhecimento, como tecnologias de elevada complexidade e os equipamentos, como tecnologias de baixa densidade (CAMPOS, 2008). No entanto, mesmo utilizando poucos equipamentos, os enfermeiros e demais profissionais da equipe, precisam de alguns meios, além de suas habilidades e conhecimentos científicos, para garantir a realização do seu trabalho: prontuário, estetoscópio, tensiômetro, maca, seringa e outros. E isso faz entender que a ausência desses meios no ambiente de trabalho, pode influenciar diretamente o desenvolvimento e a finalidade do processo de trabalho do enfermeiro.

A **finalidade** do trabalho é, primordialmente, o aprimoramento e o atendimento das necessidades humanas. Mendes-Gonçalves (1992) refere que a satisfação de uma necessidade está contida, potencialmente, no resultado de um processo de trabalho que transforma um objeto de trabalho em um produto. Esse produto será a resposta à necessidade que gerou o processo de trabalho. A necessidade será ampliada ou diversificada, implicando um outro processo de trabalho. Assim sendo, existe a formação de um ciclo entre a necessidade e o processo de trabalho estabelecido para que esta seja contemplada.

No trabalho em saúde, a finalidade pode ser a mesma para os diferentes profissionais de saúde, principalmente quando se trata de ações assistenciais com vistas à promoção, manutenção e recuperação da saúde (SANNA, 2007).

A finalidade social que mais se reconhece no trabalho da enfermagem é o cuidado (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Cuidado de outro indivíduo que apresenta algumas especificidades a depender dos outros elementos relacionados. Com a mudança dos processos de trabalho e a inserção do enfermeiro no PSF, outras finalidades também foram incorporadas à profissão. Assim, além de promover, manter e recuperar a saúde de indivíduos, famílias e comunidades, o enfermeiro, enquanto supervisor de trabalho de ACS e equipe de enfermagem, deverá coordenar o processo de trabalho, executar treinamentos de educação

permanente em saúde e estar constantemente envolvido em ações de planejamento, execução e avaliação. Além destas, o trabalho do enfermeiro, enquanto gerente da unidade implica outra finalidade que é fornecer informações aos diversos níveis de gestão do sistema.

Percebe-se que o processo de trabalho do enfermeiro remete a várias finalidades. Dentre estas, existem finalidades mais gerais que atendem aos ideais do SUS, enquanto política de Estado, e outras finalidades mais específicas, mais particulares do objeto. Há de se indagar como o enfermeiro responde a várias finalidades, se existe harmonia ou concorrência entre as mesmas.

A **atividade** no processo de trabalho opera uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de um ou mais instrumentos de trabalho, subordinada a determinado fim. A atividade é o próprio trabalho que se apodera das coisas e, de acordo com a sua finalidade, as transforma em valores de uso reais e efetivos (MARX, 2008).

As atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, bem como atividades técnicas de maior complexidade, que exigem conhecimentos de bases científicas e capacidade de tomar decisões imediatas, passaram a ser privativo do enfermeiro, enquanto que as atividades de menor complexidade técnica seriam delegadas ao pessoal técnico e/ou auxiliar (BRASIL, 1986). A diversidade de categorias profissionais na enfermagem e de atividades ratifica a divisão técnica existente na profissão.

O trabalho do enfermeiro no PSF prevê várias atividades e, conforme prescrito através da Portaria nº. 2.488, é determinado ao mesmo (BRASIL, 2011b, p. 13):

- I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando, indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários [escolas, associações], em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV- Planejar, gerenciar e avaliar ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde [UBS].

Existem, entretanto, outras atividades que são comuns a todos os profissionais do PSF, que podem ser desenvolvidas com parte ou totalidade da equipe. Algumas atividades são designadas para atender à demanda dos usuários, como a execução do cuidado, o atendimento

integral, a busca ativa de faltosos, a escuta qualificada, a vinculação, a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e a efetivação do controle social a nível local. Outras atividades não envolvem diretamente os usuários, na medida em que se referem à territorialização, ao planejamento, à avaliação das ações, à identificação de parceiros e recursos na comunidade, garantia da qualidade dos registros nos Sistemas de Informações da Atenção Básica e a participação das atividades de Educação Permanente (BRASIL, 2011b).

O enfermeiro que atua no PSF desenvolve os diferentes processos de trabalho propostos por Sanna (2007), no momento em que executa o cuidado individual e familiar ampliado, por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias; que gerencia os insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade; que planeja, coordena, supervisiona e avalia atividades desenvolvidas por ACS e equipe de enfermagem; que realiza atividades de educação permanente em saúde para profissionais de nível médio da unidade, entre outras (BRASIL, 2011b).

Assim, existem atividades que o enfermeiro realiza com o indivíduo (consultas, orientações e procedimentos), com a família e as comunidades (visitas domiciliárias, ações educativas de prevenção e promoção à saúde) e outras que são realizadas no espaço da Unidade de Saúde da Família (USF), como as atividades gerenciais. No entanto, percebe-se que, na prática, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF ultrapassam as ações prescritivas, na medida em que, muitas vezes, se depara com situações diferenciadas e problemas de difícil resolução, seja em função da realidade social caótica no território onde atua, seja pelo precário estado institucional e relações interpessoais fragilizadas entre os pares que dificultam o desenvolvimento de suas atividades normativas, e isso demarca que as atividades do enfermeiro no programa ultrapassam o previsto pela legislação.

O **espaço** privilegiado neste estudo é o território de abrangência da USF. O Ministério da Saúde define que para fundamentar a existência de uma ESF deve existir um espaço no qual funcione uma unidade de saúde dentro da área adscrita para o atendimento da equipe que possua, minimamente, consultório médico e de enfermagem, recepção com local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacina, sanitários, equipamentos, materiais e insumos adequados às ações programadas, manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos de forma a garantir a resolutividade da AB à saúde (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se, no entanto, que além das atividades desenvolvidas no espaço da USF, o enfermeiro e demais integrantes da equipe, quando necessário, desenvolvem atividades no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários do território de abrangência do PSF.

O espaço de atuação da equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho (**tempo**) de 40 horas semanais para os seus integrantes, inclusive o enfermeiro, excetuando-se o médico, cuja carga horária pode ter particularidades (BRASIL, 2011b).

É importante, diante das especificidades referentes ao PSF e mais precisamente o processo de trabalho do enfermeiro, analisar se esta consegue dar conta, de modo eficiente, de suas atividades no tempo previsto para a sua realização e como se dá essa divisão de tempo para a realização de suas atividades. Suscita pensar se o tempo destinado ao trabalho interfere nas atividades de lazer do enfermeiro e, ainda, se ele dispõe de “tempo para si” ou, apenas, de “tempo para os outros”.

Ainda em relação ao espaço, Bourdieu (2000) aborda que esse constitui um campo social, onde os agentes são caracterizados pelas posições que aí ocupam, levando em consideração o volume global do capital que possuem e em suas diferentes espécies – capital social, cultural e simbólico (prestígio, reputação, fama) – para assim definir o estado das relações de força.

A teoria do espaço social para Bourdieu (2000), implica rupturas com a tendência em privilegiar as substâncias em detrimento das relações, a partir da redução do campo social unicamente ao campo econômico e da desconsideração das lutas simbólicas desenvolvidas nos diversos campos representados pela hierarquia nos campos e entre os campos.

A significação do espaço é dada pela totalidade dos recursos e muda conforme o movimento histórico. Assim, a cada momento, os recursos são distribuídos de maneiras distintas e localmente combinados, isso determina as diferenças encontradas e confere a cada lugar sua singularidade (SANTOS, 2008).

## 2.2 TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO

Nesta pesquisa foram utilizados os referenciais representantes da Psicopatologia e Psicanálise para analisar o prazer e o sofrimento e suas relações com o trabalho.

O trabalho ocupa lugar central na vida do indivíduo, uma vez que possibilita arrecadação de meios para a sua sobrevivência, construção de relações com a sociedade, integração social, constituição da identidade e a realização de si. Essas questões dão ao trabalho um significado positivo, contribui para a estabilização do indivíduo e para a saúde. Por outro lado, o trabalho pode se constituir palco para as relações de poder, de sujeição, de

constrangimento, de autoridade, exercendo um impacto no funcionamento psíquico e isso conduz o sujeito ao sofrimento, para a descompensação e para a doença (DEJOURS, 2011a).

O núcleo da relação entre saúde e trabalho é intermediado pela vivência do trabalhador e pelo funcionamento do seu aparelho psíquico, o qual está incumbido de representar, atender às pretensões do sujeito e ser capaz de produzir satisfações concretas e simbólicas, concomitantemente. A satisfação concreta refere-se ao bem estar físico, biológico e nervoso, traduzido pelo atendimento às necessidades e saúde do corpo. A satisfação simbólica, por sua vez, faz referência à vivência qualitativa do trabalho, o significado atribuído ao mesmo e sua relação com os desejos, aspirações e motivações (DEJOURS, 1992).

Assim, a repercussão das vivências de prazer e sofrimento no trabalho poderá vincular-se à satisfação das mais amplas necessidades que, por sua vez, são influenciadas pela história de vida de cada trabalhador e pelo contexto o qual está inserido.

O trabalho determina, assim, valores concretos e simbólicos necessários para a vida humana e mesmo diante de dificuldades e adversidades que podem dele provir, Dejours (2003) assinala que o trabalhador ao se dedicar ao trabalho investe energia e disposição para enfrentar os embaraços da organização. Essa energia é potencializada quando o indivíduo é reconhecido pelo que realiza no seu trabalho, e isso o torna capaz de ressignificar o esforço, a angústia, as dúvidas, as decepções e os medos. A partir do reconhecimento, o trabalhador pode perceber que além de contribuir para a organização com o seu saber-fazer, ele também pode se transformar enquanto sujeito e passar a experimentar sentimentos de alívio, conforto e prazer.

Observa-se, portanto, o poder que tem o reconhecimento de um trabalho realizado para o trabalhador, uma vez que tal reconhecimento é capaz de transformar o sofrimento em um engajamento subjetivo que leva o trabalhador a potencializar a execução de suas atividades e a sentir-se útil, conduzindo-o ao prazer e a satisfação.

O prazer e sofrimento são vivências subjetivas que, segundo Dejours e Jayet (2009), remetem ao sujeito singular, portador de uma história, e são sentidas por qualquer indivíduo, em qualquer tipo de trabalho, mas podem ser apreendidos de diferentes formas entre os sujeitos envolvidos no processo.

Nesse sentido, entende-se que o prazer e o sofrimento representam uma dualidade que coexistem no ambiente de trabalho, podendo haver predomínio de um sobre o outro. Cada trabalhador possui uma percepção individualizada sobre tais vivências, portanto, o que é sofrimento para um pode não ser para o outro, o que ratifica a forte subjetividade dos sentimentos aqui apresentados.

A subjetividade presente na relação homem-trabalho apresenta muitas implicações concretas e reais, tanto para o indivíduo quanto para a organização. Ainda que os efeitos desta relação sejam descontínuos, eles podem ser visualizados na forma de absenteísmo, greves e presenteísmo<sup>14</sup> (DEJOURS, 2009). É importante questionar, então, sobre o que leva um trabalhador a faltar constantemente o trabalho e o que motiva um trabalhador doente continuar engajado em sua tarefa. Como explicar comportamentos tão distintos?

O trabalhador ao ingressar no seu *locus* de trabalho, segundo Dejours (2009) não rompe com a sua história pregressa, uma vez que possui uma história pessoal que se consolida pela qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas e isso confere a cada indivíduo características singulares, que determinam suas atitudes e comportamentos.

Percebe-se, então, que o “sofrer” e/ou o “ter prazer” no trabalho poderão vincular-se de certo modo à história do indivíduo e às suas vivências. Sendo assim, o prazer e o sofrimento são influenciados e ao mesmo tempo influenciam as pretensões, as necessidades e os estímulos de cada trabalhador.

Para se sentir encorajado no trabalho, portanto, é imprescindível que o indivíduo se identifique com o tipo de trabalho que executa e, sobretudo, estabeleça uma relação de prazer com o trabalho. Não havendo este estímulo positivo, contraditoriamente, o trabalho poderá se tornar uma fonte de insatisfação, tensão, sofrimento e até adoecimento.

### 2.2.1 O princípio do Prazer e sua relação com o trabalho

O ser humano, para Freud (1930), esforça-se para ser feliz e assim permanecer. Para tanto, vivencia dois aspectos: por um lado, propõe-se a viver com ausência de sofrimento e de desprazer, por outro lado, visa à experimentação de intensos sentimentos de prazer, objetivo ao qual a felicidade está relacionada.

O princípio do prazer determina que as aspirações e desejos idealizados de forma prolongada e contínua produzem um sentimento de contentamento muito delicado. Nesse caso, a felicidade, em seu sentido mais restrito, provém da satisfação de necessidades reprimidas, de modo episódico e secundário. O prazer intenso só é possível de ser desfrutado, mediante a vivência de situações contrastantes, ou seja, para viver o prazer se faz necessário, antes, experimentar o sofrimento (FREUD, 1930).

---

<sup>14</sup> **Presenteísmo:** “engajamento excessivo a uma tarefa por certos trabalhadores.” (DEJOURS, 2009, p. 23).

No livro *Além do Princípio do Prazer* de Freud (1920), ele discute o prazer e o desprazer, e que apesar de se tratarem de sentimentos que operam significativamente sobre os homens, não existem teorias filosóficas ou psicológicas que deem conta de explicar sobre os seus significados. Desse modo, passou a relacioná-los à quantidade de excitação presente na mente, de modo que o desprazer é associado a um aumento e o prazer vincula-se a uma redução de excitação.

Entretanto,

o que isso implica não é a simples relação entre a intensidade dos sentimentos de prazer e desprazer e as modificações correspondentes na quantidade de excitação; tampouco [...] sugerimos a existência de qualquer razão proporcional direta: o fator que determina o sentimento e provavelmente a quantidade de aumento ou diminuição na quantidade de excitação num determinado período de tempo (FREUD, 1920, p. 18).

Nesse sentido, Dejours (2009) corrobora o pensamento freudiano quando infere que essas excitações acumuladas dão origem a tensão psíquica. Na tentativa de neutralizar tais excitações, o organismo dispõe de algumas vias de descarga, como a psíquica, motora e visceral. Cada trabalhador, de acordo com a sua história, dispõe de uma via de descarga preferencial, em função da estrutura de sua personalidade.

Observa-se, então, que a liberação da carga psíquica acumulada em função do trabalho pode decorrer de diferentes formas e esse processo vincula-se aos aspectos intrínsecos de cada indivíduo.

Segundo Freud (1920, p. 19), o princípio do prazer na vida mental está fundamentado “na hipótese de que o aparelho mental se esforça para manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, ou pelo menos, por mantê-la constante. [...] o princípio do prazer decorre do princípio da constância”. Desse modo, qualquer aumento de excitação é desfavorável ao funcionamento normal do aparelho psíquico.

Decerto, quando o trabalho ele se opõe à livre atividade do aparelho psíquico torna-se prejudicial para o homem. O bem-estar provém não somente da ausência de funcionamento de carga psíquica, mas, contraditoriamente, de um funcionamento livre, vinculado ao conteúdo da tarefa e fortalecido por ela. Desse modo, o prazer do trabalhador é o resultado da descarga da energia psíquica produzida pela atividade realizada e, nesses casos, pode-se afirmar ser o trabalho, um estruturante psíquico (DEJOURS, 2009).

Nessa perspectiva, Dejours (2009) afirma a existência de uma carga psíquica negativa do trabalho – descarga psíquica – que atua a favor da homeostasia. Assim, quando o indivíduo

pode escolher, organizar, ser criativo, mobilizar-se subjetivamente, o seu trabalho se torna uma forma de relaxamento, de modo a sentir-se, ao término das atividades, mais satisfeito do que antes de começá-la, denominando esse tipo de trabalho como “equilibrante”.

Diante desta assertiva, pode-se, então, deduzir que o prazer no trabalho está fortemente ligado com a satisfação. Um indivíduo satisfeito com a profissão, com a sua ocupação, com o seu processo de trabalho, descarrega sua energia psíquica e experimenta mais frequentemente a sensação de prazer. Esse equilíbrio produzido pelo trabalho é fundamental para manter o engajamento e, evidentemente, a saúde do trabalhador.

Embora, haja uma intensa disposição do princípio do prazer, para Freud (1920) existem certas circunstâncias que contrariam o seu funcionamento e, portanto, não se pode enfatizar que o mesmo exerça dominância sobre o aparelho mental, visto que, se tal domínio existisse, o homem experimentaria constantemente o prazer, e a experiência geral contraria conclusões dessa natureza.

Ao fazer uma analogia com a era do capitalismo e as intensas cobranças para busca de produtividade, percebe-se que o trabalhador vive constantes momentos de tensão para conseguir dar conta do que lhe é exigido, o que leva, muitas vezes, a uma sobrecarga física, mental e, ao longo de um tempo, ao adoecimento. Assim, é impraticável manter o prazer, de modo constante e absoluto, no ambiente do trabalho.

Mesmo em se tratando do trabalho em saúde, mais especificamente, no contexto do PSF, em que existe uma constante e crescente demanda dos problemas de saúde trazidos pela população, existe, por outro lado, metas e ações que são determinadas e que nem sempre correspondem às necessidades dos usuários do serviço. Isso reflete que o principal propósito do setor saúde que é de produzir saúde, fica comprometido e gera uma massa de trabalhadores descontentes, que podem sofrer por não contribuírem para a conversão da realidade.

### **2.2.2 Sofrimento no trabalho**

Conceituar sofrimento não é uma tarefa fácil e a literatura aponta isso. Freud (1930) compreende que o homem é ameaçado pelo sofrimento a partir de três aspectos. O primeiro refere ao desgaste do corpo, e como o envelhecimento é um processo fisiológico evolutivo, esse desgaste se torna inevitável. O segundo surge do mundo externo, das destruições advindas da natureza, também inevitável. E, por fim, o terceiro, o sofrimento provém das relações humanas. Embora, seja considerado o mais árduo, o homem tende a visualizar como

algo gratuito, entretanto, ele não se torna menos inevitável do que os demais sofrimentos abordados.

Diante de variadas possibilidades de sofrimento, o homem passou a adotar um comportamento mais passivo e habituou-se a conter suas reivindicações de felicidade, e o princípio do prazer transformou-se no princípio da realidade, no qual a felicidade baseia-se na sobrevivência ao sofrimento ou na fuga à infelicidade, assim partindo desse segundo princípio, o engajamento para desviar-se do sofrimento coloca a busca pelo prazer em plano secundário (FREUD, 1930).

Essa teoria bem se aplica ao mundo contemporâneo do trabalho, embasado na lógica do acúmulo, da competitividade e da produtividade, em que muitas oportunidades de trabalho envolvidas pela precariedade, pela ausência de direitos e pela superposição de deveres, colocam o indivíduo na posição de ter que aderir a tal realidade, em busca da satisfação das necessidades básicas e, nesse caso, a lei da sobrevivência deixa o prazer em segundo plano.

No entanto, Freud (1920) complementa que a substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade se dá, apenas, em um pequeno número de experiências desagradáveis. A liberação do desprazer decorre, com maior regularidade, dos conflitos e divergências efetuadas no aparelho psíquico, enquanto o ego se desenvolve para organizações mais arranjadas. A maior parte da energia que o aparelho psíquico é abastecido se origina dos impulsos instintuais inatos. Acontece que, naturalmente, os instintos individuais se mostram incompatíveis, em seus objetivos e exigências, com os remanescentes e, através do mecanismo de coerção, os primeiros são expelidos dessa unidade e mantidos em níveis inferiores de desenvolvimento psíquico e, afastados da possibilidade de satisfação, e o ego o sente como desprazer.

A maior parte do desprazer que o homem experimenta trata de um desprazer perceptivo oriundo de instintos não satisfeitos ou da percepção externa que estimula expectativas desprazerosas no aparelho mental e é por este identificado como um perigo (FREUD, 1920).

Para esse autor, o sofrimento relaciona-se com o perigo. Erroneamente, os termos “susto”, “medo” e “ansiedade” são impropriamente empregados como sinônimos, mas existe uma distinção clara quando é feita uma analogia com o perigo. Assim, a ansiedade (*angst*) retrata um momento de espera ou de preparação para o perigo, ainda que o mesmo não seja conhecido. Para sentir medo (*furcht*) se faz necessária uma delimitação do objeto do qual se tenha receio. Já o susto (*schreck*) ocorre quando o indivíduo se depara com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Portanto, o sofrimento se configura como um estado de

expectativa frente ao perigo, ao desconhecido, e que gera medo do que é conhecido. O sofrimento, assim, é uma reação do indivíduo ao viver sob circunstâncias que, geralmente, não são propícias (FREUD, 1920).

O trabalho exerce um papel muito expressivo na sociedade, representado pela busca da sobrevivência, realização pessoal e projeção profissional, através da materialização de sonhos e busca de novos ideais. Contudo, o capitalismo concedeu ao trabalhador a necessidade de sujeição ao capital e a herança taylorista do trabalho faz com que, no mundo do trabalho, haja divisões técnicas de atividades, onde alguns executam o que outros planejam.

Assim, Dejours (1992; 2009) declara que as relações de trabalho nas organizações, comumente, privam o trabalhador da sua subjetividade, excluindo o sujeito, uma vez que o mesmo é induzido a agir conforme a vontade de outro, e isso faz do homem uma vítima da sua tarefa, o que reforça o ideário de que o trabalho não apresenta neutralidade em relação aos sentimentos do trabalhador.

A noção de sofrimento é central e implica um estado de luta do sujeito contra as forças que o conduz em direção à doença mental. Por outro lado, essas forças são oriundas da organização do trabalho. Entende-se por organização do trabalho não somente a fragmentação do trabalho, através da divisão de tarefas e os ritmos impostos por este, mas também, e, sobretudo, as relações hierárquicas e os aspectos atrelados, como as determinações impostas ao trabalhador (DEJOURS, 1992).

A usurpação da subjetividade do indivíduo conduz ao conflito entre trabalhador e organização, gerando no trabalhador um sentimento de insatisfação com o trabalho e sofrimento.

O sofrimento inicia quando existe um bloqueio na relação trabalhador-organização do trabalho. Assim, quando o trabalhador não pode ter iniciativa ou manifestar sua criatividade diante de um acontecimento, como em contextos de organizações autoritárias, e não consegue estabelecer mudanças no seu trabalho, a sua energia pulsional não acha descarga no exercício do trabalho e se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Quando o nível de insatisfação não pode mais ser reduzido, o indivíduo começa a vivenciar o sofrimento (DEJOURS, 1992; 2009).

Para Dejours (2009), a carga psíquica do trabalho é reguladora da carga global de trabalho e resulta da confrontação do desejo do trabalhador com a imposição do empregador, contida na organização do trabalho. Em geral, a carga psíquica aumenta quando a liberdade do trabalhador para a execução do trabalho é reduzida.

Nessa perspectiva, a verticalização das ações e a imposição dos ideais do empregador ou daquele trabalhador que se encontra em posição hierárquica de destaque, denominado por Dejours (2009) de prescrição do trabalho, representa a neutralização do pensamento dos trabalhadores, reduzindo a possibilidade de exposição de suas contribuições e a possibilidade de busca pelo prazer.

Assim, o trabalhador é impossibilitado de ser sujeito de seu comportamento e emergem conflitos resultantes do confronto entre a personalidade, o desejo do trabalhador e a organização do trabalho que, por sua vez, não lhe proporciona a liberdade necessária para que possa utilizar suas aptidões no exercício do trabalho, culminando em sofrimento e na alienação (DEJOURS, 1992).

Entretanto, ressalta-se que diante das inúmeras exigências e, contraditoriamente, das condições inadequadas de trabalho, atender a esta prescrição organizacional torna-se uma difícil tarefa, e o trabalhador, dentro das suas reais condições, passa a desenvolver o trabalho real. Nesse sentido, Dejours (2009) refere que a distância entre o que é prescrito e o que é realizado interfere, negativamente, na saúde do trabalhador.

Nesse sentido, o sofrimento é oriundo da insatisfação do trabalhador, tanto pelo fato de não ter no trabalho uma possibilidade de descarga de energia que seja efetiva e de acordo com sua personalidade, como também no que se refere a desejos reprimidos e insuficiência de motivações. O trabalhador, em confronto com a realidade, busca significação para as tarefas que realiza perante a organização do trabalho. Na existência do conflito, há sobrecarga comportamental e grande insatisfação do trabalhador pela falta de meios de encaminhamento de suas pulsões. Esse contexto influencia o funcionamento mental do indivíduo, uma vez que é necessário se submeter à organização por uma questão de sobrevivência (DEJOURS, 1992).

A insatisfação em relação ao conteúdo significativo do trabalho engendra um sofrimento cujo primeiro ponto de impacto é mental em contraposição ao sofrimento oriundo do conteúdo ergonômico. O sofrimento mental resultante de uma frustração do conteúdo significativo da tarefa pode levar a doenças somáticas, traduzindo um trabalho fatigante (DEJOURS, 1992).

Para Dejours (2009), o sofrimento presente no contexto organizacional se vincula aos dados da história singular de cada indivíduo e aos aspectos referentes à sua situação atual, possuindo, então, uma dimensão temporal que implica em processos construídos pelo próprio trabalhador no âmbito de sua atividade.

O reconhecimento confere sentido ao sofrimento e quando não ocorre, o sofrimento torna-se absurdo, podendo levar à desestabilização da personalidade e à doença mental (DEJOURS, 2003).

O aumento da cadência, a aceleração dos tempos e a exigência de desempenhos produtivos de rendimentos crescentes conduzem a descompensações rápidas, traduzidas por choro, desmaios, agitação, tremores, gritos. Todavia, com a redução dos ritmos de trabalho e da pressão organizacional desaparece toda a manifestação do sofrimento (DEJOURS, 1992).

O conteúdo ergonômico do trabalho, muitas vezes, é negligenciado e para Dejours (1992) isso representa um segundo componente da insatisfação e sofrimento no trabalho. A inadaptação do conteúdo ergonômico origina, não somente numerosos sofrimentos somáticos de determinismo físico direto, como também, outras doenças do corpo mediatizadas por algo que atinge o aparelho mental.

O sofrimento é classificado por Dejours (1992) em dois tipos específicos: o patogênico e o criativo. O patogênico se inicia no momento em que foram explorados todos os recursos defensivos do indivíduo. Esse tipo de sofrimento é uma espécie de resíduo não compensado, que leva a uma destruição do equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o para uma lenta e brutal destruição orgânica. No sofrimento criativo, o indivíduo elabora soluções originais que favorecem ou restituem sua saúde. Este tipo de sofrimento adquire um sentido, pois favorece ao indivíduo um reconhecimento de uma identidade. Assim, o indivíduo se propõe a ação criativa que promove descobertas, fazendo com que este o experimente e transforme, de maneira criativa e prática, soluções inéditas frente às situações móveis e cambiantes de seu trabalho. A competência e a astúcia, promovida pela inteligência coletiva ou individual, proporcionam o surgimento de estratégias defensivas, que aliviam ou combatem o sofrimento psíquico (DEJOURS, 1992).

A teoria freudiana afirma que os indivíduos desenvolvem estratégias de defesa para afastarem-se do sofrimento oriundo dos relacionamentos humanos. Freud (1930, p. 96) infere que “a defesa imediata é o isolamento voluntário, o manter-se a distância das outras pessoas”, e por meio deste comportamento, o homem consegue alcançar o que o autor denomina de “felicidade da quietude”. Outro método capaz de afastar o sofrimento é químico, através da utilização de drogas, o homem, fica impossibilitado de receber impulsos desagradáveis, e permanece receptivo à experimentação de sensações prazerosas e o sofrimento é, assim, amenizado. Esse método é amplamente utilizado e considerado o mais eficaz.

Outra técnica para repelir o sofrimento defendido por Freud (1930) consiste no emprego dos deslocamentos de libido e por meio desse deslocamento, os objetivos instintivos

são reorientados de maneira que evitem a frustração do mundo externo. Esse procedimento torna o indivíduo independente do mundo externo e passa, assim, a satisfazer-se através de processos psíquicos internos. A obtenção de prazer pode ser efetuada a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual, por meio de fantasias.

As estratégias para lidar com o sofrimento se manifestam por meio de comportamentos próprios de cada indivíduo, pois cada um reage de maneira particular a cada situação dependendo da sua personalidade. As estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas. As últimas surgem quando vários trabalhadores com sofrimento único se unem e constroem uma estratégia comum que nada mais é do que uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade, é uma maneira de o trabalhador tentar se adaptar à organização do trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS; ABDOUCHELI, 2009).

Conforme Dejours e Abdoucheli (2009), as estratégias defensivas levam à modificação, transformação e, geralmente, à eufemização da percepção da realidade que causa sofrimento aos trabalhadores, uma vez que a dificuldade em desfazer a rigidez de certas pressões organizacionais irreduzíveis, poderá induzir o trabalhador a minimizar sua percepção sobre essas pressões, fontes de sofrimento, através de suas próprias defesas. Assim, de vítimas passivas, os trabalhadores passam para a posição de sujeitos ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização de uma pressão patogênica, através de uma operação estritamente mental, visto que ela não modifica a realidade da pressão patogênica.

Neste contexto, os mecanismos de defesa ou as estratégias defensivas têm como principal objetivo contornar o sofrimento existente, o que explica o fato de trabalhadores apresentarem características de normalidade aparente mesmo estando em processo de sofrimento psíquico (DEJOURS, 1992).

No entanto, em locais onde a organização de trabalho é rígida, a divisão no trabalho se apresentará de forma acentuada e, conseqüentemente, o conteúdo significativo da tarefa estará reduzido e as possibilidades de transformá-lo, também ficam diminuídas. Esse modelo de organização do trabalho impulsiona a desapropriação do saber do trabalhador, conduz à perda da liberdade de criação, fundamental para o trabalhador, já que torna possível a criação de rearranjos para adaptar a organização do seu trabalho às necessidades do seu organismo e às suas capacidades fisiológicas (DEJOURS, 1992).

A figura a seguir constitui-se um exercício de integração dos conceitos adotados e mostra uma representação gráfica do objeto de estudo, facilitando a compreensão.

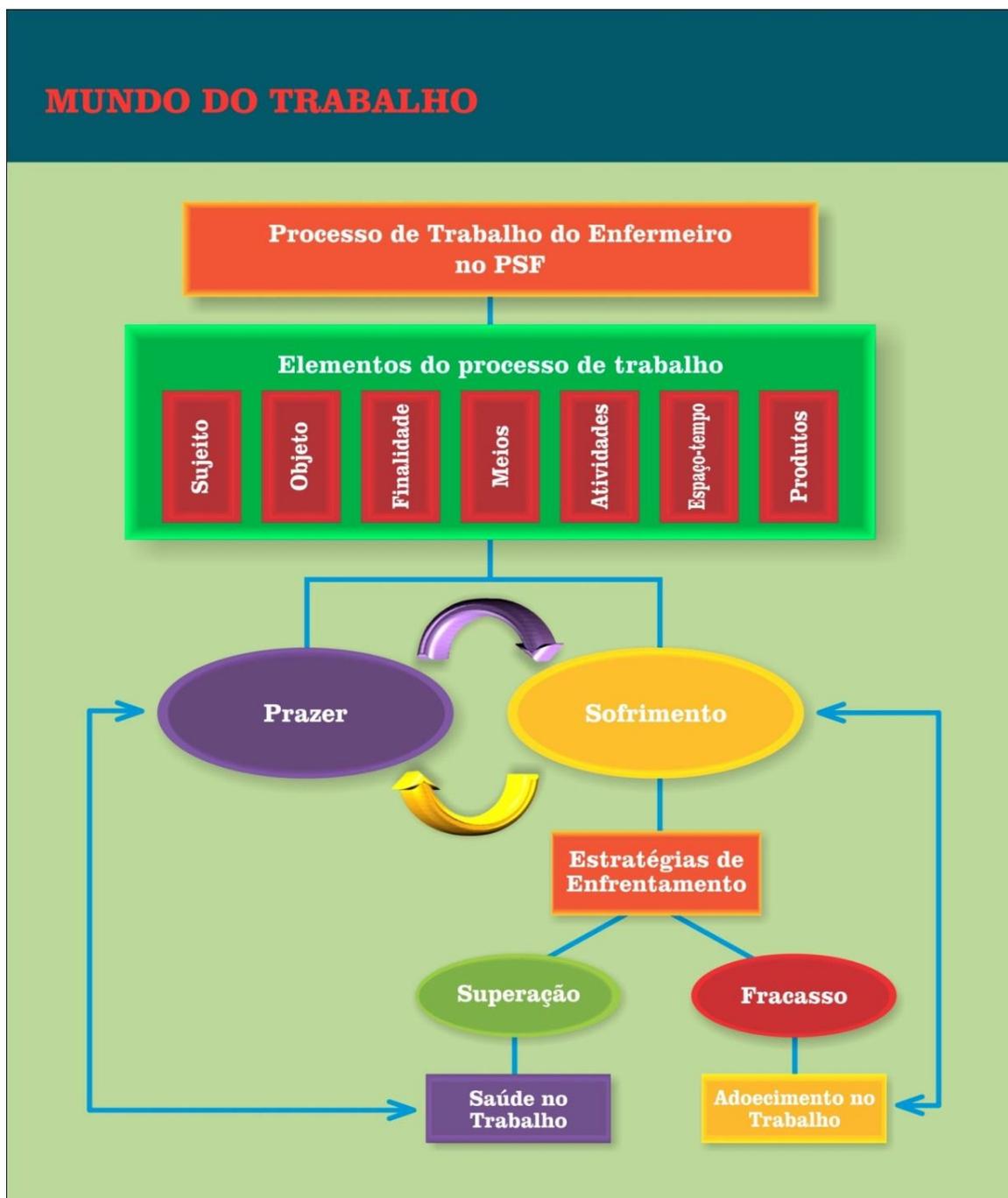


FIGURA 1 Representação gráfica do objeto de estudo. FONTE: autoria da pesquisadora.

Assim, levando em consideração que o processo de trabalho do sujeito trabalhador, nesta pesquisa, enfermeiros, acontece no mundo do trabalho, os elementos que o compõe – apesar de fortemente imbricados – são estudados em suas singularidades e a partir deles, as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias de enfrentamento que conduzem esse trabalhador à saúde ou à doença e que, interferem, por sua vez, na dinâmica do prazer e do sofrer.

### 3 METODOLOGIA

Trabalhar com o universo de aspirações, motivos, significações, crenças, valores e atitudes, requer um aprofundamento das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A abordagem qualitativa revela a compreensão da realidade humana, vivida socialmente em profundo dinamismo, e privilegia a inteligibilidade, o significado e a intencionalidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009; MINAYO, 2010).

O objeto deste estudo – *O processo de trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família na perspectiva do prazer e do sofrimento* – implica em explicitar atividades do cotidiano e induz a reflexão da multiplicidade de significados que estão imbricados neste trabalho, marcados por momentos prazerosos e, também, de sofrimento. Tais especificidades justificam a pesquisa qualitativa, uma vez que esta responde a questões que perpassam a linguagem verbal e não-verbal, o latente e o manifesto, permitindo, assim, a aproximação com o mundo subjetivo, necessário para o entendimento do objeto proposto.

Reitera-se que esta pesquisa está inserida no *Subprojeto 3*, desenvolvido pelo NUSC da Universidade Estadual de Feira de Santana, o qual trata sobre o *Processo de Trabalho em Saúde*, vinculado ao projeto multicêntrico denominado *Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta investigação foi operacionalizada por meio do estudo de multicasos. Para Chizzoti (2001) o estudo de caso refere-se a uma caracterização abrangente para determinar uma variedade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, visando à tomada de decisões a seu respeito ou proposição de uma ação transformadora.

O estudo de caso, por ser de natureza indutiva, não oferece grande segurança para generalizações, no entanto, os propósitos do estudo de caso não são de proporcionar o conhecimento preciso das características de uma determinada população a partir de procedimentos estatísticos, mas o de expandir ou generalizar proposições teóricas (YIN, 2005).

Nesta pesquisa, a opção pelo estudo de multicase é justificada pelo interesse em descrever e analisar o processo de trabalho do enfermeiro na perspectiva das vivências de prazer e sofrimento no PSF, não se inquietando, neste momento, com outros âmbitos do sistema de saúde. Seguindo a lógica das proposições do estudo de caso, não foi desconsiderada, contudo, a possibilidade de estudos posteriores comparativos em outros âmbitos do sistema para que se pudesse observar as convergências e/ou divergências, semelhanças e/ou diferenças entre os diversos espaços e os distintos processos de trabalho.

### 3.2 CAMPO DO ESTUDO

O campo de investigação, propriamente dito, foram as USF de Feira de Santana-BA. A contextualização das USF foi antecedida por uma caracterização síntese do município, da rede assistencial que o compõe, bem como das singularidades da Enfermagem no município estudado.

#### **3.2.1 Considerações gerais de Feira de Santana e rede assistencial de saúde municipal**

Feira de Santana é um município situado na Região Nordeste do Brasil e no semiárido baiano, por isso conhecida como Princesa do Sertão. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município tem, aproximadamente, uma população de 556.642 habitantes e uma taxa de urbanização de 91,7%. Ocupa a 2ª posição de cidade mais populosa no estado da Bahia e a 34ª no Brasil. Apresenta uma extensão territorial de 1.338 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 416,03 hab/km<sup>2</sup>. Está situada a 110 km da sua capital, Salvador, à qual se liga através da BR-324, conforme aponta a Figura 2.

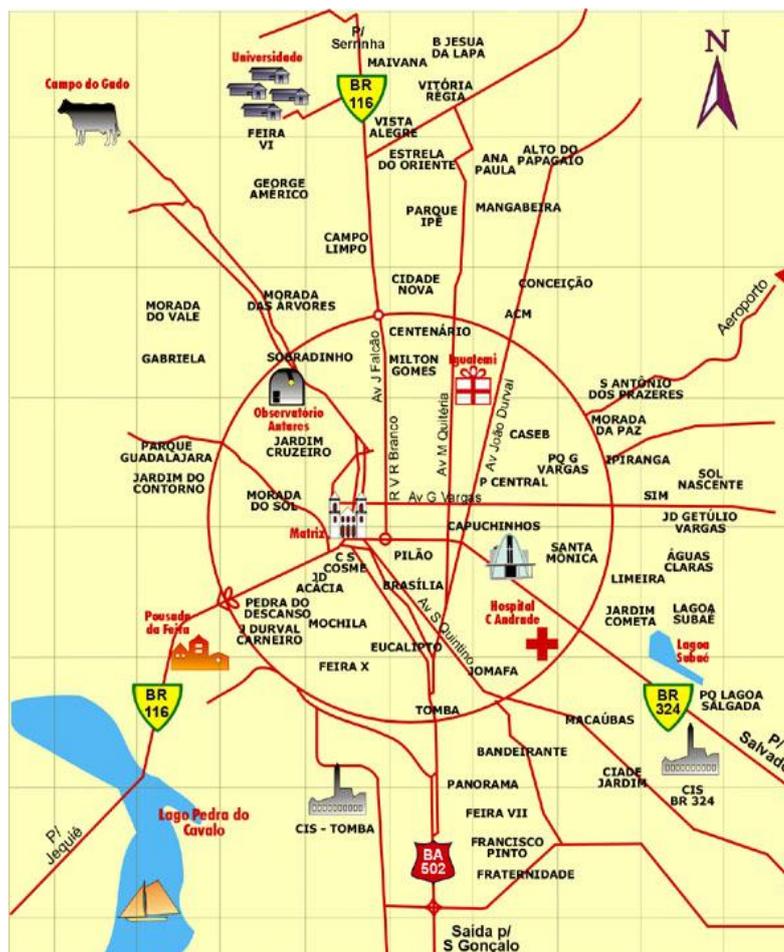


FIGURA 2 Mapa de localização de Feira de Santana-Ba. Fonte: www.uefs.br

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Feira de Santana atua como Pólo da Macrorregião Centro-Leste que, por sua vez, é composta por 73 municípios, perfazendo um total de 2.190.186 habitantes. Agrega quatro microrregiões, formadas pelos municípios de Feira de Santana, Itaberaba, Seabra e Serrinha; além disso, o referido município é sede de microrregião, da 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e a saúde encontra-se habilitada, desde 2004, na Gestão Plena do Sistema Municipal (BAHIA, 2007).

A Rede de Serviços de Saúde é composta por 518 estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Desses, 138 correspondem às unidades assistenciais de saúde da rede pública municipal, nove (9) da rede estadual, oito (8) entidades sem fins lucrativos e 371 são privadas (BRASIL, 2011c). O Sistema Municipal de Saúde, assim, é composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS que, de acordo com as prerrogativas legais, complementam a rede dos serviços existentes.

A rede assistencial do município é composta por 76 USF, 15 UBS, dois (2) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, um (1) CAPS III, um (1) CAPS Infantil e um (1) CAPS Álcool e Drogas, um (1) Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), um (1) Centro de Especialidades Odontológicas, três (3) Centros de Saúde Especializados, um (1) Centro de Referência HIV/aids, um (1) Centro de Testagem e Aconselhamento, um (1) Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem, seis (6) Policlínicas, duas (2) Unidades de Pronto Atendimento, um (1) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, duas (2) Unidades Móveis Médico-Odontológicas, quatro (4) Hospitais Especializados e dois (2) Hospitais Gerais, dentre outros (BRASIL, 2011c).

### 3.2.2 Singularidades da Enfermagem em Feira de Santana

1. O município possui cinco instituições de ensino superior com cursos de graduação em enfermagem, na modalidade presencial, credenciados pelo Ministério da Educação, e, destas, uma é Universidade Estadual (BRASIL, 2011a);
2. O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) tem formação direcionada para a área de Saúde Coletiva, além disso, o Departamento de Saúde desta instituição oferece duas pós-graduações *stricto sensu*, nos modelos de mestrado acadêmico e profissional, também em Saúde Coletiva;
3. O cenário da enfermagem possui uma atuação destacada na cidade, contando com um núcleo regional da ABEn, reconhecidamente uma entidade de fins científicos, técnicos e culturais e uma subseção do COREN Bahia, entidade disciplinadora do exercício profissional.

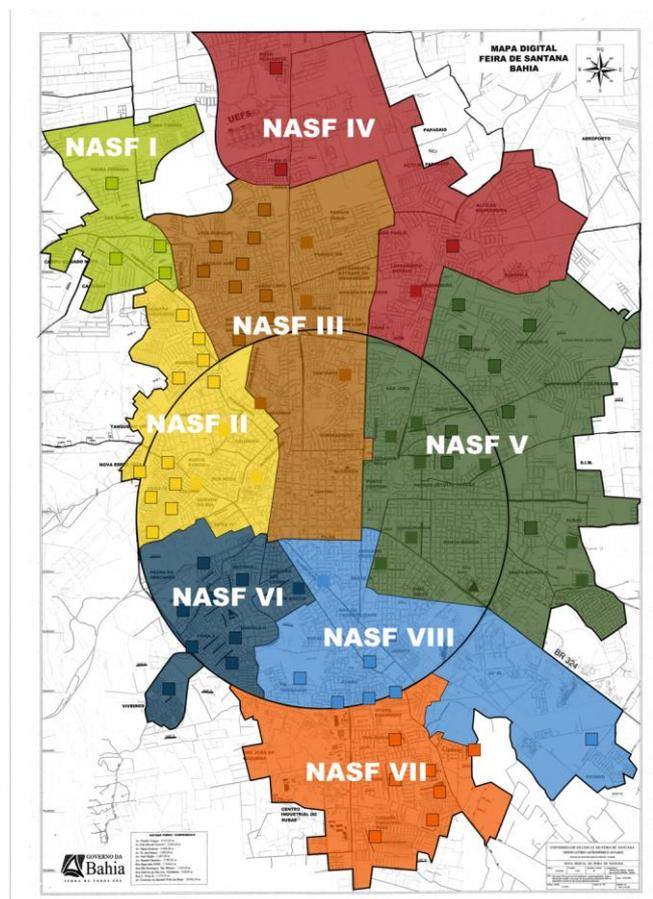
### 3.2.3 Unidades de Saúde da Família: espaço de atuação dos sujeitos deste estudo

O PSF foi implantado no município de Feira de Santana-BA, como projeto piloto em duas unidades, em novembro do ano de 2000 (BEZERRA; NASCIMENTO, 2005), seis anos após a sua criação no território brasileiro.

Atualmente, a Rede de Serviços de Atenção Básica que atende ao modelo do PSF, encontra-se estruturada com 76 USF compostas por 83 ESF, perfazendo um total de 59,6% de cobertura do referido programa. Possui 33 Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade tipo I e uma razão de 0,4 ESB para cada Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011c).

As USF estão apoiadas por oito (8) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1, implantados em 2008. Esses Núcleos estão compostos por oito (8) assistentes sociais, oito (8) educadores físicos, dois (2) farmacêuticos, 16 fisioterapeutas, oito (8) nutricionistas, quatro (4) psicólogos e seis (6) terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2011c). O NASF, de acordo com a portaria nº. 154 de 2008 que o regulamenta, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às ESF e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família (BRASIL, 2008).

Para a escolha das USF que determinaram o campo empírico do subprojeto 3 e, conseqüentemente, desta pesquisa, foi utilizado o mesmo modelo de organização territorial estabelecido pelos estudos epidemiológicos, representados pelos subprojetos 1 e 2 da Pesquisa *Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*, nos quais as USF, policlínicas e serviços de referência do município de Feira de Santana-BA foram agrupados por área de abrangência de NASF, conforme apresenta a Figura 3:



**FIGURA 3** Feira de Santana-BA por área de abrangência de NASF. Fonte: NEPI, 2011.

Para esta pesquisa, organizaram-se as USF e ESF do município por área de NASF (QUADRO 1) para, posteriormente, analisar os critérios de inclusão determinados para a mesma.

**QUADRO 1 Distribuição das Unidades e Equipes de Saúde da Família por área de abrangência de NASF, Feira de Santana-BA, dez., 2011.**

USF/ESF	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA								TOTAL
	NASF I	NASF II	NASF III	NASF IV	NASF V	NASF VI	NASF VII	NASF VIII	
<b>USF</b>	07	11	09	08	11	11	08	11	<b>76</b>
<b>ESF</b>	09	11	09	08	11	12	10	13	<b>83</b>

Através do Quadro 1, observa-se a distribuição numérica das USF e ESF por área de abrangência de NASF. Para esta distribuição foi levada em consideração a proximidade geográfica, de modo que cada área foi agrupada com unidades que estavam cobertas pela mesma equipe de NASF.

Nesse sentido, foi delimitada, para este estudo, uma (1) ESF de cada área de abrangência de NASF, considerando, evidentemente, os critérios de inclusão elencados. Todavia, não foram identificadas as equipes participantes, a fim de evitar, a qualquer modo, a possível identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana (2010), nas ESF de Feira de Santana atuam 1.241 profissionais e, destes, 83 são enfermeiros.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Através de vínculo com a Prefeitura Municipal de Feira de Santana, trabalham 83 enfermeiros no Programa Saúde da Família. Entretanto, apenas, aquelas que atenderam às especificidades do objeto de estudo e os critérios de inclusão, puderam estar entre os sujeitos desta pesquisa. Assim sendo, os sujeitos foram oito (8) enfermeiros que atuavam no PSF deste município.

Na pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2010), não existe preocupação com delimitação da população a ser estudada, portanto, não se busca o critério de representatividade numérica. Procura-se, contudo, o aprofundamento e compreensão dos

fatos, questões que, somente, foram conhecidas durante o trabalho de campo, quando as informações referidas indicaram um grau de saturação e apresentaram aportes significativos para o delineamento do objeto de estudo.

### 3.3.1 Critérios de seleção dos sujeitos do estudo

A partir do delineamento geográfico estabelecido para a execução da coleta de dados no campo empírico, foram estabelecidos como critérios de inclusão dos sujeitos:

1. Trabalhar, no mínimo, há seis (6) meses ininterruptos no PSF de Feira de Santana, por acreditar ser este um período que poderia possibilitar: a) o conhecimento mínimo do seu processo de trabalho, na dimensão do assistir, administrar e ensinar; b) o reconhecimento de possíveis aspectos que impliquem em prazer ou em sofrimento no trabalho;
2. Atuar como enfermeiro numa ESF com completude e diversidade de categorias profissionais;
3. Estar presente na Unidade no período da coleta de dados; e
4. Dar o Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa.

Ressalta-se que, para a seleção das equipes, foi realizado um contato prévio, por meio de visitas, com aquelas que apresentaram completude de profissionais e, a partir desse contato, foi apresentada a pesquisa e seus objetivos para que os enfermeiros avaliassem o desejo em participar da mesma. Após isso, foi analisado o período de atuação desses profissionais, atentando para o tempo mínimo estabelecido.

### 3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para efetuar a coleta de dados foram utilizadas as técnicas de entrevista e observação.

A entrevista “é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (GIL, 2009, p. 109).

É uma técnica privilegiada para a coleta de informações, visto que a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, e fornecer dados subjetivos que constituem uma representação da realidade, por meio da expressão de ideias, opiniões, maneiras de pensar, sentir e atuar (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009; MINAYO, 2010).

Para tanto, foi escolhida a entrevista semiestruturada, a qual oferece perspectivas para que o entrevistado alcance a liberdade e espontaneidade necessárias e serve, apenas, de orientação para o pesquisador (MINAYO, 2010). Nesse sentido, foi adotado, para esta pesquisa, o roteiro construído para a coleta de dados do subprojeto 3 (APÊNDICE A) para servir de baliza no momento de realização da entrevista.

O roteiro possui cinco (5) blocos de perguntas: a) Bloco I – Identificação e trajetória profissional do entrevistado; b) Bloco II – O processo de trabalho dos profissionais da saúde; c) Bloco III – Resultados projetados e alcançados; d) Bloco IV – Circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação; e) Bloco V – Determinantes políticos e ideológicos do campo. Entretanto, para contemplar os objetivos deste estudo, foram utilizados os blocos I, II, III e IV do roteiro apresentado. Salienta-se que os blocos II e III foram agrupados, por entender que os resultados do trabalho são produtos do processo e, portanto, faz parte dele.

A realização das entrevistas foi precedida da apresentação da pesquisadora aos sujeitos participantes, da elucidação dos objetivos, da técnica de coleta de dados e da apresentação das garantias éticas da pesquisa. Somente após tais procedimentos e concordância dos sujeitos, a coleta de dados foi iniciada com base em um cronograma definido previamente com os envolvidos. Assim sendo, as entrevistas foram realizadas, no período de julho a dezembro de 2011, nas USF elegíveis para o estudo. Esse longo período se justificou porque a pesquisadora esteve envolvida com as entrevistas dos demais sujeitos da pesquisa do subprojeto 3 que se deu no mesmo momento. Além disso, foi necessário remarcar, algumas vezes, os encontros por impossibilidade de alguns entrevistados em participar da coleta, devido à sobreposição de atividades, pelas quais eram responsáveis, ou ainda pelas mudanças repentinas na programação da unidade para o comparecimento em reuniões da Secretaria de Saúde.

Foi utilizado um gravador digital para o registro das entrevistas, e, posteriormente, foram transcritos os depoimentos, na íntegra, de forma a garantir o registro formal dos relatos. Após a transcrição, os textos foram conferidos com a gravação oral. As entrevistas tiveram uma duração média de quarenta e dois minutos.

Para complementar a entrevista, foi utilizada a observação, técnica na qual o pesquisador serve-se dos sentidos para adquirir mais precisamente alguns aspectos da realidade investigada. A mesma não se fundamenta, exclusivamente, em ver e ouvir, mas, sobretudo, em apurar os fatos em consonância com o objeto de estudo (GIL, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2009).

A técnica da observação se fez importante, uma vez que permitiu à pesquisadora uma maior aproximação com a prática dos sujeitos investigados, considerando que algumas

informações que não foram explicitadas durante as entrevistas, emergiram por meio de manifestações não verbais. Segundo Minayo (2010) essa técnica contribui para a percepção mais apropriada do processo investigado e a existência de incongruência entre o que é dito ao pesquisador nas entrevistas e o que é, de fato, realizado. Assim, o uso conjunto das técnicas de entrevista e observação permitiu um maior enriquecimento dos dados e uma análise mais próxima da realidade.

Utilizou-se a observação sistemática que, para Marconi e Lakatos (2009), é aquela realizada sob um determinado controle para responder a finalidades que foram previamente definidas. Nessa perspectiva, para estruturar a observação, também, adotou-se um dos roteiros elaborados para o subprojeto 3 (APÊNDICE B) que foi utilizado para auxiliar a pesquisadora na organização e registro das informações.

Assim sendo, o roteiro utilizado subsidiou a realização de uma observação “tipo sombra”, uma vez que a pesquisadora seguiu a profissional desde a sua chegada até a saída do trabalho, com descrição do passo a passo dos sujeitos do estudo em cinco (5) momentos diferenciados: a) Momento 1 – Chegada do profissional, b) Momento 2 – *Intermezzo*<sup>15</sup>, c) Momento 3 – Trabalho/Atividade, d) Momento 4 – Descanso/Almoço, e) Momento 5 – Fim do dia de trabalho.

As observações foram realizadas entre os meses de outubro e dezembro de 2011, nos espaços físicos das USF, onde atuavam os enfermeiros entrevistados. Para esta técnica, interessaram as manifestações verbais e os aspectos do comportamento global, em particular, a comunicação não verbal, postura geral, expressões faciais, mudanças no timbre e volume da voz, riso, sorriso, choro, movimentação/isolamento do profissional na unidade, autonomia, criatividade, agressividade.

Foram ainda identificados através da observação, a dinâmica da unidade e alguns elementos do processo de trabalho, como as atividades desenvolvidas, os instrumentos de trabalho utilizados, os espaços em que era realizado o trabalho, a divisão do tempo para a execução das atividades, a estrutura física, o trabalho em equipe, as relações interpessoais, o controle gerencial da unidade, além das estratégias defensivas utilizadas pelo enfermeiro para lidar com as pressões no trabalho e o suposto sofrimento.

Considerando as possíveis mudanças na dinâmica de trabalho de cada unidade e buscando atender o passo a passo do roteiro utilizado, foi realizada a observação em dois

---

<sup>15</sup> *Intermezzo*: aqui é entendido como as atividades desenvolvidas pelo profissional entre a sua chegada na unidade e o início do trabalho propriamente dito.

turnos diferentes (manhã e tarde) de trabalho. Dos oito enfermeiros entrevistados, cinco foram observados e essa escolha se deu aleatoriamente. Apenas, um dos sujeitos não poderia ser observado, em função de seu remanejamento da unidade em que trabalhava, em um período posterior à entrevista. Assim, foram observados os enfermeiros que atuavam em USF dos NASF II, III, V, VI e VIII. As observações somaram, aproximadamente, quarenta horas de duração.

Salienta-se que as observações foram registradas no diário da pesquisadora, de modo simultâneo ao acontecimento, com o propósito de evitar perdas dos contextos observados. De acordo com Triviños (1987), os registros devem ser efetuados conforme a descrição exata do que é observado e das notas de reflexão da observadora que implicam na busca de significados e explicações para o fenômeno observado.

Assim, os dados coletados através das entrevistas e observações foram utilizados na análise, para possibilitar o conhecimento do processo de trabalho, da relação do enfermeiro com todas as questões que envolvem o trabalho, das manifestações de prazer e/ou sofrimento e do possível desencadeamento dos mecanismos defensivos diante das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho na unidade de saúde da família.

### 3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

O método utilizado para a análise de dados foi a Análise de Conteúdo, que tem o propósito de “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas e resultados de observação” (MINAYO, 2010, p. 308). Essa modalidade de análise é constituída por

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Este tipo de análise procura instituir uma relação entre os significantes e os significados dos enunciados, articulando-os com fatores associados, como as questões psicossociais e culturais e o processo de produção da mensagem, que influenciam diretamente as suas características (MINAYO, 2010).

O objetivo da análise de conteúdo, portanto, é reconhecer as mensagens que se encontram por trás das palavras (BARDIN, 1977). Nesse sentido, a fala dos entrevistados e a observação do ambiente e das práticas nele realizadas revelaram significados que permitiram à pesquisadora uma interpretação mais profunda em relação às situações do trabalho, enquanto processo, vivenciadas pelos enfermeiros, que configuravam prazer e sofrimento.

Para a operacionalização da análise dos dados, esta pesquisa foi guiada pelos fundamentos teóricos de Minayo (2010), e, para tanto, escolheu-se a análise temática, que segundo esta autora, é mais apropriada para os estudos de natureza qualitativa e consiste em três etapas:

### **1º) Pré Análise**

Para Minayo (2010), esta fase compreende a organização propriamente dita, através da escolha do material a ser trabalhado e sistematização das ideias iniciais, de modo a conduzir a um esquema preciso para o desenvolvimento das etapas sucessivas. Para tanto, realiza-se uma “leitura flutuante” do material coletado em campo para o conhecimento dos registros e apoderação de impressões, para, assim, estabelecer a compreensão do seu conteúdo e articulação com o objeto do estudo, hipóteses e teorias utilizadas na condução dessa pesquisa (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2010).

Diante deste contexto, realizou-se nesta etapa o primeiro contato com as transcrições das entrevistas e registro das observações efetuadas que serviu de base para a organização do material analisado (construção do *corpus*), levando em consideração os critérios descritos por Minayo (2010), a saber: a contemplação das características fundamentais do universo desejado, dos critérios de escolha quanto aos assuntos apresentados e às técnicas empregadas, dos aspectos abordados nos roteiros de coleta e dos objetivos propostos para a pesquisa a partir dos documentos analisados.

### **2º) Exploração do Material**

É efetuada através da leitura aprofundada do conteúdo manifesto e latente que compõe o *corpus* e a partir desta, realizado a codificação, classificação e categorização do conteúdo (TRIVIÑOS, 1987), através das categorias analíticas fornecidas pelo referencial teórico: sujeito, objeto, meios, finalidade, atividades, espaço-tempo e produto (elementos do processo de trabalho); prazer e sofrimento (repercussões do processo de trabalho); estratégias cotidianas de prevenção ou reação ao sofrimento.

Nesse sentido, tanto o referencial teórico quanto o material empírico coletado, por meio das entrevistas e observações, foram norteadores para a classificação dos dados, que após a leitura exaustiva dos mesmos e articulação com as indagações desta pesquisa, permitiram uma maior clareza na articulação teórico-prática relativa ao processo de trabalho do enfermeiro e a condução deste para o prazer e/ou sofrimento.

A exploração do material, assim sendo, permitiu a compreensão do texto e a formação dos núcleos de sentido contidos nas falas dos entrevistados e nos registros das observações realizadas, atentando para as situações de convergências, divergências, diferenças e complementaridades.

Os núcleos de sentido que surgiram a partir de repetidas leituras das falas dos entrevistados foram:

1. Sujeito trabalhador
2. Objeto do trabalho no PSF
3. Finalidade do trabalho
4. Meios de trabalho
5. Atividades desenvolvidas
6. Espaço / tempo para o desenvolvimento das atividades
7. Produtos do trabalho
8. Significado do trabalho
9. Significado do prazer
10. Significado do sofrimento
11. Prazer no trabalho
12. Satisfação com o trabalho do PSF
13. Benefícios obtidos através do trabalho
14. Facilidades para a realização do trabalho
15. Sofrimento no trabalho
16. Adoecimento devido ao trabalho
17. Condições de trabalho/precarização do trabalho
18. Dificuldades para a realização do trabalho
19. Estratégias de enfrentamento ao sofrimento

Após a definição dos núcleos de sentido, foram identificados os recortes das falas correspondentes aos núcleos elencados e, a partir daí, construiu-se um quadro semelhante ao modelo a seguir:

**QUADRO 2 Síntese dos depoimentos dos entrevistados. Feira de Santana-BA, Dez., 2011.**

<b>Núcleos do sentido</b>	<b>E1</b>	<b>En...</b>	<b>E8</b>	<b>Síntese Horizontal<sup>16</sup></b>
Sujeito trabalhador				
Objeto do trabalho no PSF				
Finalidade do trabalho				
Meios de trabalho				
Atividades desenvolvidas				
Espaço / tempo para o desenvolvimento das atividades				
Produtos do trabalho				
Significado do trabalho				
Significado do prazer				
Significado do sofrimento				
Prazer no trabalho				
Satisfação com o trabalho do PSF				
Benefícios obtidos através do trabalho				
Facilidades para a realização do trabalho				
Sufrimento no trabalho				
Adoecimento devido ao trabalho				
Condições de trabalho/precarização do trabalho				
Dificuldades para a realização do trabalho				
Estratégias de enfrentamento do sofrimento				
<b>Síntese Vertical<sup>17</sup></b>				

A partir da ordenação dos depoimentos dos entrevistados e das observações atentou-se para as convergências, divergências, diferenças e complementaridades de cada núcleo de sentido e, por meio das sínteses vertical e horizontal do quadro, foi realizada a análise que possibilitou a organização de quatro categorias:

<sup>16</sup> **Síntese Horizontal:** síntese resultante da leitura de cada unidade de análise pelo conjunto dos entrevistados com identificação das convergências, divergências, diferenças e complementaridades entre os depoimentos.

<sup>17</sup> **Síntese Vertical:** síntese resultante da leitura do conjunto das unidades de análise de cada entrevistado.

**Categoria 1 – Processo de Trabalho do enfermeiro no PSF**

**Categoria 2 – Significado do trabalho, prazer e sofrimento**

**Categoria 3 – Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro**

**Categoria 4 – Enfrentamento:** ressignificação e alívio das dores do trabalho

### **3º) Tratamento dos Resultados e Interpretação**

Consiste em colocar em evidência as informações obtidas, propor inferências e realizar interpretações a partir das dimensões teóricas (MINAYO, 2010). Aqui foram identificadas as relações entre os vários elementos do processo de trabalho, suas repercussões (prazer e/ou sofrimento) e as estratégias adotadas, bem como o retorno à literatura para diálogo com os autores.

A todo o momento da análise foi observada a linguagem verbal e a não-verbal por entender a forte subjetividade dos aspectos relativos ao prazer e sofrimento no trabalho, e que estes podem, muitas vezes, não ser verbalizados, necessitando, assim, de uma atenção por parte do pesquisador para o conteúdo não dito, mas revelados por expressões faciais, gestos ou silêncio. Triviños (1987) revela que o conteúdo latente abre perspectivas para descobrir ideologias e características dos fenômenos sociais e, diferente da análise restrita ao conteúdo manifesto, é dinâmico, estrutural e histórico.

Confrontaram-se os achados empíricos com os dados teóricos através da articulação dos depoimentos convergentes, complementares, diferentes e divergentes dos enfermeiros entrevistados, de modo a responder aos questionamentos norteadores do estudo e interrelacioná-los com os objetivos propostos.

Nos textos produzidos em cada categoria estão inseridos os depoimentos que estão acompanhados de uma identificação no final de cada depoimento. Cada entrevistado recebeu uma codificação numérica que se deu por ordem crescente das entrevistas realizadas, ou seja, entrevistado 1 está representado por E1, entrevistado 2 está representado por E2 e, assim, os demais. Os sujeitos deste estudo, portanto, receberam uma denominação distinta, garantindo o anonimato acordado e os preceitos éticos envolvidos.

## **3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Como já referido, esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico *Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*, o qual foi

submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS que, por sua vez, apresentou um parecer de aprovação para o mesmo, por meio do Protocolo N.º 081/2009 (ANEXO A). Dentre os municípios previstos para a realização do subprojeto 3 da pesquisa multicêntrica estavam Feira de Santana, Itabuna e Santo Antonio de Jesus e ressalta-se que as Secretarias de Saúde desses municípios autorizaram a realização da mesma.

Para esta pesquisa, cujo lócus de realização foi o município de Feira de Santana, foi utilizado como consentimento, o termo de ciência (ANEXO B), assinado pelo Secretário Municipal de Saúde, o qual formalizava a permissão para a coleta de dados do projeto multicêntrico e, conseqüentemente, para esta pesquisadora, cuja coleta de dados se deu com enfermeiros e se sucedeu nas USF, por meio de entrevista e observação.

Com o propósito de atender globalmente aos preceitos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998), a coleta de dados foi precedida da leitura e assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) pelos sujeitos participantes, concordando sobre a participação neste estudo.

Contudo, os sujeitos podem ser excluídos da pesquisa, em qualquer fase, caso, assim, solicitem. Ressalta-se ainda a obrigatoriedade de sigilo e utilização dos dados obtidos, apenas, para fins científicos, de modo a assegurar os direitos e deveres referentes aos pesquisadores e aos sujeitos da pesquisa.

#### **4 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF**

O PSF representa a abertura de um novo campo de atuação para profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, e compõe um espaço para o estabelecimento de relações profissionais que aí se sucedem. Traz consigo uma nova concepção de trabalho e a operacionalização do processo de trabalho requer abordagens diferenciadas, questiona certezas profissionais e estimula a adoção de uma comunicação horizontalizada entre os membros da equipe (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Assim, diante da necessidade premente de mudanças e da ruptura de paradigmas, é certo que o enfermeiro tem encontrado dificuldades para a execução do trabalho e isso instiga a exploração dos possíveis efeitos deste campo para a saúde deste trabalhador.

Criado há, aproximadamente, dezoito anos, o PSF se edificou como potencial reestruturante da AB e, para os enfermeiros, esse campo tem representado maiores possibilidades de adentrar no mercado de trabalho, além de dar maior visibilidade para tal profissional. Por ser o trabalho do enfermeiro composto por muitas dimensões (assistir, gerenciar, ensinar), analisar o processo de trabalho desse profissional no PSF é algo desafiador.

Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro no PSF é, aqui, desdobrado em sete elementos: sujeito, objeto, finalidade, meios, atividades, espaço-tempo e produtos. Esses elementos individualmente não trazem uma ideia consubstanciada do trabalho. Por outro lado, quando os mesmos são vistos globalmente e de forma integrada, quebra-se o limite do que é imaginado pelas legislações e organizações, o que permite conhecer um significado mais concreto do que representa esse trabalho, evidenciando, assim, as lacunas entre o que é prescrito e o que é realizado.

Decompor o processo de trabalho do enfermeiro em elementos, portanto, é relevante, uma vez que permite aproximar-se mais dos seus saberes e dos seus fazeres e visualizar, detalhadamente, suas facilidades, dificuldades, motivações e, sobretudo o prazer e o sofrimento que o seu trabalho lhe proporciona.

##### **Sujeito Trabalhador**

Fazer do trabalho o núcleo central de identificação do sujeito, implica articular todas as características que mostram e descrevem quem é o profissional. De que campo de conhecimento ele fala e reflete. Que discursos incorpora. Cada elemento traz uma carga

histórica de imagens, obrigações, modos de pensar e agir difíceis de serem compreendidos em toda sua magnitude, porque “la identidad es el resultado de una construcción social, es decir colectiva o que se da en los espacios de encuentro de diferentes individualidades” (TESTA, 2005, p. 38). Ser homem ou mulher, jovem ou maduro, solteiro ou casado, com filhos ou sem filhos, mais do que características que se afetam mutuamente, traduzem modos de dizer da existência de sujeitos em incessante construção. Modos que podem ser telegráficos, na forma de breve perfil dos sujeitos deste estudo:

**E1:** Enfermeira, 36 anos, casada, três filhos, formada há 11 meses. Não é pós-graduada. Trabalhou como técnica de enfermagem, durante 15 anos na área hospitalar e atua há dez meses no PSF. Esse é o primeiro trabalho como enfermeira, trabalha quatro dias na semana e não tem outros vínculos de trabalho. Desloca-se para o trabalho no transporte da Secretaria de Saúde e almoça na unidade de saúde. É responsável pelas tarefas domésticas do seu lar.

**E2:** Enfermeira, 26 anos, solteira, sem filhos, formada há quase quatro anos. É pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pós-graduanda em Pré-Natal. Tem experiência anterior como enfermeira de UBS (modelo tradicional) e atua há três anos no PSF. Trabalha quatro dias da semana e no dia de folga do PSF trabalha numa IES e supervisiona estágio de enfermagem de rede básica. Desloca-se para o trabalho em carro próprio e geralmente almoça na sua residência. Pratica atividade física.

**E3:** Enfermeiro, 31 anos, casado, um filho, formado há um ano e quatro meses. Não é pós-graduado. Tem experiência anterior em função de nível médio, no setor privado, na área administrativa. O PSF é a primeira experiência na área de saúde, como enfermeiro e atua há dez meses. Trabalha quatro dias da semana e no dia de folga é plantonista por 24 horas numa unidade hospitalar em outro município da região. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência. Pratica atividade física.

**E4:** Enfermeira, 39 anos, casada, três filhos, formada há 15 anos. É pós-graduada em Saúde da Família. Tem experiência anterior como enfermeira em três outros municípios, na Atenção Básica. Neste município já trabalhou em UBS e PSF. Atua na USF atual há quatro meses. Trabalha quatro dias da semana e, no dia de folga do PSF e aos sábados, trabalha em outro município, com vínculo de concurso público. Desloca-se para o trabalho em carro próprio e almoça na unidade de saúde.

**E5:** Enfermeira, 37 anos, casada, dois filhos, formada há dois anos. É pós-graduada em Urgência e Emergência e Saúde Pública. Tem experiência anterior e atual em função de nível médio, na área de segurança pública. O PSF é a primeira experiência na área de saúde, como enfermeira e atua há dois anos. Trabalha quatro dias da semana. Atua no outro vínculo no dia de folga ou nos finais de semana. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência.

**E6:** Enfermeira, 25 anos, solteira, sem filhos, formada há três anos. É pós-graduada em UTI. Tem experiência de três anos no PSF e atua na USF atual há dois anos. Trabalha quatro dias da semana e no dia de folga do PSF ou à noite trabalha numa UTI de uma unidade hospitalar situada no mesmo município. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência. Pratica atividade física.

**E7:** Enfermeira, 32 anos, solteira, sem filhos, formada há oito anos. É pós-graduada em Auditoria em Saúde e pós-graduanda em Saúde do Trabalhador. Tem experiência anterior como enfermeira em três outros municípios, com oito anos de PSF e atua na USF atual há seis anos. Tem outro vínculo de trabalho e atua como professora em Instituição de Ensino Técnico (IET), à noite, no curso técnico de enfermagem. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência.

**E8:** Enfermeiro, 59 anos, casado, três filhas, formado há 27 anos. É pós-graduado em Enfermagem materna e neonatal. Depois de formado passou 18 anos atuando em função de nível médio, na área de telecomunicações. Tem experiência de nove anos no PSF e atua na unidade atual há oito anos. Trabalha quatro dias da semana e não tem outro vínculo de trabalho. Desloca-se para o trabalho no transporte da prefeitura e, geralmente, almoça na sua residência.

Entretanto, quando se examina mais detidamente cada dimensão apresentada, a moldura que inicialmente destaca o profissional enfermeiro é o sexo. A maioria dos sujeitos, como era de se esperar, são mulheres, o que ratifica a predominância histórica feminina da profissão de enfermagem. Os enfermeiros possuíam idade entre 25 e 59 anos, a maior parte deles era casada e com filhos, o que implica outras ocupações e preocupações que não somente o mundo do trabalho.

Não se pode deixar de reconhecer as questões de gênero numa profissão historicamente feminina. Assim, a conciliação entre as tarefas domésticas e profissionais se torna algo indispensável, por fazer parte do cotidiano de muitas mulheres e por, certamente, trazer implicações para a sua saúde.

Segundo Araújo e Rotenberg (2011, p. 141-142),

[...] as longas jornadas de trabalho não significam redimensionamento do trabalho doméstico; este se mantém como de responsabilidade feminina, ampliando a exposição das mulheres às cargas de trabalho, o que, por sua vez, pode representar um incremento nos efeitos negativos à saúde e à qualidade de vida dessas mulheres.

Tais questões são evidenciadas nas colocações de duas entrevistadas, que são mulheres, mães e trabalhadoras. Apesar da centralidade crescente do trabalho na identidade da enfermeira, a maternidade cobra seu preço e se mantém como “primeira obrigação”:

[...] faço café da manhã que tenho que deixar pronto pra as crianças, né? [...] Chego em casa tem os afazeres domésticos, né? Que eu não tenho empregada, sou eu mesmo que faço minhas coisas; tem as crianças e aí, à noite, também, café, janta, tenho que preparar o almoço para cá no próximo dia (E1).

Quando eu acordo é a primeira obrigação preparar o café da manhã, no caso a vitamina, alguma coisa pra as crianças, até o horário que a moça que trabalha comigo chega [...] (E4).

Como é possível perceber, as necessidades do trabalho da casa e da maternidade antecedem a jornada do trabalho formal, que remunera. As múltiplas responsabilidades geram uma carga que vai se somar às demais provenientes do esforço próprio do serviço em saúde. Na verdade, nos casos estudados, a dupla jornada, ou tripla, aparece relacionada ao casamento com filhos. Conforme aponta o Quadro 3, dos oito enfermeiros da pesquisa, cinco possuíam filhos. Exatamente esses cinco relataram na sua jornada cotidiana a realização de trabalho doméstico. As diferenças de gênero encontradas parecem se relacionar mais com o tipo de tarefa assumida no lar. Assim, as mulheres preparavam os filhos para a escola, alimentavam, davam banho, ou até levavam na escola, enquanto os dois homens, um referiu “fazer café” e “varrer quintal”, e o outro, apenas, levar o filho na escola.

Observa-se, assim, que apesar dos homens incorporarem algum tipo de atividade familiar, a mulher assume uma maior carga de trabalho doméstico<sup>18</sup>. A conciliação entre

<sup>18</sup> **Trabalho Doméstico:** Entende-se aqui por trabalho doméstico, qualquer atividade realizada dentro do lar ou fora dele, que esteja relacionado com a casa ou com a família.

trabalho e família é algo que exige esforço contínuo e, para a mulher, configura-se como obrigação. As pesquisas de Spindola e Santos (2003) e Merighi e outros (2011) registram que as múltiplas atividades do cotidiano feminino são apontadas como responsáveis pela sobrecarga laboral e pela privação no cuidado de si mesmas, principalmente, quando essas mulheres não contam com uma rede familiar de apoio, o que gera estresse, cansaço, angústia e sintomas físicos.

Entretanto, o convívio diário com essas exigências é justificado pela necessidade de muitas mulheres em complementar a renda familiar (SPINDOLA; SANTOS, 2003; 2004) e, por isso, esse trabalho se faz necessário, mesmo tendo a mulher outras responsabilidades como o cuidado com os filhos e os afazeres domésticos, que concorrem com o trabalho externo ao lar.

Realmente, pelo menos uma das entrevistadas referiu, claramente, a necessidade de “trabalhar muito” e “trabalhar mais”, porque a remuneração “não condiz”, e que isto resulta em menos tempo com a família.

Durante a observação pôde-se constatar essa ideia de mãe-mulher-trabalhadora, no horário de almoço, quando uma entrevistada telefonou para seus filhos para ter notícias sobre as atividades da escola e alimentação dos mesmos. Essa questão revela que para além das suas responsabilidades laborais, a preocupação com os filhos invade o espaço de trabalho da enfermeira, o que evidencia a indivisibilidade dessa tríade.

O tempo de formação da graduação em enfermagem variou de 11 meses a 27 anos, entretanto, o predomínio foi mesmo de recém-formados. Dos oito entrevistados, cinco tinham até três anos de formados. Campo de prática relativamente novo, com postos de trabalho ainda aumentando, o PSF, no município estudado, apresenta características similares ao descrito na literatura.

Nos estudos realizados por Ximenes Neto e outros (2009) e Lopes e Bousquat (2011), as ESF, em sua maioria, eram compostas por enfermeiros com tempo de formação de até cinco anos. Situação semelhante, também, foi encontrada na pesquisa de Salmeron e Fucítalo (2008) que indicaram a presença de enfermeiros recém-formados no mercado de trabalho como possível indicador para motivação, criatividade e inovação no trabalho. Por outro lado, os autores acrescentam que essa realidade pode evidenciar experiência profissional ainda fragilizada.

O tempo de atuação no PSF indicou dois enfermeiros com menos de um ano, três enfermeiros entre dois e três anos e três enfermeiros entre oito e nove anos de experiência. A experiência no PSF de dez meses de dois entrevistados, mostra um conhecimento, ainda,

superficial sobre o funcionamento e o processo de trabalho na Saúde da Família. Portanto, acredita-se que essa presença jovem no PSF, revela enfermeiros ainda enquadrados pela teoria e que podem vir a sofrer, caso não encontrem apoio e sejam acompanhados, pela gestão, nesse processo.

O tempo mínimo, de seis meses, exigido pelos critérios de seleção da pesquisa indicou que a experiência, no geral, podia ainda ser menor do que a encontrada, ainda que um investimento na formação se mostrasse relevante. Ou seja, eram sujeitos com história de investimento profissional. Dos enfermeiros entrevistados, seis eram pós-graduados – quatro tinham ou estavam finalizando pós na área de Saúde Coletiva – Saúde Pública, Saúde da Família, Pré-Natal e Saúde do Trabalhador – entretanto, registrou-se, que destes, dois tinham pós em UTI ou Urgência e Emergência, áreas assistenciais especializadas. Salienta-se que um que ainda não tinha pós-graduação, referiu ter interesse em especializar-se em UTI. Ao analisar essa questão, indaga-se: o que leva o enfermeiro a especializar-se em uma área e atuar em outra (PSF)? Será que seria influenciado pela (in)satisfação que este indivíduo tem pelo seu trabalho? Será que o sofrimento no trabalho teria algum grau de determinação nesse processo?

Ainda que esse estudo não pretenda responder a estas perguntas, é intrigante o fato de que enfermeiros atuantes no PSF possuam algum tipo de especialização, em áreas hospitalares ou afins, que indicam um investimento voltado para outro segmento do mercado. Talvez por uma expectativa de inserção anterior ou futura. Assim sendo, o que se observou foi uma diversidade de pós-graduações, nem sempre afinadas com o trabalho atual.

Sobre o tempo de atuação na USF atual, três enfermeiros atuavam há menos de um ano na unidade e cinco enfermeiros possuíam entre dois e oito anos de atuação.

**QUADRO 3** Caracterização dos sujeitos do estudo. Feira de Santana-BA, Dez., 2011.

E	Sexo	Filhos	Trab. Dom	T-Grad	Ta-PSF	Ta-USF	Reg. Trab. PSF	Vínculos de trabalho	Pós-graduação
E1	F	3	Sim	11 m	10 m	10 m	Coop.	PSF	Não tem
E2	F	0	Não	03 a	3 a	3 a	Coop.	PSF e IES	UTI e PN
E3	M	1	Sim	1 a	10 m	10 m	Coop.	PSF e hospital	Não tem
E4	F	3	Sim	15 a	9 a	4 m	Coop.	PSF e AB	PSF
E5	F	2	Sim	2 a	2 a	2 a	Coop.	PSF e Seg. Pública	U/E e SP
E6	F	0	Não	3 a	3 a	2 a	Coop.	PSF e UTI	UTI
E7	F	0	Não	8 a	8 a	6 a	Coop.	PSF e IET	Auditoria e ST
E8	M	3	Sim	27 a	9 a	8 a	Coop.	PSF	Enf. Mat. Neo.

**Legenda:** E = Entrevistado; F = feminino; M = masculino; Trab. Dom = trabalho doméstico; T-Grad = tempo de formação da graduação em enfermagem; m = meses; a = anos; Ta-PSF = tempo de atuação no PSF; Ta-USF = tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família atual; Reg. Trab. PSF = regime de trabalho no PSF; Coop. = Cooperativa; Seg. Pública = Segurança Pública; PN = Pré-natal; U/E = Urgência e Emergência; SP = Saúde Pública; ST = Saúde do Trabalhador; Enf. Mat. Neo = Enfermagem materno neonatal.

Dos que apresentaram experiência anterior no mercado de trabalho, seis foram no setor saúde, sendo que cinco na AB, e, um no setor hospitalar, porém na função técnica de enfermagem. Justamente esse enfermeiro referiu hérnia de disco contraída na função anterior. Contudo, um dos que referiu experiência na AB, passou, depois de formado, dezoito anos atuando somente na área técnica de telecomunicações. Os outros dois tiveram experiência em funções de nível médio.

Considerando que o PSF funciona em dias úteis e que todos informaram dispor de uma folga semanal, isso implica numa carga horária de no máximo 32 horas semanais. Mas, quando perguntados sobre a carga horária de trabalho, apenas três consideraram a folga existente, e os demais responderam cumpri-la, de acordo com o padrão estabelecido pela legislação vigente sobre a Saúde da Família, ou seja, 40 horas semanais. É importante ressaltar que os enfermeiros observados chegavam à unidade depois de 8:00h., e isso independia de se deslocar ou não com o transporte da Secretaria de Saúde.

Todos eram cooperados e, portanto, não possuíam vínculos que assegurassem direitos trabalhistas, expondo, assim, a precarização do trabalho no PSF. Para Rocha e Zeitoune (2007), o vínculo empregatício funciona como um agente motivador, capaz de intervir na prática e nos resultados do trabalho realizado pelo enfermeiro do PSF. Portanto, a instabilidade profissional a partir de um vínculo fragilizado, pode levar a mudanças no seu

comportamento, pelo efeito que ela produz, levando a maior insegurança em relação ao posto de trabalho.

Pode-se associar essa questão da fragilidade do vínculo à conciliação desses profissionais com outras atividades. Dos enfermeiros entrevistados, apenas dois trabalhavam somente no PSF. Os demais possuíam outros trabalhos, sendo que um deles atuava em outro local não como enfermeiro, mas como profissional de nível médio, na área de segurança pública. Os outros cinco atuavam: como enfermeiro de Atenção Básica (um), na área hospitalar (dois) e na área de ensino (dois). Notou-se que possuir a folga semanal era um agente facilitador para a conciliação com outro vínculo de trabalho, apesar de ter enfermeiros que referiram trabalhar à noite e finais de semana. Um resultado semelhante foi encontrado por Rocha e Zeitoune (2007): 83,3% dos enfermeiros que atuavam no PSF conciliavam com outros vínculos empregatícios de docência e assistência hospitalar, para conseguirem uma melhor remuneração.

Nessas circunstâncias, de mais de um vínculo, o enfermeiro apresenta uma carga de trabalho elevada, o que reduz o tempo que teria para descansar ou dedicar-se a outras atividades que lhe dê prazer. Assim, a intensa atividade pode acarretar cansaço, fácil irritação, desinteresse e, conseqüentemente, a execução dos seus trabalhos (no PSF ou outro local) com menor qualidade.

### **Objeto do trabalho no PSF**

O objeto do trabalho não existe enquanto objeto de intervenção, desagregado de um contexto, ele surge como um recorte da realidade sobre a qual se executa uma atividade vinculada à determinada finalidade (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). Nessa perspectiva, Ximenes Neto e outros (2007) apontam como objeto maior do trabalho do enfermeiro, os sujeitos, as famílias e a comunidade. Essa ideia é semelhante aos depoimentos de alguns entrevistados que reconhecem a comunidade que atuam como o objeto central do seu trabalho:

Pra comunidade, né, pra comunidade do meu bairro, da minha área de abrangência (E2).

Pra população, pra comunidade aqui no PSF onde eu trabalho, pra toda essa população (E3).

A percepção do objeto foi melhor visualizada durante as observações. Um desses entrevistados tinha um olhar voltado para o objeto-usuário durante os atendimentos, planejava Feiras de Saúde para a comunidade da área de abrangência, portanto, confirmava o dito na entrevista, mas, também, dedicava parte do seu tempo à gerência das “coisas” e a coordenação da unidade.

É interessante esse não reconhecimento das “coisas”, como objeto do trabalho, mesmo quando essa atividade ocupa parte significativa do tempo gasto no PSF. O objeto reconhecido por todos os enfermeiros foi composto por pessoas: usuários, comunidade, e até os demais profissionais da equipe.

Outro entrevistado traz uma concepção mais reducionista quando afirma ser o seu objeto “os usuários da unidade de saúde, as pessoas que vêm para o atendimento”.

E aquele que não chega, por algum motivo, à unidade, mas é da área de abrangência da USF, não é objeto do trabalho? Essa ideia diverge dos aspectos trazidos por Becker (2001) quando assegura que a equipe, de modo geral, deve, fundamentalmente, suplantando a atenção à demanda e as preocupações exclusivamente curativas, para ir à comunidade desenvolver ações de promoção junto aos usuários. Contudo, Coelho (2008) questiona qual o significado que essa expectativa de um usuário-objeto sempre demandante, pode ter para um processo de trabalho que tem como desafio promover uma atenção global à saúde, envolvendo a vigilância à saúde, a abordagem de grupos de maior risco e dando ênfase às questões do território para a produção da saúde?

Entretanto, nesse caso específico, tratou-se de um profissional com pouco tempo na área de saúde, apenas um ano de formado e 10 meses de PSF, sem pós-graduação e sem experiência anterior, e que vem de uma atividade laboral técnico-administrativa extra-setorial. Isso por si só já explicaria essa visão reducionista.

Outro entrevistado, ao contrário, apresenta uma visão ampliada sobre o objeto de trabalho e delimita, além da comunidade, outros objetos relevantes para a materialização e atendimento às necessidades do seu trabalho.

Pra comunidade, pros pacientes, pros técnicos de enfermagem, pros agentes de saúde, pro médico, pra a equipe toda, a gente trabalha com toda a equipe, se envolve com todo mundo (E7).

Considerando a complexidade do trabalho em saúde e que o enfermeiro dirige, também, o seu trabalho para outros indivíduos que são comparadamente importantes para os produtos esperados do trabalho em saúde, é pertinente destacar que além do usuário, o

enfermeiro deve interagir e trabalhar com todos os integrantes da equipe, na medida em que coordena o processo de trabalho da unidade de saúde. Este “dever” implica em responsabilidades e expectativas aumentadas que podem ter repercussões no “modo de andar o trabalho e a vida”. Essas repercussões é o que aqui se pretende melhor conhecer.

### **Finalidade do trabalho**

Quando perguntados sobre a finalidade do seu trabalho no PSF houve uma convergência nas respostas de alguns enfermeiros, que aproximaram suas respostas daquilo que preconiza a abordagem teórica do SUS e do PSF.

A finalidade de meu trabalho? É o atendimento, né, as pessoas, o que a gente puder ajudar na promoção e [...] o que puder prevenir de doenças, as orientações, o atendimento, o atendimento nos programas, né, que tem essa finalidade, justamente mais a parte preventiva (E4).

Aqui no PSF é atuar na prevenção, na promoção da saúde, né, e atender aqueles casos que já estão diagnosticados e a gente fazer o tratamento (E6).

A finalidade está no cumprimento dos objetivos propostos pelo PSF: prevenir, promover, atender, tratar, orientar. Mesmo diante da necessidade de adequar algumas normas ao atual momento do desenvolvimento da AB no Brasil, traduzido pela criação da portaria nº. 2.488 em 2011, é imperativo a continuidade de ações que traduzem o real significado do primeiro nível de atenção do SUS, que é focalizar a atenção no indivíduo e nas famílias, por meio de ações preventivas e de promoção à saúde, mas sem deixar de reconhecer a necessidade de assistir e tratar quando for preciso (BRASIL, 2011b).

Contraditoriamente ao que foi revelado, salienta-se que as observações no trabalho do enfermeiro indicaram uma prática ainda focada no atendimento ao público, atravessado por uma abordagem ainda biologicista, que prioriza o sistema de queixa-conduta. É certo que foi visualizado, também, planejamentos de atividades com grupos e práticas educativas, mas, ainda se mostraram pontuais.

Complementa outro entrevistado, que apesar de reconhecer, teoricamente, o PSF como uma política na qual o seu núcleo está direcionado para as ações de prevenção de doenças e agravos, atua numa realidade diferenciada, uma vez que a USF acaba sendo o acesso mais fácil, à população, para atendimentos de saúde. Isso pode ser agravado pelas questões culturais, reveladas pelo hábito da comunidade em não procurar a unidade, cotidianamente,

tornando a mesma um espaço de tratamento de doenças instaladas e de atendimentos emergenciais.

Assim, a gente aqui trabalha para prevenir as doenças, né isso? Prevenir e solucionar os problemas já instalados. Então assim, PSF é mais prevenção, só que aqui as pessoas, como esse é um bairro muito distante, [...] aqui a gente atende mais emergência, do que, realmente, a prevenção da doença, [...] os hipertensos mesmo [...] têm muita dificuldade de vim, eles próprios que não querem vim para unidade, só vem quando já tá a doença bem instalada, que já tá com várias complicações, aí que eles comparecem na unidade. **E como é um lugar, assim, muito distante, a gente atende muita emergência.** Aqui parece uma policlínica, só não é porque o atendimento é até às 16:30 e a gente coloca na cabeça deles que aqui não é, que aqui é um PSF. Mas, aqui **atende mais emergência do que deveria ser atendido** (E1).

O entrevistado identifica a finalidade preconizada pelas políticas públicas, entretanto percebe que realiza o seu trabalho não tão em conformidade com o discurso oficial do SUS. Isso pode gerar insatisfação para o enfermeiro que tem consciência sobre o que “deve ser” o PSF, mas diante dos possíveis problemas de acesso geográfico e, também, culturais, acaba por trazer uma outra delimitação para a sua prática. Essa questão mostra que a existência de particularidades nas áreas de abrangência da USF interfere diretamente no processo de trabalho do enfermeiro e das equipes e traduz que nem sempre o ideal está próximo do real.

O estudo de Krug e outros (2010), também encontrou uma realidade semelhante, apontada como desfavorável ao trabalho no PSF, onde os usuários eram demandantes de atendimento curativo, e esses autores associavam esse comportamento às condições sócio-econômico-culturais da própria comunidade.

Então, a finalidade termina se desviando para o atendimento de urgências numa situação em que não existe uma estrutura que dê suporte a esse tipo de cuidado. Por outro lado, é preciso considerar que a história profissional desse entrevistado é concentrada na área hospitalar, o que confere, talvez, a intimidade e o prazer diante do trabalho com situações emergenciais, o que, também, pode dificultar o mesmo em encaminhar esse tipo de atendimento para local mais apropriado.

Um aspecto diferente do que já foi abordado foi comentado por um entrevistado, que trouxe como finalidade do seu trabalho a satisfação de necessidades individuais, como manutenção de nível social:

A minha, tipo assim, né, **manter meu nível social**, [...] eu **sou da classe média**, né, manter o nível, é, ter uma boa qualidade de vida, tanto para mim, quanto meus filhos, quanto com meu marido, né? A gente fica assim, unindo as rendas. É tentar assim, de uma melhor maneira possível dá uma boa educação aos filhos e poder viver bem, razoavelmente bem (E5).

Essa visão é contemplada por Pinto (2008) quando apresenta os profissionais do PSF como modelos de “Coletivos Organizados de Produção”, que além de produzir valor de uso para os outros (comunidade), produzem, também, para si, uma vez que se organizam em função de atendimentos aos seus próprios desejos e interesses, materializados por salário, reconhecimento, posição social, dentre outros.

Ter trazido, contudo, esse aspecto como finalidade do seu trabalho, a satisfação de demandas particulares, não exclui a possibilidade da prática de ações direcionadas pela política que rege o PSF: de prevenção, promoção e satisfação das necessidades da população.

Ainda assim, o forte laço apontado entre a finalidade do trabalho e a posição de classe com a qual se identifica, “classe média”, dá o que pensar, principalmente, quando se observa o sentido desse pertencimento. Ser da classe média permite “dar boa educação aos filhos” e “viver bem”. Ser enfermeiro é a chave (ou a chave obtida, a senha), na percepção do entrevistado, para ter acesso a este outro nível. Nível, posição, acessível pela educação superior e custeada com ganhos do trabalho do nível médio (segurança pública). Situação similar à de outro entrevistado cuja experiência de passagem de um lugar para o outro (do hospital para o PSF) foi às custas da rejeição explícita dos novos colegas.

### **Meios de trabalho**

Sobre os meios utilizados para o trabalho, os enfermeiros elencaram elementos diversificados para a realização de suas atividades: conhecimento teórico e empírico, impressos, material educativo, medicamentos, glicosímetro, tensiômetro, estetoscópio, balança, fita métrica, maca, sonar, pinnard, prontuário, protocolos, computador, álcool, abaixador de língua, algodão, nebulizador, aparelho de DVD, filmes. Inclusive, as relações sociais engendradas pelo trabalho, foram mencionadas como meio, apenas, por um enfermeiro, que reconheceu o diálogo e o trabalho realizado em parceria com outros profissionais da equipe, como necessários para a sua articulação com os usuários e comunidade.

Nessa perspectiva, utilizando-se das concepções teóricas de Merhy (2007) sobre a utilização das tecnologias leve, leve-dura e dura visualiza-se, através dos meios apontados, que os enfermeiros utilizam os três tipos de tecnologias no trabalho desenvolvido no PSF, mas registrou-se uma maior referência às tecnologias leve-duras (conhecimentos) e duras (equipamentos/materiais permanentes, protocolos).

Os meios necessários, para o trabalho do enfermeiro do PSF não são dependentes de avanços e de grandes investimentos de tecnologia de ponta. São necessários, sim, insumos e equipamentos, mas para além disso, se “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2006). Assim, as tecnologias não-materiais portam maior valor nesse espaço, que deve ser marcado pelas múltiplas relações existentes com os demais profissionais, com os usuários e com a comunidade.

Contudo, apesar de bastante discutido na literatura a relevância do uso das tecnologias leve no trabalho do PSF, apenas um dos entrevistados relatou uso das tecnologias relacionais, por meio das dinâmicas de grupo e o trabalho de equipe envolvendo os trabalhadores do NASF. O enfermeiro coloca, no extrato a seguir, essas questões como meios importantes para a concretização do trabalho, além dos conhecimentos e materiais permanentes:

Meus **conhecimentos** próprios, né, adquiridos durante o período de universidade, fora aqueles cursos que a gente tomou, reciclagem, né, aperfeiçoamento, curso, simpósio, seminários, essas coisas. Recurso de material, às vezes, a gente usa, através de **DVD, filmes, dinâmicas de grupo, trabalho de equipe que tem o pessoal do NASF que nos auxilia muito, que é o Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família** [...] (E8).

Existe, entretanto, profissional que desenvolve o trabalho de modo mais dependente do uso de tecnologias duras, quando registra o uso de protocolo para respaldar as atividades realizadas, computador para os atendimentos e para instrumentalizar em outras atividades, como solicitação de insumos, medicamentos e realização de ofícios, além do carro da Secretaria de Saúde para a realização de visitas domiciliares, que surge como um instrumento importante e quando falta complica o trabalho:

Normalmente assim, [...] eu trabalho mediante o **protocolo do Ministério**. Então assim, todas as ações desenvolvidas, as consultas ministradas, né, as consultas que realizo, as palestras ministradas é tudo via protocolo. [...]. Como aqui a unidade é informatizada, ultimamente, a gente tá usando mais, graças a Deus, o computador. Tanto seja pra atender o paciente na consulta, tanto seja pra solicitar algum tipo de material, ou medicamentos, fazer ofícios. [...] **o maior instrumento que hoje eu utilizo é o computador**. [...] uma paciente tá precisando naquele momento [de visita domiciliar] a gente faz de tudo pra que, **se tiver carro, a gente faz** (E5).

Na observação de campo realizada na USF desse entrevistado, pôde-se constatar que são inegáveis os benefícios que a informatização da unidade traz para o trabalho do enfermeiro, principalmente pela agilidade que o sistema proporciona, em virtude de possibilitar um preenchimento reduzido de impressos; por outro lado, também, visualizou-se a

preocupação do enfermeiro com o andamento das atividades, mesmo estando em atendimento ao usuário, quando o sistema, em determinados momentos, interrompia seu funcionamento.

Outros entrevistados complementam, registrando o uso, também, de protocolos ou manuais para apoiar os atendimentos e de equipamentos, mas relevam o uso do conhecimento científico, dando ênfase aos saberes da Saúde Coletiva e Vigilância da Saúde, com menção às experiências que o campo empírico proporciona para o desenvolvimento do trabalho e, ainda, um dos entrevistados faz uma alusão ao uso intenso de impressos no PSF.

**Com papéis, né?** Papéis. É, na verdade mais impresso, né? **Conhecimentos** que você aprendeu ao longo da faculdade. [...] tudo de parte de saúde coletiva, [...] vigilância. [...] a gente trabalha com, além dos papéis, com álbuns seriados, com cartazes que a gente recebe muito do Ministério da Saúde, tem alguns **cadernos de atenção básica, manuais** que a gente também elabora, né, técnicos de normas e rotinas [...]. Os equipamentos, assim, balança infantil; a balança de adulto também; fita métrica, sonar doppler, pinnard, pouco, mas, às vezes. [...] o tensiômetro, né, o estetoscópio, são mais esses materiais (E2).

Balança (balança de adulto e balança de criança), fita métrica, a maca, o sonar, tensiômetro, estetoscópio, e os blocos de solicitação de exame, receituário, fichas clínicas, também tem os protocolos, né, protocolo do atendimento. [...]. Então tem esses cursos que sempre a gente tá se atualizando, meu **conhecimento acadêmico** e, também, da **experiência do dia-a-dia**. [...] Todo conhecimento [...] tanto o teórico, quanto a prática, todo esse conhecimento (E4).

Os saberes que são adquiridos ao longo de sua formação acadêmica somam-se àqueles que se constroem cotidianamente no trabalho e por meio do trabalho. Esses saberes determinam melhor uso dos outros meios necessários para lidar com o objeto de trabalho. Nesse sentido, corrobora-se com Alves e outros (2007, p. 104) quando afirmam que para a operacionalização do trabalho do enfermeiro “não basta ter o equipamento, o importante é saber como usá-lo da melhor maneira possível e no momento certo”.

A questão referente à grande quantidade de papéis foi visualizada, de modo geral, nas observações dos enfermeiros. Para a realização dos atendimentos (pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, coleta de exame preventivo, atendimento aos hipertensos e diabéticos, entre outros) existiam planilhas específicas. Por exemplo: no atendimento de gestantes eram realizados registros no cartão da gestante, ficha clínica, prontuário, cartão de vacina, mapa de cadastro e acompanhamento do SISPRENATAL (Sistema de Informação do Pré-natal), mapa do sistema de vigilância alimentar e nutricional, mapa de suplementação de ferro, além das guias de solicitação de exames do pré-natal. Essa grande quantidade de registros era realizada durante o atendimento, entre o atendimento de uma gestante e outra e no período pós-atendimento, o que gerava desconforto e sobrecarga de

atividades, em virtude das outras atividades que desempenhava na USF, além daquelas marcadas pela imprevisibilidade que podiam acontecer no dia a dia de trabalho.

Observou-se que a falta ou insuficiência de materiais, bem como a irregularidade nas manutenções que deixavam sem funcionamento os equipamentos necessários, influenciavam negativamente o atendimento. Isso mostrava a dependência que os enfermeiros tinham de determinados instrumentos para a realização do seu trabalho. Em duas das unidades, por exemplo, o sonar doppler estava quebrado e em uma delas, no atendimento à gestante, os batimentos cardíacos não eram auscultados por falta de outro instrumento que o substituísse. As gestantes, por sua vez, cobravam do enfermeiro a ausculta dos batimentos durante a consulta, o que deixava o profissional em situação desconcertante por saber da importância do procedimento tanto para a gestante quanto para sua conduta.

Constatou-se a existência de uma “intimidade” dos enfermeiros com os instrumentos de trabalho elencados e que tais instrumentos, por eles utilizados, possibilitavam a articulação dele com o objeto, com o propósito de transformá-lo em produto final. De modo geral, percebeu-se uma maior preocupação e preponderância dos sujeitos pelo uso dos conhecimentos e equipamentos no contato com o seu objeto de trabalho, do que com as relações propriamente ditas, que envolve o vínculo, a humanização no trabalho.

### Atividades desenvolvidas

Ao conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no PSF, identifica-se a realização de atividades de naturezas diferentes e em espaços diversos. Nesse sentido, são elencados, pelos enfermeiros, atividades de coordenação da equipe, gerenciamento do funcionamento da unidade, ações assistenciais, educativas, de vigilância:

Eh, **eu faço tudo**, né, faço **as consultas** que a gente tem aqui que é puericultura, pré-natal, hiperdia [...], planejamento familiar e as **visitas domiciliares**, também, que eu faço de puérperas, pessoas acamadas, assim, todas as pessoas que não pode vim aqui na unidade eu **vou atrás** deles. Até assim, gestantes que, às vezes, vem a primeira vez, eu **procuro saber** pelas agentes comunitárias cadê, vamos atrás, [...], tem a **parte administrativa**, [...] tudo que entra aqui e o que sai são **tudo anotado**, né, todas as medicações, [...]. Todas as doenças que são de notificações, a gente tem que, todas as notificações são mandadas para a Secretaria toda sexta-feira [...]. Por exemplo, teve um caso de rubéola, a gente sai pra fazer essa **busca-ativa** dos pacientes, **faz a vacinação**, é, tem essa parte de **investigação de óbito** [...] tem que fazer a investigação e encaminhar, também, para a Secretaria. [...] tem pacientes que eu **dou uma olhada**, né, se é **um curativo mais assim infectado** quer que eu dê uma olhada, os técnicos me chamam, eu vou e eu mesmo **faço o curativo**. Tem puérperas que só querem que eu faça a **retirada de pontos** [...], **pego os dados na mão das agentes comunitárias**, [...] **eu tenho que pegar os dados do dentista**

**também, dados do médico, do técnico e o meu.** [...] são muitas coisas pra mim **fazer contas**, pra mim **corrigir**, [...] pra no dia certo de ir tudo pra Secretaria (E1).

**Na verdade, eu que sou a coordenadora, né?** [...] eu **faço a escala** de serviço das técnicas de enfermagem, eu tenho um **mural que eu coloco tudo**, né, a **divisão de trabalho** [...]. Faço, também, **escala de sala de espera**, que a equipe toda tem que fazer e eu, também. Fiz junto com a equipe um **cronograma de atividades**, [...] na verdade eu **atendo por programa**, né? [...] a gente trabalha com mulheres, com os programas preconizados pelo ministério, hiperdia, [...] com a **atividade educativa**, a gente realiza **visitas domiciliares** [...]. A gente divide (a parte gerencial) com as assistentes administrativas, mas sempre eu tenho que fazer a **supervisão**, né, e, às vezes, algum exame que precisa de relatório, então, tem que passar por mim. Então, **sempre tem o dedo da enfermeira** (E2).

A grande quantidade de atividades que o enfermeiro desenvolve, faz com que se reconheça como um “faz-tudo”. Consultas, visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos, vacinações, investigações, realização de curativo e retirada de pontos, coordenação da unidade, atividades administrativas, realização de escala de atividades dos técnicos de enfermagem e cronograma de atividades da equipe, supervisão, atividades educativas, registros, recolhimento dos dados da produtividade dos membros da equipe, confecção de relatórios para encaminhamento de usuário, contas, correções e encaminhamento dos dados pra a Secretaria de Saúde. Observaram-se, entretanto, outras atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no PSF, como aquelas relativas à preceptoria de estudantes e reuniões comunitárias. Portanto, são atividades que ratificam a polivalência do enfermeiro que atua no PSF e deixa evidente que nas ações desenvolvidas “sempre tem o dedo da enfermeira”.

Entende-se que apesar de existirem outros profissionais na USF de tamanha relevância e que dispõem de outros saberes que se complementam, o trabalho do enfermeiro surge como algo que apoia o próprio funcionamento do PSF, devido a amplitude de suas atividades e responsabilidades que acabam por tangenciar o processo de trabalho dos demais integrantes da equipe multiprofissional.

Observa-se a multiplicidade de atribuições do enfermeiro, por exemplo, no estudo de Nascimento e Nascimento (2005) que assinalam que as atividades deste profissional, no PSF, tem se constituído de ações programáticas em saúde, voltadas para práticas assistenciais, alguns componentes de vigilância à saúde, além de práticas gerenciais, educativas e, ainda, a prática política.

Embora as atividades descritas nesse estudo estejam previstas, legalmente, para o enfermeiro que atua na AB, corrobora-se com o estudo de Pavoni e Medeiros (2009) que apontam o acúmulo de atividades sob a sua responsabilidade, como provocador de uma

sobrecarga de trabalho que impede este profissional de exercer todas as suas ações com qualidade.

Nesse sentido, salienta-se que existem atividades que são comuns a todos os integrantes da ESF, como as gerenciais, por exemplo. Entretanto, nos casos estudados, pôde-se perceber que tais atividades são mais ou, até mesmo, completamente concentradas no profissional enfermeiro. As atividades gerenciais são realizadas, prioritariamente, na USF ou em casa, enquanto as de natureza técnica acontecem em diversos espaços internos da USF e, também, extramuros, como descrito no Quadro 4 a seguir.

**QUADRO 4 Espaços e atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF. Feira de Santana-BA, Dez., 2011.**

<b>Enfermeiro na USF:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordenação da equipe             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Elaboração de escalas de trabalho de técnicos de enfermagem</li> <li>1.2 Reunião de equipe</li> <li>1.3 Controle de frequência, escala de férias e organização da escala de sala de espera</li> </ol> </li> <li>2. Gerenciamento de “coisas”             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Solicitação de materiais de consumo e/ou permanente</li> <li>2.2 Controle de entrada e saída de insumos</li> <li>2.3 Solicitação de manutenção</li> <li>2.4 Confecção de ofícios e comunicações internas</li> </ol> </li> <li>3. Atendimento de programas (Hipertensão/Diabetes, Pré-natal, Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, Coleta de Exame Papanicolau, Planejamento Familiar)</li> <li>4. Preceptoria de estágio em rede básica de graduandos de enfermagem e do PET-Saúde.</li> <li>5. Avaliação e/ou execução de determinados procedimentos</li> <li>6. Notificação e investigação de doenças e agravos</li> <li>7. Registros burocráticos dos atendimentos</li> <li>8. Coordenação e/ou realização de grupos educativos</li> <li>9. Fechamento de produção de procedimentos e atendimentos profissionais</li> <li>10. Organização e encaminhamento de dados para a SMS</li> </ol>
<b>Enfermeiro nos demais espaços comunitários:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita domiciliar</li> <li>2. Busca ativa de casos ou de faltosos</li> <li>3. Notificação e investigação de doenças e agravos</li> <li>4. Realização de grupos educativos</li> <li>5. Reuniões comunitárias</li> <li>6. Supervisão de ACS</li> <li>7. Realização de feiras de saúde</li> </ol>
<b>Enfermeiro no seu domicílio:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechamento de produção de procedimentos e atendimentos profissionais</li> <li>2. Organização e encaminhamento de dados para a SMS</li> </ol>

## O Espaço / tempo para o desenvolvimento das atividades

No meio de tantas atividades, é mister relacionar as ações do enfermeiro nos espaços em que as mesmas são realizadas, uma vez que na proposta do PSF rompe-se com a ideia de que a unidade é o único espaço de trabalho e busca-se adentrar nos domicílios e nos demais espaços comunitários para que se possa contactar com as singularidades dos indivíduos e das famílias, considerando os aspectos socioeconômicos que os rodeiam. Nessa perspectiva, o estudo de Oliveira e Marcon (2007) declara que em alguns momentos, as atividades dos enfermeiros são realizadas fora do ambiente da USF, para buscar a proximidade com os indivíduos nos espaços da sua rotina.

Assim, quando os enfermeiros “quebram os muros” da USF, abrem-se possibilidades de espaços para o desenvolvimento de interrelações, que não devem ser restritas à equipe multiprofissional, sobretudo abranger outros indivíduos que estão no mesmo território da USF, mas em outros espaços, como em domicílios, escolas, igrejas, creches, e outros. Nascem aí parcerias para o trabalho e possibilidades de resultados mais consistentes. Os depoimentos, a seguir, convergem e apresentam, para além dos espaços adscritos do território, o desenvolvimento de atividades em áreas descobertas pelo PSF.

**Nas áreas descobertas e [...] nas áreas mais longínquas da unidade**, tipo assim, que é considerada pelo mapeamento como área urbana, mas assim, na minha... é rural mesmo, bem longe. Aí então, a gente leva o serviço da unidade para essas áreas. **No CRAS**, que também é nosso parceiro, na **Associação de Moradores**, também, e aqui na **escola** [...] (E5).

A gente desenvolve aqui na unidade e desenvolve nas microáreas, em pontos estratégicos, como **igrejas, creches, condomínio** que a gente tem aqui, **área descoberta** onde a gente tá sempre procurando fazer atividade lá também, então nesses lugares (E6).

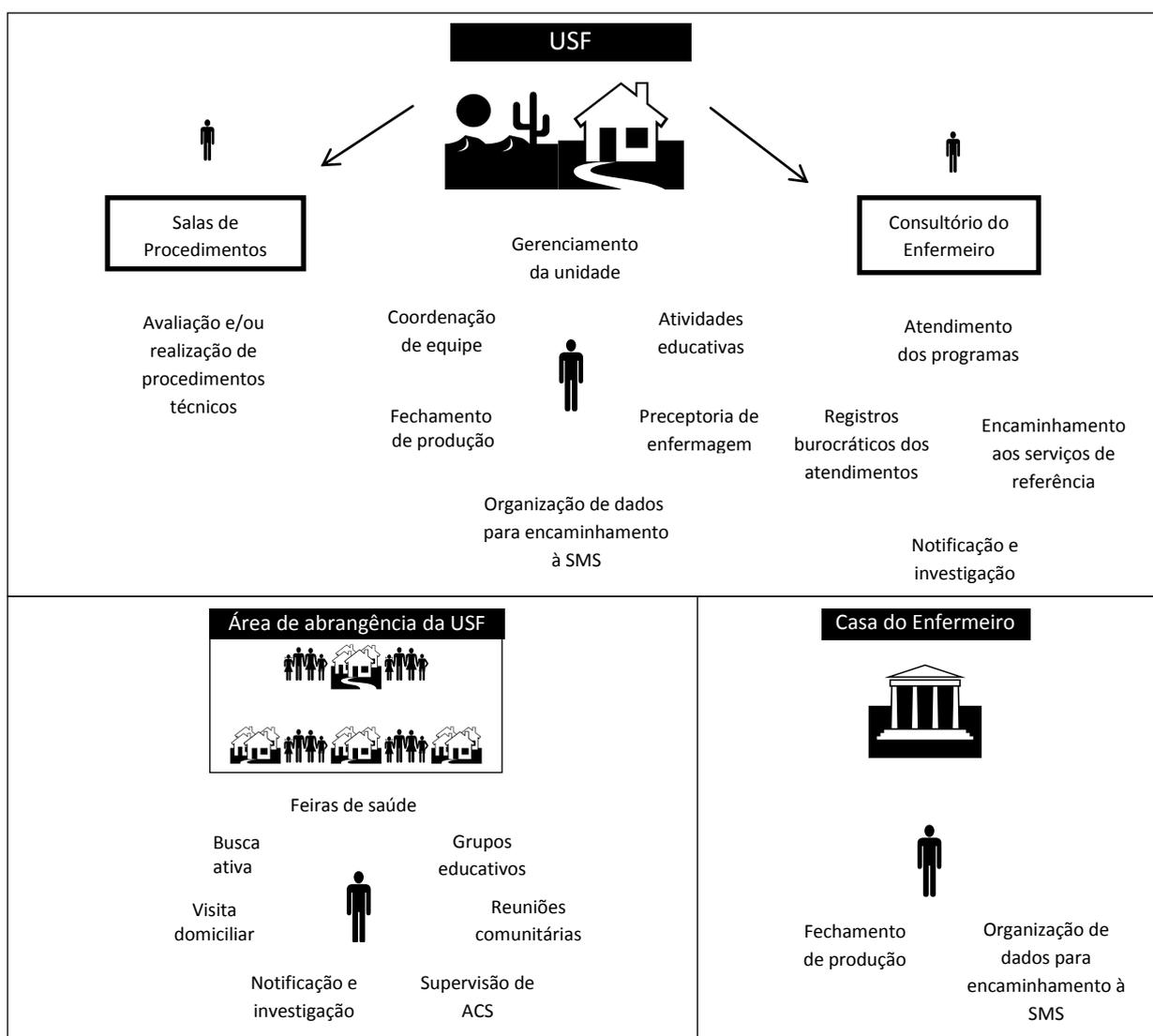
Apesar de fazer menção a outros espaços para a realização do trabalho não restritos à USF, observou-se que, na prática, nem sempre isso pode ser visto com entusiasmo. Um desses entrevistados, por exemplo, em determinado momento, quando um ACS da equipe solicitou a sua presença para a realização de uma visita domiciliar, observou-se que esta atividade foi prontamente delegada ao técnico de enfermagem. Sair da unidade pode significar abrir-se ao desconhecido.

Além dos espaços já referidos, outro entrevistado complementa trazendo um espaço que não é mencionado nas portarias que sustentam o PSF. Levar trabalho para a casa pode não atender o que está prescrito, mas se torna real diante da superposição e sobrecarga de

atividades realizadas pelo enfermeiro na USF. Nessa perspectiva, entende-se que este trabalho invade a vida do enfermeiro, e nos momentos em que o mesmo poderia estar desfrutando de atividades de lazer ou em companhia da família continua a realizar atividades do trabalho.

Ah, aqui na unidade de saúde mesmo. [...] quando é assim grupos ou reuniões que, às vezes, utilizamos a igreja, que tem um espaço aqui da igreja católica que é feito lá também [...] alguma atividade que aqui na unidade não dá para fazer. E também, na área que pertence à unidade quando vai fazer visitas, né, então, nós vamos até a casa do cliente. [...] às vezes acaba levando trabalho para casa (E4).

Durante as observações, no final da jornada de trabalho foi comum visualizar enfermeiros levando material de trabalho (livros de atendimento para atualização dos dados e fechamento da produtividade) para fazer em casa.



**FIGURA 4** Representação gráfica das atividades realizadas pelo enfermeiro nos diferentes espaços de trabalho. Feira de Santana-BA, 2011. FONTE: autoria da pesquisadora.

Através da Figura 4, percebe-se a existência de atividades desenvolvidas no espaço da USF (coordenação, gerenciamento, atendimento de programas, preceptoria, dentre outros) bem como de outras que acontecem, prioritariamente, no seio da comunidade (visita, busca ativa, supervisão de ACS). Entretanto, existem atividades que podem acontecer em ambos os espaços, como notificação e investigação de agravos e realização de grupos educativos. Outrossim, existem atividades que, por acúmulo de responsabilidades e tempo insuficiente para a execução na unidade, podem ser levadas para o domicílio do enfermeiro, como é o caso de fechamento de produção dos procedimentos e atendimentos realizados pela equipe na USF e organização desses dados para o encaminhamento dos mesmos para a Secretaria Municipal de Saúde.

Quando se fala em espaços de trabalho se faz importante conhecer como são esses ambientes. As estruturas dispõem de um mínimo conforto? Oferecem riscos para o enfermeiro?

Nesse sentido, Bins Ely (2004) enfatiza que espaços adequados de trabalho exigem menor esforço, contribui para a satisfação e segurança do trabalhador e, por conseguinte, poderá oferecer um impacto positivo na sua saúde e na realização das atividades.

Dos enfermeiros entrevistados, apenas dois referiram trabalhar em espaços confortáveis:

[...] no CRAS tem uma ótima estrutura física: salas com cadeiras, tem televisão, DVD, tudo que a gente necessitar, materiais áudio visuais lá disponíveis. Idem na Associação, a Associação também é um local que tem cadeiras para o pessoal sentar, tem todo um conforto. Idem, as escolas, somente a zona rural que a gente atende, faz o atendimento dos programas embaixo das árvores. Ai o que é que a gente faz, a gente leva os medicamentos, os métodos, se for uma consulta de planejamento familiar, né, e orientação, palestra o tempo todo. A unidade, graças a Deus, tem uma boa estrutura e infraestrutura, né? Graças a Deus, que **ela hoje tá nos padrões que a gente não vê**. Hoje nossa cidade tem 83 PSF e eu não sei se 10% têm essa estrutura aqui dessa unidade (E5).

É, na unidade é **confortável sim**. A estrutura é boa, tá reformado (E7).

Ressalta-se que as unidades que trabalham esses entrevistados são bem estruturadas e informatizadas e, realmente, possuem uma estrutura física incomum às demais realidades deste estudo. Contudo, apesar de um dos entrevistados referir que a USF “hoje tá nos padrões que a gente não vê”, foi visualizado que a mesma precisa de manutenção de reparo, uma vez que existiam locais da USF (sala de vacina, curativo, esterilização, sala de triagem neonatal e

consultório odontológico) com presença de colônias fúngicas (agentes biológicos), expondo os usuários e os profissionais que atuam nesses espaços.

Contrapondo com esta realidade, os demais enfermeiros afirmaram que contavam com uma infraestrutura desprovida do mínimo conforto e que isso interferia no trabalho, na saúde física e mental da equipe, uma vez que mesmo referindo insistência frente ao órgão responsável, por uma intervenção na estrutura física, o enfermeiro ainda não obteve uma resposta satisfatória, conforme aponta o depoimento a seguir.

**A unidade era pra ser bem mais confortável, né?** Porque tem um espaço enorme, mas não tem sala de atividades educativas, não tem copa, né? [...] Eu sempre faço ofício para ampliar a unidade, mas, nunca, **a prefeitura nunca reformou**. Porque é prédio próprio, não é casa alugada, né? Porque aqui era UBS, então poderia ser bem mais confortável, as salas, os consultórios poderiam ser bem maiores, [...] não é muito ventilado, sala de odontologia mesmo é bem abafadinha (E2).

A pesquisa de Trad e Meneses e Rocha (2011) assemelha-se a essa realidade e aponta que a precariedade das instalações das USF repercute negativamente no processo de trabalho. Ainda corroborando com tal situação, no estudo de Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) a falta de infraestrutura nas USF é muito criticada pelos sujeitos, inclusive enfermeiros, e constitui-se em um dos ‘gargalos’ da estratégia, pois que tem dificultado, expressivamente, a efetivação das ações de saúde e, portanto, a produção do cuidado durante o processo de trabalho das equipes.

Apesar de não mencionado por nenhum dos entrevistados, sabe-se da intensa rotatividade do gestor da SMS do município estudado. Entre os anos de 2010 e 2011, passaram pela gestão, três secretários. Essa questão termina por influenciar na resolubilidade dos problemas, visto que cada gestor precisa de um tempo para conhecer a realidade, eleger suas prioridades e planejar ações. As sucessivas trocas, portanto, demandam tempo e como afirma Krug e outros (2010, p. 84), as intervenções realizadas “nem sempre estão consoantes com as necessidades locais e/ou com o que seu antecessor havia pactuado e vinha desenvolvendo”. Tal situação pode justificar a ausência de reformas ou manutenções, em determinadas USF, interferindo às vezes no trabalho desenvolvido e, ao mesmo tempo, na satisfação do enfermeiro, enquanto trabalhador da saúde.

A situação é agravada quando os outros locais do território não oferecem uma mínima condição para a realização das atividades externas à unidade. Os entrevistados, a seguir, complementam sobre a ausência de conforto nos demais espaços que utilizam:

[...] **é tudo no meio da improvisação**, por exemplo, a gente vai na igreja o que tem na igreja para a gente sentar é aqueles bancos grandes [...]. Assim, iluminação é precária, porque **não tem aquela iluminação**, é só aquela iluminação de você abrir a janela, né? **Não tem ventilação**, também, a ventilação é do vento mesmo, através da janela. [...] A mesma coisa, aqui [Unidade] também a gente **não tem aquele conforto** total porque **aqui falta** com a estrutura física, **falta muita coisa**. Ar condicionado, a farmácia quando tá na época de verão [...] é desumano ficar na farmácia, porque assim, a única ventilação que a gente tem na farmácia é uma janela de 60 cm, né? Então ficar ali é horrível [...]. Então, **conforto, infelizmente, não temos**. [...] **Falta armário, falta arquivo** para a gente arquivar coisas do próprio PSF, não tem um ar-condicionado. O que a gente tem? Por exemplo, é um ventilador de teto, esse ventilador de teto, dependendo o que a gente esteja fazendo, a gente não pode usar tanto, o barulho incomoda, a própria papelada que a gente tem [...] a gente sabe que enfermeiro tem todo aquele trabalho burocrático, todos aqueles impressos, se a gente deixar ligado, não fica um papel em sua mesa. **Então, é desagradável, não tem conforto, é muito ruim** (E3).

Em termo de **conforto, não tem**. [RISOS] Que tanto é que a igreja que tem aqui na comunidade é a maior assim que a gente tem pra fazer. Mas, não tem [conforto] [...]. **Porque a comunidade é carente, então, a igreja também, né, carente**. E aqui, a unidade que é, também, uma unidade pequena, né? O pessoal daqui não tem conforto (E4).

As realidades expostas expressam carência “dentro e fora dos muros” da USF. Passa a existir uma semelhança entre os espaços, ou seja, a unidade é tão carente quanto a comunidade. Essa situação remete a Testa (1992, p. 162) quando afirma que a “atenção primária de saúde se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria, para uma população idem”. Então, nesse caso, reproduz-se o espaço da escassez, da pobreza, da falta. É um espaço de vazios. A partir disso, recorda-se a ideia de Santos (2008) quando aponta que os recursos são distribuídos de forma distinta nos espaços e isso interfere, determinadamente, na significação deste.

Trabalhar em constantes privações leva o enfermeiro à busca de recorrentes “improvisações”, contribuindo para o seu desgaste e desmotivação. O ambiente de trabalho passa, então, a ser “desagradável, não tem conforto, é muito ruim”.

Além da percepção de conforto, existe uma questão mais preocupante, enfocada nesse estudo, que é o risco no ambiente de trabalho. Mauro e outros (2004) definem risco ocupacional como aqueles oriundos das atividades insalubres e perigosas, cujos mecanismos de controle sobre os fatores biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes no ambiente, podem trazer implicações negativas à saúde dos profissionais.

Um dos entrevistados identifica a presença de risco no espaço físico da USF e nomeia risco ergonômico como risco físico para tratar dos mobiliários inadequados. Faz uma menção à inexistência de risco químico, devido à presença de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Ressalta-se, entretanto, que a presença do EPI não suprime a presença dos agentes.

[...] E assim, risco físico é ruim, porque as cadeiras não ajudam, assim, os impressos a gente coloca em locais que a gente tem que tá agachando, aquela coisa toda, **toda hora agacha, toda hora levanta, toda hora pega**, então, os físicos são esses. Químicos não, porque aqui a gente tem as prevenções, né, têm os EPI, então os riscos químicos só se a pessoa se descuidar mesmo (E3).

As posturas adotadas em função de estruturas desajustadas e incompatíveis trazem implicações para a saúde do trabalhador, que se submetem a desgastes físicos. Bessa e outros (2010) corroboram com essa realidade e salientam que os riscos ergonômicos são comumente presentes no cotidiano de trabalho do enfermeiro da AB que, muitas vezes, ficam expostos à mobiliários inadequados ou ainda desprovidos de estrutura, que os fazem adotar posturas impróprias.

Complementa outro entrevistado que relaciona a presença de risco biológico e de acidente na USF, apesar da “invisibilidade” frente a alguns agentes biológicos, como fungos, e a estrutura comprometida.

De risco, aqui como faz curativo tem essa parte do [...] acondicionamento do lixo, porque é uma unidade que é pequena, nós temos as caixas de perfuro cortante tudo, mas até o condicionamento do lixo não é adequado, porque não passa o lixo todos os dias [...], aí termina esse lixo ficando aqui na unidade [...], tem o container que bota, mas não tem o local próprio, né, por a unidade ser pequena para colocar. Então, tem esse tipo, né, de risco. [A gente identificou, assim, que as paredes têm fungo, como é que você vê isso?] É outro risco também, né, é outra parte até... isso de sinusite, rinite, [...] alergias, que acontece aqui desses fungos... Outra coisa também, o telhado. [Mas você parece que não percebe muito, tão acostumados com isso? Porque você não falou isso...]. [...] **a gente percebe, sente. Aqui, realmente, tem essas paredes com mofo**, como aqui eu já tinha até solicitado, também, algum conserto, pintura e tudo, mas não foi feito, porque tá pra mudar, tá vendo casa, né, para mudar o local da unidade. [...] realmente, é uma das coisas que eu não falei, justamente, porque **acontece a gente se acostumando**. E o forro, também, que tem alguns que a gente já vê que tá, né, já tem até risco, realmente perigo de alguma parte desse forro até cair [...], mas são essas coisas **que a gente tá no dia a dia e termina até deixando passar e não observando** (E4).

Especificamente no caso dessa USF, a mais precária em relação a várias outras que foram visitadas, mas não foram selecionadas para o estudo, chamou à atenção a naturalidade do enfermeiro naquele espaço. É possível ver, no extrato da entrevista, como foram necessárias diversas intervenções, por parte da entrevistadora, para que ele visse o que seria totalmente visível para qualquer um. Ele sabe do problema, vê, sente, mas nem parece, pois já se acostumou. A precariedade não mais afeta o sentido, pois é tão banal, rotineiro, e, portanto, torna-se invisível.

Mas, ele referiu que a Secretaria de Saúde estava à procura de um imóvel mais adequado para mudar a localização da unidade.

Segundo Mauro e outros (2004, p. 342-343) “essas condições insalubres e perigosas, na maioria das vezes, se tornam rotina, frequentemente, não são percebidas pelos gerentes, nem pelo próprio trabalhador de saúde, o qual se habitua com a situação.”

Durante a observação, da mesma USF, foi visualizada a presença de mofo na área de circulação interna da unidade, na sala de vacina e esterilização. A presença desse agente, além de não garantir a segurança para a realização de procedimentos de vacina e esterilização de instrumentais, expondo a saúde dos usuários, também, expõe os profissionais que atuam nesses espaços a fungos, o que pode afetar o sistema respiratório, estimulando o surgimento de doenças. Os instrumentais para a realização de curativo eram lavados na própria sala de curativo, na pia de lavagem das mãos.

Os enfermeiros que atuam na AB para Nunes e outros (2010), também, estão expostos a outros microorganismos patogênicos, oriundos de fluidos corpóreos e materiais perfurocortantes durante a realização de procedimentos. Entretanto, o contato com sangue e secreções sequer foram mencionados pelos entrevistados.

Foi visualizado, ainda, a inexistência de banheiro de usuários, copa, expurgo, almoxarifado ou depósito de materiais de limpeza, gerando o acondicionamento dos mesmos em locais impróprios, como a pequena área de circulação da unidade e no banheiro dos funcionários. Os *containers* para armazenamento dos resíduos, durante o dia, ficavam localizados próximo à porta de entrada da unidade, junto aos usuários, uma vez que a recepção da unidade mal cabia os equipamentos. E, no final do dia de trabalho, os *containers* eram acondicionados no consultório do médico, mesmo local onde eram feitas as refeições pela equipe. O consultório de enfermagem era pequeno e pouco ventilado. Então, como garantir um ambiente limpo e saudável para os usuários e para os profissionais, se a estrutura não permite?

Salienta-se que outros entrevistados revelaram uma percepção de risco não restrita às questões biológicas, mas outro tipo de risco que abarca as questões sociais e de segurança, onde a violência e o tráfico de drogas desencadeiam risco de alta periculosidade para a saúde do trabalhador. Isso é explicitado nos próximos depoimentos que convergem para este aspecto:

[...] aqui é um local de difícil acesso, né? [...] **aqui é muito perigoso, [...] o índice de traficante, de marginal também é muito alto.** [...] Porque assim, quando a gente fala que acabou (marcação de consulta), não tem marcação, Ave Maria!, **diz que vai matar a gente, diz que vai bater e xinga.** Assim, eu nunca fui agredida fisicamente, agora assim, verbalmente, você é sempre agredida, de **rasgar solicitação de exame e jogar em você**, porque você não conseguiu. [...] aqui você

vê a gente só tem uma entrada [Unidade], que eu já até comentei: ‘Meu Deus do céu! Se acontecer alguma coisa aqui, a gente vai sair por onde?!’ Porque você vê que **as janelas são pequenas, tudo gradeada e a gente não tem como sair** (E1).

[...] **dos índices de Feira de Santana, hoje é dos bairros mais violentos, né?** Um bairro hoje que tem muito caso de homicídio e muita gente presa [...] são pessoas, assim, que deixam muito explícito que não tem o que perder. [O presídio fica logo aqui, né?]. Isso, fica. [...] a própria estrutura do presídio não foi pra ter comunidades, residências próximas, né, e o que a gente vê no presídio de Feira? O prédio foi construído e as residências foram construídas ao redor dele. Então assim, presídio é sempre um risco. [...] é tanto assim, que **eu evito fazer, eu somente faço visita com a presença do carro da Secretaria, né?** Porque assim, o carro é sinalizado, a gente vai de jaleco, tudo direitinho. [...], se aqui bem próximo da unidade aí **a gente vai, mas sabendo que no decorrer dessa visita tudo pode acontecer** (E5).

[...] há muito tempo a gente já solicitou a prefeitura um guarda, um preposto, mas nós não temos. **A gente fica muito aqui à mercê!** Não tem uma porta de emergência, se o pessoal chegar aqui e pressionar a gente, **a gente tá frito**, não tem como sair mesmo. E, **várias vezes, já fomos ameaçados de agressão** (E8).

A vulnerabilidade e violência que os enfermeiros estão expostos apresentam uma relação com o território em que os mesmos atuam. Esses territórios além de reproduzirem os aspectos sociais da comunidade que aí vive, se mostram ameaçadores e as estruturas das unidades não oferecem a devida proteção ao profissional, que termina por se sentir abandonado. Essa questão é bem evidenciada por Chiodi, Marziale e Robazzi (2007) que tratam a exposição à violência como fator de risco, aos trabalhadores da AB que ficam em situação de vulnerabilidade, durante as visitas domiciliares em áreas longínquas e perigosas.

É possível que trabalhar em bairro com elevado índice de violência, justifique o comportamento observado em determinado enfermeiro, quando delegou a outro profissional à realização de uma visita domiciliar solicitada por um ACS. Estar dentro dos muros da USF, em determinados momentos, pode ser sinônimo de proteção, quando o espaço extra-muro, de alguma forma, representa alguma intimidação ao profissional.

Entretanto, a violência, também, pode adentrar à USF, por meio de ameaças e intimidações que, por sua vez, representam agressões verbais e acarretam fortes impactos para a saúde do trabalhador. Numa pesquisa realizada com enfermeiros, Santos e outros (2011) assinalam que, ao serem vítimas da violência, esses profissionais passam a desencadear episódios de desânimo, estresse, frustração, tristeza, que implicam em riscos para a sua saúde e ao mesmo tempo comprometem a qualidade do trabalho realizado.

Esses depoimentos se tornam preocupantes, uma vez que revelam, por um lado, a impossibilidade em atender a todas as demandas da comunidade, quando um dos entrevistados afirma só fazer “visita com a presença do carro da Secretaria” e, por outro, a

vulnerabilidade dos enfermeiros e o desamparo, citado por outro: “A gente fica muito aqui à mercê”. É certo que eles estão ali para cuidar do outro, dos sujeitos coletivos das suas áreas de abrangência, mas, cabe aqui uma pergunta: E quem cuida da saúde desses profissionais, no sentido da promoção e da prevenção? Porque no sentido curativo, as possibilidades de intervenção, também, são limitadas, uma vez que a precarização das relações de trabalho não garantem um bom cuidado nem para problemas comuns, nem para aqueles claramente ocupacionais, até porque a realidade retratada indica a existência de uma lacuna para este tipo de cuidado.

Além dessas questões, em uma das USF foi observado que, no horário do almoço, a equipe conversava sobre o vigilante da unidade que chegava, comumente, à unidade, com forte odor de álcool. O enfermeiro referiu, também, ser aquele um bairro violento, portanto, não se sentiam protegidos na presença do vigilante e que já havia comunicado, verbalmente, o caso à Secretaria, embora não tivesse retorno do órgão.

Frente a situações desse tipo, Assunção e Jackson Filho (2011) mencionam que o apoio social da equipe e da gestão é imprescindível para a estabilidade mental ou emocional dos trabalhadores. Por outro lado, asseguram que este suporte não tem sido uma realidade nos estudos realizados e que esta omissão reflete no bem-estar e no contentamento daqueles que trabalham para cuidar.

Diante desse cenário, percebe-se que os ambientes de trabalho na USF interferem diretamente no trabalho realizado, na saúde física e mental dos enfermeiros, quer seja por estarem inseridos em estruturas desconcertantes e danosas, que trazem riscos iminentes à saúde, quer seja por se sentirem desamparados diante das situações de violência, sem intervenções, ao menos, para minimizar os riscos aos quais estão expostos.

Depois de adentrar nos espaços de trabalho do enfermeiro no PSF, é preciso ainda analisar como se dá a divisão do tempo durante a sua jornada para o desenvolvimento das múltiplas atividades pelas quais é responsável. Como é o seu ritmo de trabalho?

No momento das observações, no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, visualizaram-se, nos murais de todas as unidades, a presença de um planejamento de atividades semanais, no qual eles faziam uma divisão do tempo direcionada para o cumprimento de atividades, denominado por eles de “cronograma de atendimento”. Assim, existia um turno preestabelecido para cada atendimento (Atendimento à hipertensos e/ou diabéticos, Coleta de Exame Papanicolau, Planejamento Familiar, Pré-natal, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Visita Domiciliar) e apesar de predeterminar as “fatias” do tempo (turnos matutino e vespertino) numa atividade específica, também, foi notado que não existia uma

simetria nessa divisão, uma vez que, o tempo era, muitas vezes, fragmentado para atender a outras demandas, a exemplo de atividades gerenciais que se entrelaçavam às demais, no dia a dia de trabalho no PSF.

Um dos depoimentos traz à tona essa discussão, e revela que além das atividades assistenciais e gerenciais que acontecem diariamente, existe uma preocupação do enfermeiro com o tempo dispensado para as consultas individuais, devido à atenção dada a cada usuário e ao volume de registros que são realizados em cada atendimento.

Eu faço o possível pra atender entre **15 a 30 minutos cada consulta**, [...] ainda **acho pouco, porque é muita coisa pra perguntar, é muita coisa pra anotar, são muitos detalhes**, né? Então, eu tento dividir pra terminar umas 11:30 e aí fazer alguma coisa de gerência, porque **sempre tem algum pedido, algum ofício pra mandar, alguma coisa que quebra**, né? Então, eu tento dividir assim: atendo 08 horas da manhã [...], mas aí, às vezes, tem alguma coisa, algum exame, alguma cota para mandar para a Secretaria, então, geralmente, eu atendo 08:30, né, porque **sempre tenho alguma coisa da gerência** [...]. Tento terminar 11:30, pra poder fazer mais alguma coisa (E2).

Ainda, o mesmo entrevistado, o seu depoimento, mostrou o sentimento de angústia e agonia pelo volume de atividades para cada turno de trabalho. Referiu, no momento da observação, não ter tempo disponível para atender as suas próprias necessidades humanas básicas no ambiente de trabalho, como ir ao banheiro e tomar água, e por essa ausência de zelo, para consigo própria, já teve repetidos episódios de infecção urinária.

Ora, quanto paradoxo! O enfermeiro não tem tempo para cuidar de si, no local em que cuida de saúde do outro? Como não se sentir angustiado? Nessa perspectiva, Dejours (1992) revela que o conteúdo da tarefa, quando não compatível com as necessidades do trabalhador, pode trazer impactos sobre a sua saúde física e mental.

Outro aspecto que merece ser mencionado é que, apesar do Ministério da Saúde não recomendar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida ou patologias, pois entende isso como um obstáculo ao acesso dos usuários (BRASIL, 2011b), os enfermeiros de Feira de Santana ainda trabalham nessa lógica. Entretanto, nas observações visualizou-se que, quando existia a busca por determinado atendimento que não estava planejado para aquele dia, os enfermeiros acolhiam a demanda e realizavam o atendimento. Ou seja, é um trabalho que embora se tente organizar a demanda, é marcado por uma certa imprevisibilidade.

Essa observação converge com o depoimento de outro entrevistado, que explicita o cotidiano do seu trabalho e afirma que, embora tenha um cronograma para a realização das atividades, existe uma flexibilidade para dar conta de atender os usuários que desejam “dar a

palavrinha” com o enfermeiro, as demandas extras que surgem no decorrer do dia de trabalho e os remanejamentos necessários:

Então, normalmente, eu sempre tento chegar mais cedo pra liberar todo mundo, porque **sempre [...] tem os extras, então sempre tem alguém que dá a famosa palavrinha, né? [...], na verdade não é uma palavrinha é uma consulta, né? [...]**. Então assim, eu procuro ser bem dinâmica no meu trabalho, pra que ele flua bem mais rápido. [...] quando eu já chego, eu já sei o que eu tenho para atender. [...] o nosso cronograma ele é flexível, a gente vai se adaptando, né?, como assim, por exemplo, a gente tá na campanha de câncer de colo uterino, então eu peguei uma semana toda para desenvolver preventivo. Então a gente tem essa facilidade de tá remanejando esses atendimentos (E6).

Atender a toda demanda que chega à USF pode retratar as especificidades do próprio modelo de atenção, que preza para lógica do acolhimento e resolubilidade dos problemas de saúde da população, mas, também, remete a essência da profissão de enfermagem, sempre de acolher e cuidar. Esta dificuldade em dizer não ao usuário, como foi visualizado nas observações, pode contribuir para a sobrecarga e desgaste do enfermeiro. Embora, o seu tempo no PSF seja, *a priori*, planejado, a imprevisibilidade e as múltiplas atividades existentes sob a sua responsabilidade, tornam esse tempo, decerto, acelerado.

Sobre as atividades que enfermeiros gastam maior tempo para realizar, os entrevistados, a seguir, relatam ser o atendimento Pré-natal e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança, devido serem atendimentos assistenciais que demandam maior investimento de tempo por envolver, inclusive, ações educativas.

Pré-natal, o pré-natal demora muito tempo, tem orientação, é coisa assim, que eu não gosto de atender, não tenho condições de atender mais de 10 pacientes no pré-natal, pra sair um pré-natal de qualidade a gente requer assim, tempo e uma demanda menor (E5).

Normalmente é atendimento à criança, acompanhamento e desenvolvimento da criança. Por quê? Porque normalmente a criança chora e dá um trabalho para tirar a roupa, pra pesar, as mães também, na maioria, são poliqueixosas. Então, é o que demanda mais tempo pra gente tá orientando essas mães, elas [...] têm uma cultura, né, [...] a gente tem que desmistificar tudo isso, então demora um tempinho (E6).

Por outro lado, outro entrevistado refere um maior gasto de tempo para as atividades burocráticas, entendida por eles como o registro do trabalho executado, o preenchimento de formulários de cadastro e/ou acompanhamento, protocolos e similares, do que com a assistência propriamente dita. Esse achado corrobora com o estudo de Jesus e outros (2008) ao destacar o excesso de atividades burocráticas, traduzidos pela grande quantidade de papeis

para preenchimento, como atividade que exige bastante tempo e que impede o desenvolvimento de outras.

Eu gasto mais tempo na parte burocrática do que na parte assistencial, **eu perco muito tempo, porque é muito papel**, é muita coisa, tudo tem que ser anotado, são vários livros que a gente tem que anotar, não pode deixar de anotar, porque senão passa o tempo, já que **também é cobrada a produção, tudo que a gente faz tem que anotar**, tem que escrever, e **isso toma muito tempo do profissional** (E8).

Este relato é bastante enfático: se gasta mais tempo com a “burocracia” quando comparado ao cuidado. Se os enfermeiros não conseguem nem cuidar de si, como cuidarão do outro? Ou, se não cuidam do outro, como cuidarão de si?

Outro aspecto que, igualmente, chama a atenção, neste depoimento, é que o investimento de tempo para a realização dos registros de produção é necessário devido à ‘cobrança’ da gestão por produtividade. Tal situação, também, foi encontrada nos estudos de Santos, Soares e Campos (2007), Barbosa e Aguiar (2008) e Oliveira e outros (2011) que contribui para a manutenção de ações curativo-assistenciais e dificulta a realização de atividades de prevenção e promoção do Programa Saúde da Família.

Ter que produzir, requer tempo e deixa transparecer a importância dada aos aspectos quantitativos. “Isso toma muito tempo do profissional” e sob a ótica de Ghiorzi (2003) o investimento de tempo necessário ao prazer em dispensar atenção ao usuário é reduzido em função do tempo dedicado ao número de atendimento. Por sua vez, Assunção e Jackson Filho (2011) defendem que a constante cobrança por produtividade, pela gestão, caminha na contramão dos objetivos dos trabalhadores da saúde. Essa questão aliada à atividade intensa pode comprometer a qualidade do trabalho e provocar sofrimento para o profissional.

### **Produtos do trabalho**

Outro elemento investigado nessa pesquisa foram os produtos do trabalho. De acordo com os depoimentos, o que se constata é que o produto final do processo de trabalho está vinculado à atenção prestada, a qual reflete transformação de hábitos e comportamentos que trazem mudanças reais para a saúde da população.

Muitas vezes o bom resultado do trabalho do enfermeiro no PSF está articulado com o vínculo que esse profissional tem com o usuário, com a família e com a comunidade, conforme destacado no depoimento a seguir:

[...] quando eu cheguei aqui, assim, preventivo mesmo, as pessoas não gostavam muito de fazer, não sei por quê! [...] assim, marcava, só vinha 3 pessoas, 2 pessoas, hoje em dia, [...] são 17, são 20, é uma briga, uma briga, **porque quer fazer com a enfermeira, porque quer fazer com a enfermeira!** (E1).

Nesse momento da entrevista, foi observado no entrevistado, aparentemente, uma espécie de satisfação e um sentimento de utilidade com essa procura, o que pode refletir no vínculo, na aceitação e na credibilidade do profissional pela comunidade e, conseqüentemente, na adesão ao acompanhamento, o que é reforçado por Assis e outros (2010, p. 56) que defendem “o vínculo como um instrumento capaz de potencializar transformações na prática”.

Outra questão de relevância é trazida por outros entrevistados que são convergentes em seus depoimentos. Trata-se da redução de complicações de algumas patologias e cura de outras, redução do número de gestações sem planejamento e frequência regular de mães e crianças no serviço de imunização. Entretanto, um dos entrevistados relata a persistência de problemas, como a dengue, que envolve responsabilidades de outros setores, portanto, não restritas ao PSF e à saúde, enquanto que o outro alerta sobre a “dependência” que o enfermeiro e a equipe têm da gestão, para dar conta das necessidades de saúde da população.

[...] não tô conseguindo ter muitas complicações dos hipertensos, óbitos. Planejamento familiar, elas tem uma boa demanda; não tô tendo um..., uma quantidade grande de gestantes, né? E acamados não tenho muitos, também. As vacinas, minhas metas, né, as metas eu tô conseguindo alcançar; a população realmente, as mães, elas trazem essas crianças para serem vacinadas. Não tenho muito caso de hospitalização, né? Na verdade, o problema maior é dengue (E2).

Eu sempre procuro fazer o máximo para dá um não ao paciente e se der um não, sempre tá explicando porque tá dando aquele não, né, porque, **infelizmente, nem tudo depende da gente aqui.** [...] Assim, a gente tá conseguindo melhorar a questão do planejamento familiar que era, assim, bastante desorganizado. É, a gente tá conseguindo reduzir gravidez na adolescência, a gente tá trabalhando bastante com essa população. Hanseníase, também, a gente conseguiu já eliminar alguns casos, né, os pacientes já fizeram tratamento, já tiveram cura (E6).

O Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008, p. 59) traz que as Equipes de Atenção Primária (Básica), “não podem responsabilizar-se de uma forma compreensiva pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida.” Nesse sentido, entende-se que o enfermeiro e as ESF não têm autonomia e governabilidade para garantirem à comunidade a resolubilidade de todos os seus problemas, porque dependem diretamente das decisões da SMS e da rede de serviços disponibilizada. O fato de nem sempre poderem contar com essa rede, faz com que

os profissionais fiquem insatisfeitos, uma vez que não existe uma continuidade do cuidado planejado para a coletividade de sua área de abrangência, interferindo no produto do trabalho.

Um depoimento diferente, sobre os resultados oriundos do trabalho do enfermeiro, é a questão do reconhecimento da comunidade e da secretaria de saúde. Para um entrevistado, ser reconhecido pelo que faz é o melhor reflexo dos resultados alcançados.

[...] o maior e o melhor deles é o **reconhecimento da comunidade** do nosso trabalho, isso é bastante positivo e, também, o **reconhecimento por parte da coordenação** [...] em reuniões, às vezes eles citam, elogiam! A gente fica bastante feliz com isso, [...] é **nosso trabalho que tá sendo visto e analisado, valorizado** (E8).

O reconhecimento como o produto das conquistas do fazer do trabalhador é discutida por Marrone e Mendes (2003) como consequência das suas contribuições à organização do trabalho, designadamente aquelas dirigidas à superação das contradições entre a atividade prescrita e real. Portanto, o reconhecimento é considerado como um dos símbolos para constituição da identidade do trabalhador na sociedade.

Por sua vez, Ferreira (2008, p. 48) diz que “tornar o reconhecimento uma realidade significa respeitar a singularidade de cada indivíduo, considerar adequadamente os produtos por ele gerados, reverenciar apropriadamente seu *savoir-faire* e assinalar judiciosamente seu empenho, para realizar com sucesso uma tarefa”.

Para o entrevistado, ser reconhecido pelos “outros” (comunidade e coordenação) resulta no fortalecimento da relação do enfermeiro com o seu coletivo de trabalho, uma vez que o mesmo se sente “visto, analisado e valorizado”.

Diante das questões aqui discutidas, o enfermeiro, sujeito trabalhador do PSF, possui vínculo empregatício fragilizado, e, portanto, concilia o PSF com outros trabalhos, além das atividades domésticas. Reconhece o usuário e a comunidade como o seu principal objeto de trabalho com a finalidade de prevenir doenças, apesar de, ainda, estar “preso” a práticas assistencialistas e gerenciais, baseadas, basicamente, no uso de tecnologias duras e leve-duras.

O enfermeiro é um profissional de múltiplas atividades que são desenvolvidas na própria unidade, nos espaços comunitários e, ainda, no seu domicílio. Os espaços preconizados de trabalho não se mostram confortáveis e oferecem riscos biológicos, ergonômicos e psicossociais, marcados pela violência a que está exposto. Dedicar maior parte do seu tempo às atividades na USF, e mesmo tendo um cronograma e agendamento de usuários, atendem, também, as outras demandas que surgem diariamente. O principal produto

do seu trabalho está vinculado ao reconhecimento e às mudanças de hábitos e comportamentos, que refletem positivamente na saúde da população.

Assim, o processo de trabalho do enfermeiro, mesmo delimitado em elementos, é complexo e indissociável em seu conjunto. Portanto, um trabalho, essencialmente, marcado pela subjetividade que dá ao mesmo, significados singularizados, tratados a seguir.

## **5 SIGNIFICADO DO TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO**

Quem nunca desejou ter um trabalho? Muitos, desde criança idealizam o ato de trabalhar, visto ser este sinal de crescimento e de emancipação. O trabalho ganha na infância um significado parcial, mas de profundo sentido, já que por meio dele, a criança projeta a vida adulta, planeja a constituição de uma nova família e a materialização dos seus sonhos.

Ao se tornar adulto e adentrar no mundo do trabalho, o indivíduo, então, passa a conhecer o significado real do trabalho na sua vida. Confirma que o trabalho lhe permite realizar desejos ou, pelo menos, uma parte deles e que, ao mesmo tempo, lhe possibilita pertencer a um grupo, realizar novas descobertas e outros aprendizados que se incorporam ao seu saber e se revela com um importante espaço para a construção de sua identidade. Mas, aliado a isto, conhece as outras facetas do trabalho, marcadas pelas exigências, pelas prescrições e pelas relações de poder.

Decerto, o trabalho possibilita um paralelo entre os aspectos subjetivos do sujeito trabalhador, carregado de ideais e singularidades próprias, e o mundo externo caracterizado por suas normas, seus valores e seus desafios, que resulta num cenário de confrontos produtor de sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, é nessa arena que o homem se depara com a oportunidade de crescer e se desenvolver como indivíduo e profissional, portanto, nesse espaço, também há lugar para o prazer (LANCMAN, 2011).

E mesmo conhecendo as múltiplas faces que envolvem o trabalho, pode-se entendê-lo como uma mola propulsora de mudanças, que contribuem para a constituição e realização do indivíduo. Nessa perspectiva, é certo que, para a maioria das pessoas, o trabalho se constitui o alicerce de suas vidas, em virtude do que ele representa e porque uma boa parte do seu tempo é dedicada às atividades laborais.

Corroborando com o que aponta Dejours (1992) e Lancman (2011), no trabalho não existe espaço para neutralidade do mundo interno e subjetivo do trabalhador. E não foge à regra, portanto, o trabalho do enfermeiro, composto por muitas responsabilidades, rodeado de relações, nem sempre afetuosas, com os seus pares e com a comunidade e que, ainda, se depara com condições de trabalho inapropriadas e com as imposições da organização, muitas vezes, incompatíveis com a realidade com que se trabalha.

Assim, apontando as singularidades do trabalho do enfermeiro no PSF, torna-se relevante resgatar as múltiplas atividades vinculadas a este profissional, na medida em que além de ações assistenciais, de prevenção e promoção à saúde, a ele é designado uma série de outras atribuições mais direcionadas à área administrativa, ligadas ao funcionamento da

unidade, envolvendo atividades de coordenação de equipe e gerenciais, somadas à supervisão de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e, muitas vezes, de preceptoria de estudantes de graduação.

Conhecer o significado do trabalho, para o enfermeiro que atua no PSF, consiste em ponderar as especificidades desse trabalho, demarcado por momentos prazerosos e de sofrimento, considerando a satisfação proporcionada para os que aí atuam, e ao mesmo tempo, a fluidez de um campo ainda recente, a precariedade e as incertezas, traduzidas pelas condições de trabalho disponibilizadas.

Para Azambuja e outros (2007), as mudanças impostas ao trabalho pelo sistema capitalista fazem deteriorar as condições de trabalho e o ser humano, e diante das intempéries, passa a trabalhar, na maioria das vezes, para sua sobrevivência e satisfação das necessidades indispensáveis, em detrimento de outras, como a satisfação pessoal e o prazer, por exemplo.

Acredita-se que o trabalho é, determinadamente, influenciado pelo capitalismo e que isso traz efeitos nefastos para o trabalhador, por outro lado, entende-se que, mesmo diante das adversidades, é possível encontrar meios de satisfazer-se simbolicamente e de vivenciar o prazer naquilo que realiza.

Assim, o significado do trabalho, para os enfermeiros, neste estudo, se sobressaiu como algo relacionado à importância que ele apresenta no mundo pessoal destes trabalhadores. E essa importância, assim, tão ressaltada, apareceu, nas entrevistas, fortemente relacionada com a importância dada pela comunidade, pelo objeto, enfim, à presença, ao esforço, ao conhecimento e à capacidade de dar respostas aos problemas apresentados no cotidiano, independentemente dos benefícios outros daí advindos, ou dos sofrimentos causados.

Pode envolver o caminho que o indivíduo percorre para chegar ao mercado de trabalho, o qual pode expressar a concretização de sua vocação, e a partir disso, a realização e a construção da sua identidade fundamentada pelos seus desejos e suas afinidades. “Eu sou enfermeira”, diz uma entrevistada. E essa afirmação de identidade revela uma significação estritamente ligada ao trabalho. Para conseguir trabalhar como enfermeiro é preciso, muitas vezes, sacrifício e persistência para vencer as condições socioeconômicas desfavoráveis e seus próprios limites e criar novas oportunidades, como foi relatado fortemente por um sujeito do estudo. Em casos como este, estar trabalhando na área que idealizou, representa *a priori*, a materialização de um sonho, a consolidação de um objetivo, significa realização pessoal e profissional e a porta que se abre para experimentação do prazer, independe das recompensas materiais que advém do seu trabalho.

Além disso, estar realizado profissionalmente é um fator indispensável para lidar com as dificuldades e os desgastes inerentes ao trabalho e para motivar-se em busca de outras realizações que podem ser concebidas a partir do próprio trabalho, como retratam alguns depoimentos que tratam sobre o significado do trabalho:

[...] entrei na área de saúde bem novinha, então uns 18 anos, eu acho. Então assim, **eu sempre gostei dessa área**, eu sempre pensei assim: **Meu Deus, eu quero fazer uma faculdade!** [...] **eu não tinha, assim, como.** Eu sempre estudei em colégio público, pra você entrar na UEFS é muito difícil [RISOS]. [...] eu fui ter filhos [...]. E eu acho que quando você vai ficando mais madura, aí é que cai a ficha: ‘Poxa, tô chegando aos 30, e aí, eu vou ficar nessa?’ [...] entrou a FTC. [...] ‘E agora, eu vou fazer o quê?’ [...] três filhos, com salário apertado’, mas toda vez que eu passava naquela FCT, eu fazia: ‘Um dia eu entro aqui!’ [...] Aí eu fiz e não passei, fiquei arrasada. Aí eu fiz, vou fazer de novo. Aí pronto, eu consegui. Aí, a gente fez, assim, embora pagando [...] **até que consegui.** Aí assim, é muito gratificante, eu gosto, acho que assim, se não fosse na área de saúde, eu não sei o que seria. [RISOS] Eu não imagino! [...] todas as consultas que eu faço, **tudo que eu faço aqui no PSF é uma coisa, assim, que eu gosto de fazer, que eu faço por prazer, eu não faço por fazer**, porque eu sou enfermeira, porque eu tenho que receber meu salário. Não, **eu faço porque é uma coisa que eu gosto e eu tenho prazer** [...] (E1).

Pra mim **significa, assim, uma realização**, né? Porque **eu tô trabalhando na área que eu quis**, né, que eu sempre desejei. Gosto do meu trabalho, então, **pra mim significa prazer, né, estar trabalhando** (E6).

As vivências cotidianas têm o trabalho como seu componente intrínseco, que fundamenta a construção de aspectos históricos e sociais, possibilitando, ao indivíduo, dar continuidade aos seus desejos e pretensões, de formar-se e transformar-se e de buscar sua realização (AZAMBUJA et al., 2007).

Nesse sentido, o trabalho como epicentro do campo social representa muito mais do que a venda da sua força de trabalho em troca de um salário. A partir do trabalho, o indivíduo adquire uma remuneração social, concebida através de sua inserção em um grupo com direitos sociais e, muito mais do que isso, o trabalho passa a ser a base para a constituição do sujeito e de sua rede de significados que são construídos a partir de sua subjetividade (LANCMAN, 2011).

Assim, o ato de trabalhar suplanta a mera satisfação das necessidades básicas do ser humano, porque ele passa a ter um significado vasto, imaterial, confundido com a própria vida, com a existência do trabalhador, que dedica grande parte do tempo de sua vida ao trabalho. O PSF é um dos campos de atuação do enfermeiro que o conduz ao processo de construção da sua identidade e de pertencimento ao mundo. Como asseguram alguns entrevistados, o PSF é a arena onde o enfermeiro se identifica e que tem afinidade, e isso consubstancia a realização do trabalho com afeição e zelo.

[...] eu sempre falo, **se eu sair desse PSF eu acho que não sou ninguém**. Porque, realmente, eu trabalho no que eu [...] gosto, né? Que geralmente tem gente que faz sem amor, né? **O trabalho é tudo, é minha vida**, porque **eu passo** minha carga horária, meu tempo todo, **a maior parte do tempo trabalhando** (E2).

Olha, significa muito pra mim, uma coisa que eu gosto muito é do meu trabalho, então, ele significa tudo. Porque, assim, **eu passo a maior parte do tempo da minha vida no meu trabalho** [...] (E3).

Estar diariamente no trabalho, poderá permitir ao enfermeiro relacionar-se com outras pessoas (equipe ou comunidade) com necessidades e ideias nem sempre consensuais, e isso se torna determinante para a construção da sua identidade individual e social, que para Lancman (2011, p. 41) se dá “a partir de trocas materiais e afetivas, fazendo com que o sujeito, ao longo de toda a sua vida, constitua sua singularidade em meio a diferenças”.

Outro entrevistado complementa tais aspectos, enfatiza o trabalho como fonte de sustento e destaca não apenas o sustento do corpo e a contemplação das necessidades materiais (alimentação, educação, saúde) individual e familiar, mas o sustento da alma, de amparo às satisfações simbólicas, que criam e recriam os desejos e as motivações do sujeito trabalhador e que o torna firme para enfrentar as adversidades do trabalho.

**Tudo, tudo! É quem dá o meu sustento. O meu trabalho é tudo, sem meu trabalho não seria nada.** Eu gosto do que faço, apesar dos pesares (E8).

De outro modo, o trabalho pode ser vislumbrado, para o enfermeiro, como fonte de realização pessoal associado à satisfação das necessidades do outro, principalmente, quando é reconhecido e valorizado pela comunidade assistida. Agrega-se a isso, a identificação do enfermeiro com a atividade desenvolvida e com a própria finalidade que envolve o trabalho da Saúde da Família. Desse modo, o retorno, o reconhecimento das pessoas com quem lida diariamente, representa, não somente, fonte de gratificação, mas, sobretudo, de fortaleza para a realização das atividades desgastantes do PSF, como expõe o outro depoimento:

[...] **meu trabalho significa para mim uma realização, quando eu vejo também os agradecimentos da gente**, vê que consegui fazer aquele trabalho e **que o cliente sai satisfeito**, retorna porque gostou do atendimento. Então, isso é a realização pessoal, né? De vê que eu tô fazendo esse trabalho [...] **de tá em contato com as pessoas, de explicar, de orientar, então, eu gosto dessa parte assim**, da simpatia. Aí isso, aí vem o retorno, então, o que significa pra mim... é importante, né, **eu gosto do trabalho, do que eu faço**. Apesar das partes desgastantes, [...] porque tem muita coisa desgastante, mas eu gosto de atuar (E4).

O entrevistado aponta que gosta de estabelecer um contato próximo e contínuo com as pessoas, o que favorece as orientações que permeiam as ações assistenciais, de prevenção de doenças, agravos e de promoção à saúde, remetendo, assim, a finalidade do trabalho do enfermeiro no PSF. O estudo de Rodrigues (2006) reforça essa realidade, ao destacar que os enfermeiros quando atendem à finalidade do seu trabalho se sentem úteis e solidários em prol do bem-estar do outro, ao mesmo tempo em que se realizam e sentem prazer com a atividade desenvolvida.

Acredita-se que, quando o trabalhador faz o que gosta, existe um engajamento natural que reforça o desejo de atuar e, mesmo diante das dificuldades, ele se empenha para a realização do seu trabalho. E essa dedicação, muitas vezes, se converte em satisfação para o próprio trabalhador e para o usuário.

Assim, o “agradecimento” mencionado, pelo entrevistado, refere-se à retribuição simbólica dos usuários e da comunidade ao enfermeiro, pela realização do seu trabalho. Também, denominado de reconhecimento, Dejours (2011a) afirma ser o agradecimento um julgamento sobre o fazer do trabalhador e não sobre a pessoa que executa a atividade, mas que tem uma importante repercussão na construção da identidade, uma vez que contribui para o atendimento das expectativas subjetivas e, por conseguinte, para a realização pessoal do trabalhador.

Além do contato com a comunidade, a realização do enfermeiro pode, também, estar vinculada ao trabalho praticado com a equipe:

Ah, tudo de bom, eu gosto muito do meu trabalho aqui, né? É de fato o que eu gosto, é o atendimento com a comunidade, com a equipe, né? Então, pra mim, **tô bem realizada** (E7).

A importância do trabalho em equipe é trazida por Trindade (2007) quando afirma que a existência de conflitos e desentendimentos contínuos, da equipe de trabalho, coloca em xeque a efetividade das ações e gera desgaste aos trabalhadores. O trabalho em equipe, como um dos pilares do PSF, suscita a interação e o esforço coletivo para o alcance dos objetivos propostos.

Apesar da existência de possíveis discordâncias, o trabalho realizado de modo integrado e em equipe, possivelmente, potencializa os resultados positivos do trabalho e a satisfação dos envolvidos com o mesmo.

De tal modo, o trabalho se constitui fonte de contentamento, de satisfação das necessidades individuais e coletivas, por meio dos vínculos que se estabelecem, a partir do

mesmo, seja com a comunidade, seja com a equipe de trabalho, em prol do bem-estar de si e de outro.

No estudo de Beserra e outros (2010), sobre o significado do trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital, foi encontrado que, mesmo diante de condições adversas, o trabalho é visto como prazeroso em virtude da própria essência da profissão, que se norteia em colaborar para a restauração da saúde dos usuários.

O trabalho, como estruturante psíquico, abre espaço para o prazer quando permite a interação com seus pares e condições para o reforço da identidade pessoal, quando possibilita novos aprendizados, criações, inovações que se incorporam ao saber-fazer do trabalhador e, a partir disso, vislumbra novas formas de desenvolver sua atividade, fundamentada na sua inteligência prática (MENDES, 2008).

Assim, o significado do prazer, para os sujeitos deste estudo, surge como sinônimo de bem-estar e de satisfação, diante do balanço positivo de um trabalho que se reflete na melhoria da qualidade de vida da comunidade da área de abrangência da USF. Isso dá ao enfermeiro a tranquilidade de saber que o seu trabalho originou resultados satisfatórios, como se pode visualizar nos depoimentos a seguir:

Assim, me sinto, **me sinto bem**, vejo que, assim, **eu tô tendo um resultado positivo** no meu trabalho, né? São muito mais achados positivos do que negativos, né, porque de qualquer forma eu sinto que **eu tô contribuindo pra melhoria da qualidade de vida de uma população**, né? (E6).

**Bem-estar**, né? É como se tivesse um resultado de trabalho alcançado. [...] **eu fico tranquila**, né? Que eu fiz meu trabalho, ele tá realizado, né? Que **eu consegui atingir a meta que eu pretendia alcançar** (E7).

Como aponta um dos entrevistados, acredita-se que o enfermeiro está tão imerso no universo da produtividade que ele passou a incorporar isso ao seu trabalho e associar o alcance dos resultados ao cumprimento de metas. Nesse caso, produzir e atingir metas dá a sensação de dever cumprido e, portanto, remete ao prazer.

Outro entrevistado complementa, quando afirma sentir-se recompensado pelo trabalho que realiza no PSF. O prazer, nesse caso, ganha um significado de gratificação e felicidade, sobretudo, quando satisfaz as necessidades das pessoas que frequentam a unidade de saúde e quando essas mesmas pessoas reconhecem o trabalho e o esforço empreendido para o seu bem-estar.

**Eu fico gratificada**, né? Que **eu vejo as pessoas saírem felizes**... Oh, [NOME] consegui! [...] Quer dizer, **eles vêm aqui agradecer**, porque eu fui correr atrás e tal [...]. Eu **me sinto feliz**, né, eu me sinto assim... é feliz, só! (E1).

Essa felicidade pode ser tão regozijante, que pode contribuir para uma repercussão além do campo de atuação profissional, e pode refletir na vida pessoal do enfermeiro e ser motivo de partilha com amigos e família.

Olha, **eu fico feliz tanto comigo mesmo, na minha própria casa, minha vida pessoal**, [...] com os amigos a gente comenta, a gente acaba conversando a respeito disso, então assim, a gente fica feliz, né? [...] isso tudo me deixa feliz, isso me deixa bastante contente (E3).

Eu fico bastante feliz, **fico radiante, conto para minha esposa**: “[...] hoje foi um dia bom no trabalho, resolvi tudo, graças a Deus, não tive problema nenhum!” (E8).

Segundo Lancman (2011, p. 42), “o trabalho deve ser entendido como um *continuum* que se estende para além de seu espaço restrito e influencia outras esferas da vida”. Desse modo, as vivências no espaço de trabalho não podem desvincular-se do trabalhador, no momento que o mesmo interage com sua família ou com outros indivíduos, em outros espaços. Nesta mesma perspectiva, Dejours (2011a) defende a ideia de que não existe separação entre o que ocorre “dentro do trabalho” e “fora do trabalho”, uma vez que o funcionamento psíquico é indivisível.

Por outro lado, para entender melhor sobre as vivências de sofrimento foi, também, importante investigar o seu significado para os enfermeiros deste estudo. Percebeu-se que, para alguns entrevistados, o significado do sofrimento se confundiu com suas causas, as quais serão discutidas no capítulo a seguir.

Os depoimentos foram convergentes e independente da causa do sofrimento, sofrer, para os enfermeiros, significa ficar com o “coração amargurado”, ficar “num sentimento”, ou seja, ser afetado, ficar sem forças, é ter que carregar algum peso e ficar calado, devido a sua impotência diante das situações que lhe causa sofrimento e chorar por todas essas coisas. Trabalhar no PSF suscita um sofrimento que deixa o enfermeiro sentir-se inseguro, sentir medo.

Sofrer é assistir a tristeza do usuário, é ver o seu trabalho perdido por culpa de outro. É ver, testemunhar situações de extrema pobreza, degradação, abandono, e presenciar situações deste tipo, sem poder intervir, salvar vidas e, assim, o sofrimento repercute no profissional e o deixa “mal”, “de baixo astral”, traduzindo um testemunho impotente.

Apesar de concordar que o trabalho engendra sofrimento e que traz repercussões negativas para o trabalhador, na sua vida pessoal e profissional, quando se investiga o significado do trabalho para o enfermeiro do PSF, percebe-se que as dificuldades existentes se tornam “invisíveis” e, assim, vislumbra-se que os elementos negativos desse trabalho podem ser sobrepujáveis pelas vivências de prazer oriundas desse mesmo trabalho.

O significado do trabalho para o enfermeiro do PSF perpassa pelo amor à profissão escolhida, pela realização pessoal e profissional, pelo sentimento de ser útil, de minimizar o sofrimento do outro, pode-se dizer, então, que o significado do trabalho é o próprio prazer de trabalhar e isso dá sentido à própria vida: “o trabalho é tudo, é minha vida”.

É preciso, entretanto, refletir sobre as implicações disto. Percebe-se a colocação de grandes expectativas na atividade laboral e uma idealização da profissão que pode ter atuado, no caso dos sujeitos do estudo, como uma não percepção das condições mais duras e geradoras de stress, sofrimento e doença – percepção de risco e de vulnerabilidade. A idealização pode ser um fator protetor, enquanto se tem pouco tempo de atuação neste campo, mas e depois, com o convívio diário com situações causadoras de sofrimento, situações essas que deixam o “coração amargurado” e de “baixo astral”? Com condições e de vínculos de trabalho fragilizados? Com exigências incompatíveis com a realidade do trabalho? Esses elementos surgem na próxima discussão que trata sobre o prazer e sofrimento no trabalho.

## **6 PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO**

O trabalho do enfermeiro, não obstante possuir uma base histórica centralizada no cuidado vem sofrendo transformações e influências do capitalismo e passa por exigências de produção e de cumprimento de metas impostas que não tem percorrido em consonância com as condições de trabalho disponibilizadas para tal. O espaço do cuidado passa, também, a ser espaço de conflitos.

Cada vez mais, o principal objetivo do trabalho, nos diferentes ambientes, é a produtividade, seja no âmbito público ou privado. O discurso de produzir, produzir e produzir do mundo capitalista perpassa todas as áreas do ramo de serviços e, conseqüentemente, adentra no campo da saúde, quando a maior preocupação deveria ser a qualidade de vida do ser humano.

Porém, mesmo diante de todas as dificuldades enfrentadas, os trabalhadores da saúde não se veem sem o seu trabalho, por ser este o local onde o indivíduo amadurece profissionalmente, se realiza e se projeta socialmente. É com ele e a partir dele que novos desejos e sonhos são alimentados, que o profissional ajuda e minimiza o sofrimento de um outro e, a partir disso, se reconhece e é reconhecido pelo que faz.

Surgem, por meio do trabalho, vivências de prazer e sofrimento que possuem significados diferentes, mas não necessariamente excludentes, em todos os contextos laborais, e, segundo Dejours (2009), isso pode estar vinculado à existência de uma aproximação ou distanciamento entre o que é determinado pela organização do trabalho (prescrito) e o trabalho realizado pelo trabalhador (real).

A organização do trabalho como produtora de forças antagônicas que agem sobre o trabalhador, é apontada por Mendes (2008) quando o mesmo, diante de seus desejos, se confronta com a realidade do trabalho, expressa pela cobrança de produtividade e desempenho. Considera, assim, o trabalho como espaço de emancipação e de sujeição, e a escolha desse caminho depende do significado atribuído, pelo trabalhador, diante da realidade que vivencia.

Julga-se, contudo, que a intensidade do prazer e do sofrer pelo enfermeiro, depende de múltiplos aspectos, como aqueles ligados às exigências do trabalho, aos aspectos ambientais e condições de trabalho oferecidas, satisfação com a atividade que desenvolve e as relações que se encontram imbricadas nos espaços em que se produz o trabalho em si. Entretanto, a despeito de uma diversidade desses aspectos intervenientes e dos indivíduos compartilharem, ou não, a mesma atividade e os mesmos espaços coletivos de trabalho, a percepção do prazer

e do sofrimento sempre vai ser algo individual, uma vez que está ligado à história de vida e aos aspectos subjetivos de cada indivíduo.

Uma questão chave que retrata prazer no trabalho é a “harmonia entre os aspectos do trabalho e as necessidades e desejos psicológicos do trabalhador” (LIMA, 2004, p. 35). Nesse sentido, compreende-se que vivenciar o prazer no labor significa encontrar um equilíbrio entre os interesses da organização e do trabalhador.

Destarte, ter prazer no trabalho pode estar associado a diversas questões e isso inclui proporcionar conforto, ajudar, satisfazer o outro e contribuir para a redução do seu sofrimento. Alguns entrevistados convergem nesta perspectiva de que o prazer está na satisfação das necessidades dos outros, no prazer do outro, do objeto de trabalho. Ao mesmo tempo, trazem à procura pelo serviço, o agradecimento e o *feedback* dos usuários como um aspecto que implica no sentir-se valorizado e reconhecido pelo trabalho que se faz, e isso potencializa o prazer. Chegar, portanto, a uma “resposta satisfatória”, à solução de um problema proposto, através de uma intervenção técnica, recompensa, e se esta estiver embasada em “conhecimento científico”, gratifica duplamente o profissional. Ou seja, a utilização dos meios e os produtos obtidos, com o trabalho, geram prazer para o enfermeiro.

**Consegui, às vezes, um conforto** que, às vezes, eu corro atrás quando é um exame, eu corro, vou para a Secretaria, peço [...] até quando é minha folga, [...]. Então assim, **é um prazer você conseguir [...], é gratificante, né, você saber que as pessoas gostam de seu trabalho**, pré-natal mesmo não faltam! É aquela coisa que você sabe que as pessoas reconhecem o trabalho que você tá fazendo, então, isso aí é muito gratificante (E1).

**É a satisfação, é eu vim atender e vê que eu consegui fazer, né? [...] diminuir o sofrimento** daquela pessoa, realizando o trabalho, **a pessoa saindo satisfeita, né?** O agradecimento e a gente vê que foi realizado o trabalho, que foi feito o que tinha que ser feito corretamente (E4).

É isso! **Usar todo o meu conhecimento científico, né? É atender essa paciente buscando resultado**, buscando parcerias com outros profissionais e ela [paciente], assim, **dando uma resposta satisfatória que o problema foi solucionado** (E5).

Embora, tenha campo de estudo de natureza diferente, o estudo de Prestes e outros (2010) também encontrou resultados semelhantes que relacionavam o prazer do enfermeiro à possibilidade de valorização profissional pelos usuários, a confiança dos mesmos no seu trabalho e o prazer em ajudá-los, através de suas habilidades pessoais que alia seus conhecimentos e seu empenho. Além disso, Beck e outros (2009) assinalam que valorização

do trabalho pode assegurar o crescimento profissional, uma vez que funciona como incentivo e fonte de motivação.

Assim, mesmo com os problemas que rodeiam o trabalho na Saúde da Família, sentir-se reconhecido e valorizado pelo que faz, deixam os enfermeiros mais motivados para continuarem o seu trabalho. Visualiza-se o “reconhecimento de utilidade” proferido por Dejours (2011a) como resultado das contribuições proporcionadas às pessoas, à comunidade e, nessa lógica, o autor defende nos estudos de psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento como o elemento necessário para a transformação do sofrimento em prazer.

Percebe-se no grupo estudado a existência de um ciclo caracterizado pela: 1) dedicação do enfermeiro ao usuário, por meio do seu trabalho (saber-fazer); 2) usuário que estima esse trabalho, através do reconhecimento, 3) o enfermeiro se motiva a continuar, a buscar parcerias, para oferecer uma melhor assistência e aliviar o sofrimento do usuário.

Por outro lado, um dos entrevistados em seu depoimento mostra um sentimento de dedicação para além do cotidiano de trabalho que indica uma marca de alienação, uma vez que se permite envolver com as questões do trabalho no seu dia de “folga”. Limongi França e Rodrigues (2009, p. 113) citam como características alienantes, a dedicação de horas além do que é previsto, dedicadas ao trabalho e a tendência de levar trabalhos para casa. Esses autores revelam que a alienação no trabalho reduz “o controle das pessoas sobre suas próprias vidas e de sua situação no trabalho”. Habermas (1987, apud Heloani, 2008, p. 166-167) enfatiza esta questão quando aborda a invasão do mundo da vida (espaço social reproduzido por meio da ação comunicativa) pelo mundo sistêmico (relacionado ao trabalho e as forças produtivas), através do imperativo capitalista que exclui, ao longo do tempo, a racionalidade comunicativa, e, a partir disto, o mundo do trabalho se consolida.

Essa questão merece ser vista com cuidado, porque mesmo vivendo o ser humano, constantemente em busca de prazer, essa permissividade pode trazer riscos à sua saúde.

Outros entrevistados complementam o prazer relacionado à resolutividade de problemas e satisfação da comunidade, trazendo um prazer oriundo não, apenas, desses produtos, mas de outras questões que perpassam por aspectos da profissão, do trabalho em si (atendimento, equipe, trabalho em conjunto), de atividades que realiza e pela sensação de satisfação e bem-estar que esse trabalho proporciona.

Eu trabalho com uma equipe, graças a Deus, com as pessoas que eu gosto [...], a minha equipe é boa. É unida mesmo, a gente aqui parece uma família mesmo, né? Até os próprios estagiários, as próprias professoras que vêm com os alunos, a gente, também, têm um vínculo. Então, o que me dá prazer é isso, né? **E eu faço o que eu**

**gosto que é trabalhar com enfermagem**, né? Atendimento pré-natal, isso tudo eu gosto, de trabalhar com mulheres [...] (E2).

**Tudo!** É a resposta da comunidade, a equipe, vê o trabalho funcionando, né? **A equipe trabalhando, a gente trabalhando junto, todo mundo, cooperando**, importante! A comunidade satisfeita, né? (E7).

**Tudo** que eu faço aqui no trabalho me dá prazer, eu não posso dizer o que especialmente. **Eu gosto do que eu faço, eu gosto de atender as pessoas**, eu me sinto bem trabalhando, então dificilmente eu posso citar uma coisa só, isolada. **Tudo** que eu faço no meu trabalho me dá prazer. **Quando o paciente chega, que é atendido isso me dá prazer, que eu sei que resolvi a situação dele eu fico feliz**. Isso me dá muito prazer (E8).

Na pesquisa com enfermeiros de Souza e outros (2011) destacaram a satisfação das necessidades, a contribuição para a recuperação dos usuários, o trabalho em equipe e o reconhecimento profissional, tanto pela população usuária quanto pela equipe multiprofissional, como aspectos do trabalho que proporcionam prazer. Mas, chama à atenção, nos depoimentos dos profissionais, a intensidade desse prazer assim revelado: tudo no trabalho dá prazer.

Apesar de que as questões relacionais pouco foram abordadas pelos enfermeiros como meios utilizados na execução do seu trabalho, ao visualizar os aspectos aqui abordados, entende-se que o prazer dos enfermeiros é, também, resultado das relações que são engendradas a partir do próprio trabalho e do produto dessas relações, seja com o usuário/comunidade, seja com os colegas de trabalho. A partir das relações no trabalho, os enfermeiros reconhecem a sua utilidade como profissional, ao mesmo tempo em que são reconhecidos pelos usuários, tornando o trabalho algo gratificante.

Fazendo um contraponto dos aspectos encontrados com a concepção de Dejours (2009), que afirma o prazer como resultante da livre articulação entre o trabalhador e o seu trabalho, pode-se entender que atuar na profissão escolhida e fazer o que gosta, como referem os entrevistados 2 e 8, pode ser a válvula de escape para a energia pulsional, o que dá a esse fazer características de um “trabalho equilibrante”.

Compreende-se, ainda, que o indivíduo pode ter prazer no trabalho e, ainda assim, não estar totalmente satisfeito com o mesmo, uma vez que, ao se falar em trabalho, vê-se, por trás deste, uma série de elementos que podem interferir na sua satisfação, como condições de trabalho, aspectos da organização do trabalho, “vocação” para a área de atuação, relações existentes, dentre outros. A partir desta análise, tem-se uma compreensão individualizada sobre estar ou não, satisfeito com o trabalho que realiza.

Apesar da existência de aspectos que podem influenciar na satisfação do enfermeiro, a maioria declarou-se como satisfeitos com o trabalho que realizam, mesmo ratificando a existência de dificuldades e cansaço no labor.

Com meu trabalho sim, estou satisfeito (E3).

Com o trabalho em si, estou [satisfeita]! Exercendo, né, minha função, gosto o que eu faço, não estou aqui insatisfeita porque foi a única porta que abriu, negativo, né? Graças a Deus, que eu pude tá atuando numa área que eu me especializei. Apesar das barreiras, apesar das dificuldades, gosto de trabalhar com comunidade, gosto de trabalhar com esse perfil de comunidade difícil, resistente (E5).

Tô [satisfeita], apesar de, às vezes, me sentir muito cansada, mas eu tô sim (E6).

Não obstante a disposição positiva encontrada, alguns entrevistados apontaram para questões que mostram que a satisfação pode não estar atingindo todo o espaço das ações cotidianas. É como se a satisfação fosse uma qualidade que se atingisse por “maioria”, após um balanço de satisfações e insatisfações, de modo que, para tais enfermeiros, a satisfação não estaria completa. E essas questões, ao serem elencadas, terminam revelando, na verdade, muitas áreas de insatisfação: salário, responsabilidades, cobranças e “desgaste”.

Não totalmente, né? Eu estou satisfeita na minha área, né? Que é nessa área que eu me identifico, mas eu acho que tem que melhorar muita coisa (E2).

**Em termo do salário, né, tem essas insatisfações, porque a gente vê que o trabalho é desgastante, né? Tem muito trabalho,** às vezes, tem muito, o que, também, **cobrança**, muitas coisas que chega aqui, tudo pra enfermeira fazer, então, a responsabilidade realmente da unidade, o que acontece. Se é atingir uma meta de vacina, ótimo parabéns! Se não atingiu, eu tenho que correr atrás e, tudo vem pra enfermeira, pra correr atrás e dar os resultados positivos. [...] E, também, tem a cobrança da própria equipe, os agentes de saúde quando necessita de alguma, os técnicos quando necessita, aí vem solicitar da enfermeira (E4).

Apesar de evidenciar identificação e satisfação com a área de atuação, o entrevistado 2 relatou a necessidade de melhorias, principalmente pelas interferências diretas de agentes político-partidários no PSF (vereadores). Durante a observação, esse enfermeiro mencionou que se sentia altamente fragilizado, uma vez que a sua autonomia ficava comprometida pelas interposições políticas e desabafou: “Preciso estudar, para sair dessa vida!”, se referindo à realização de mestrado e/ou concursos públicos com vistas à estabilidade profissional.

Essa diferença entre a satisfação dita na entrevista e a extrema insatisfação mostrada e verbalmente explicitada, na observação, chama à atenção para a complementaridade das

técnicas, pois, numa entrevista, a censura interna tende a ser maior, enquanto na ação, o observado, ao se envolver com os desafios da prática, se libera do autopolicimento e se mostra de forma mais livre e verdadeira, ainda que momentaneamente. Assim, a espontaneidade do momento da ação faz contraponto com a reflexão mais ponderada do discurso, de forma a tornar a interpretação menos polarizada.

O desgaste, a acumulação de atividades, cobranças da gestão municipal e da própria equipe, além de um salário não condizente com as responsabilidades impostas ao enfermeiro, são trazidos pelo entrevistado 4 como aspectos que explicitam a sua insatisfação. Nesse sentido, Batista e outros (2005) afirmam que a harmonia e a equilíbrio psicológico no local de trabalho podem ser influenciadas pela insatisfação e a desmotivação do trabalhador, levando ao mesmo ao acúmulo de carga psíquica (energia pulsional) e ao sofrimento.

Então, a maioria se diz muito satisfeita, porque está na “sua área”, ainda que parte dessa maioria acabe trazendo muitas queixas. Mas as trajetórias podem ser diferentes. No caso do entrevistado 1, a satisfação foi algo conquistado através do “costume”, do aprendizado, de uma certa acomodação:

Tô! [RISOS] Tô satisfeita, gosto do que eu faço. Agora, eu gosto mais da área hospitalar, eu sou muito apaixonada por emergência, por UTI, são áreas assim que eu sou apaixonada. [...] eu agradeço muito a ele, que eu trabalhei muitos anos com [NOME] e ele que me ofereceu esse cargo aqui. Aí eu fiz, vou! Graças a Deus, foi a porta assim, que... [...]. E assim, **eu aprendi a gostar**, eu aprendi, eu gosto de trabalhar, já, com a comunidade, **já me acostumei assim, com o trabalho** (E1).

Mesmo que, no primeiro momento, o entrevistado tenha referido satisfação e gratidão pela pessoa que lhe concedeu o trabalho no PSF, ressaltou, em seguida, a preferência pela área hospitalar. Entende-se, a partir do relato, que o PSF representou a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho e, por isso, o entrevistado relatou “eu aprendi a gostar [...], já me acostumei assim, com o trabalho”. Isso deixa nas entrelinhas que o seu trabalho não representava a sua primeira opção de escolha, mas se tornou conveniente, em virtude de ter sido a “porta que se abriu”.

Reconhecer o trabalho com fonte de satisfação das necessidades pode estar associado às diferentes capacidades de adaptação dos indivíduos, que dependem da relação entre o que é esperado e o que é, de fato, encontrado no trabalho. Implica em, alguns casos, sujeitar-se e “criar” afinidade para as oportunidades que surgem e, assim, por meio do salário, os indivíduos possam atender as necessidades materiais e as imateriais, através do reconhecimento e do sentimento de utilidade.

Nesse aspecto, declarar o trabalho como alicerce da vida humana é concordar que, por meio dele, o trabalhador atende as necessidades em busca do bem-estar físico e psíquico e social. De um lado, o trabalho possui significações concretas, ilustradas pela remuneração, férias, aquisição de bens e, de outro, as abstratas, representadas pela idealização de projetos, sonhos, mobilização da inteligência, realização pessoal e profissional, além da constituição da identidade.

Assim, o trabalho no PSF indica algumas percepções de ganho sob a forma de acúmulo de experiência e qualificação. Ter um trabalho significa, para os enfermeiros, a possibilidade de aplicar o aprendizado da sua formação acadêmica, de modo que a prática torna possível uma (re) criação dos seus conhecimentos, da sua conduta e da sua identidade. O trabalho, também, oferece a aquisição de bens materiais, que para um dos entrevistados traduz a noção de sucesso, com impacto positivo na autoestima; outro entrevistado, atribuindo ao seu trabalho uma maior valorização à questão abstrata (realização profissional), deixa claro que, através do seu trabalho, conseguiu adquirir condições de sobrevivência, por meio de casas, automóvel, educação para suas filhas, traduzindo uma sensação de dever cumprido.

É, aplicar, né, todo o meu conhecimento teórico, na verdade, eu consigo aplicar com minha prática. É, hoje eu sou uma outra profissional depois da minha formação, né, que **antes eu tinha outra visão, hoje em dia, eu tenho com a minha experiência**, né, **eu tenho outra postura e outra bagagem**, né? Que eu acho que a gente só aprende mesmo na prática. [...]. Consegui em termos materiais, né, consegui comprar carro, comprar casa, né? Que eu acho que eu me considero uma pessoa nova, né, que eu me formei nova, com 22 anos. Então, pra ter 26 anos já consegui, **com o pouco que eu ganho eu consegui [...] muita coisa, né, com pouco tempo de formada** (E2).

Eu acho que é **uma realização profissional**, eu já me acho realizado pelo fiz, pelo que eu consegui com meu trabalho. [...] materiais, eu não me ligo muito não. Eu tenho minha casa, pago escola para minhas filhas, já vou ver uma formada agora, outra formada paro ano, tal. Eu acho que, bem, tenho minha casinha, tenho duas casas de aluguel, tenho meu carrinho, essas coisas. [...] tenho uma vida de classe média, mais ou menos, vivo bem com minha família, meus amigos. Não tenho ambições, também já estou em final de carreira, [...] já curti muito, agora tô mais moderado, vou fazer 60, minha filha! (E8).

Nesta perspectiva, Marx (2008) retrata que, através do trabalho abstrato, o homem tem acesso ao valor de troca da sua força de trabalho – salário – que dá ao mesmo a possibilidade de consumir, adquirir bens materiais.

Por sua vez, outro entrevistado complementa o exposto, mas associa, também, o trabalho com uma ideia ampliada, de fonte de satisfação e bem estar individual e familiar.

**Meu bem estar, meu próprio bem estar, da minha vida, da minha família, do meu filho**, né, ele me proporciona tudo isso. O trabalho enobrece o homem, né? Então, a pessoa que trabalha, ela tem, eu acho que tem mais capacidade, tem mais prazer na vida, eu acho assim, pelo menos é o que eu penso, né, que você passa a fazer coisas você tem vontade. Olha, depois que eu comecei a trabalhar, o que meu trabalho me traz, assim, concretamente, [...] comprei minha casa, comprei meu carro, tá entendendo? O que eu quero eu compro, até o que eu não quero, às vezes. São essas coisas, assim, satisfazer [...] algumas vontades do meu filho, [...] e vendo a satisfação de meu filho, automaticamente, eu estou satisfeito, são essas coisas (E3).

O trabalho permite ao homem ir ao encontro da satisfação pessoal, da felicidade e preencher sua vida com ações que tenham significado para si e para os outros (BATISTA et al., 2005). Por tais motivos, o trabalho tem profundo sentido para a vida humana porque, independente dos aspectos materiais e da possibilidade de atender ao consumismo, o mesmo dá ao homem capacidade para desenvolver novas habilidades e competências e disposição para transformar algo e transformar-se.

Dentre os aspectos facilitadores para o trabalho do enfermeiro foram referidos: o vínculo com a comunidade, a equipe com ênfase para o trabalho e integração com os ACS, o apoio da SMS, os recursos materiais, o recebimento de relatório da contra referência, a informatização da unidade, o NASF, o Programa de Educação Tutorial (PET) da UEFS, além da atuação de estudantes estagiários.

Alguns entrevistados reconhecem o contato e o vínculo com a comunidade como dispositivos facilitadores do trabalho:

Mas assim, eu aprendi assim, que você trabalha mais com a comunidade, que hospital [...] não é assim, você não se apega muito aos pacientes. E aqui, não, você já conhece todo mundo; às vezes o paciente nem é consulta e vem aqui mesmo porque quer me vê, porque quer conversar comigo e quer contar uma história da vida dele, o que aconteceu, se brigou com o marido, se não brigou, que quer um conforto, né, um desabafo [...] (E1).

Isso aí, o que facilita é trabalhar com a comunidade [...] (E7).

Em uma pesquisa com enfermeiros do PSF, Barbosa e Aguiar (2008), encontraram o vínculo com a comunidade como fator positivo, uma vez que funciona como ferramenta para a concretização do trabalho, por meio de uma relação de envolvimento e confiança profissional-usuário.

Ter vínculo com a comunidade significa atender a uma das prerrogativas básicas para a realização do trabalho no PSF e, certamente, trabalhar numa relação de proximidade, indica maior possibilidade de resultados positivos e da efetivação do cuidado, levando o enfermeiro a ficar mais satisfeito com o seu trabalho.

Um dos entrevistados complementa, trazendo outros pontos facilitadores para o trabalho do enfermeiro:

A participação da comunidade, eu acho que é ponto positivo, a integração da equipe, também, a gente contar com estudantes enfermeirandos da FAN, bolsistas do PET da UEFS. O NASF, que o núcleo de apoio saúde da família, isso tudo são pontos positivos, facilitam muito nosso trabalho, não posso deixar de falar isso (E8).

As observações permitiram considerar as potencialidades da integração ensino-serviço para a unidade, a equipe e a comunidade. Apesar do enfermeiro ter a preceptorial como outra atividade no PSF e, geralmente, não ser gratificado financeiramente por isso, foi visualizado que, ao mesmo tempo em que os estudantes aprendem, através das atividades realizadas, eles contribuem com ações educativas e de planejamento que, na grande maioria, interferem positivamente no funcionamento da unidade. Sobre o NASF, vale ressaltar que esse entrevistado foi o único a mencionar esse núcleo como aspecto que facilita o trabalho. Observou-se em algumas unidades a existência de constantes reclamações sobre a frequência e o cumprimento das atividades planejadas, em conjunto com os profissionais que integram o NASF, vinculado às unidades. Os enfermeiros dessas unidades referiram desgaste com as solicitações não atendidas.

Ainda são relatados por outros entrevistados como elementos facilitadores, alguns aspectos diferentes. Um entrevistado, por exemplo, salienta o apoio da Secretaria de Saúde e os recursos materiais como pontos positivos:

Mas o que facilita, realmente, é quando a gente vê que o órgão que a gente conta, que é a onde a gente corre, a Secretaria de Saúde, ele se empenha também para marcar uma consulta, que a gente sabe que, às vezes, até tem, que tem como fazer, porque tudo vai de acordo ao relatório que a gente faz. A gente vê a necessidade, quando eles leem direitinho, que eles leem a necessidade, aí eles marcam. Isso facilita, assim, porque loba, essas coisas, tudo que a gente precisa, tem (E3).

Vê-se aqui que o entrevistado assume a total responsabilidade pelas marcações de consultas não realizadas pela Secretaria de Saúde, quando afirma que “tudo vai de acordo ao relatório que a gente faz”, ou seja, se fizer um relatório que não seja suficiente aos “olhos de quem lê”, as consultas não são marcadas e para que isso não aconteça depende do enfermeiro em elaborar um relatório condizente com as necessidades do marcador.

O relatório da contrarreferência, a informatização da USF e a parceria com os ACS, também, são apontados como pontos facilitadores do seu trabalho:

[...] eu faço meu diagnóstico de enfermagem, encaminho esse paciente, né, o atendimento especializado e esse paciente me dá uma contra referência, para mim isso aí é, não tem mérito! [...] Sempre vem uma contra referência, ó, tudo bonitinho, por escrito! Sempre quando eu mando paciente, é..., pro Cleriston Andrade, pro ambulatório de feridas com [NOME], sempre eu tenho uma contra referência. É coisa rara, mas aqui, ainda, acontece. [...] O próprio sistema digitalizado, né, ou informatizado, hoje é um facilitador. Os ACS também, né, eu tento assim, trabalhar de uma maneira bem harmoniosa com eles, bem parceiros. Hoje, eles são parceiros, não tenho o que falar dos ACS, até alguns, também, tem uns vícios, mas a gente percebe que no trabalho não deixa, né, não interrompe o andamento do serviço (E5).

O recebimento do relatório de contra referência pelo profissional que encaminhou o paciente, apesar de ser algo infrequente na rotina do PSF, traz satisfação para o entrevistado, além de facilitar o trabalho por conhecer a conduta adotada pelo profissional para o paciente encaminhado. A informatização não é realidade de todas as unidades, mas foi registrada como um facilitador do trabalho. No entanto, observou-se que o sistema não substituiu o preenchimento de alguns formulários específicos da estratégia. O entrevistado sinalizou durante o período que estava sendo observado: “ainda continuo a preencher papéis, mas o sistema só veio ajudar o trabalho”.

Trabalhar em parceria com os ACS é visto como um ponto positivo e, nesse aspecto, Beck e outros (2010) asseguram que as ações desenvolvidas em parceria com os agentes comunitários contribuem para a qualidade do trabalho e para a sensação de realização pessoal e profissional.

Entretanto, mesmo existindo prazer, satisfação, aquisições por meio do trabalho e facilidades para a realização do mesmo, no âmbito do PSF, é notório que no espaço de trabalho é possível vivenciar o sofrimento, dificuldades que parecem estar longe de serem resolvidas, que terminam por potencializar o desânimo e o desgaste profissional.

Assim, um dos entrevistados suscitou a ideia de sofrimento quando abordou sobre a fragilidade do vínculo empregatício do enfermeiro no PSF.

[...] não sabe até aonde vai trabalhar, até quando a gente vai ficar aqui, porque é uma coisa solta, né? Não tem segurança nenhuma, trabalha com medo! **A gente trabalha com medo!** (E2).

O medo referido pelo entrevistado está vinculado à insegurança, provocada pelas condições inadequadas de trabalho, com ênfase para um vínculo fragilizado. Ainda no decurso da observação deste profissional, o mesmo relatou sobre as interferências políticas no seu trabalho, quando acontecem as “indicações” de profissionais para o PSF. Segundo o relato deste enfermeiro, existe uma quantidade de vagas para cada vereador do município e em casos

de desentendimentos ou rupturas políticas, o trabalhador indicado fica vulnerável e com o trabalho ameaçado. Revelou ainda que no início da última gestão municipal, foi preciso contactar com um vereador para assegurar a sua permanência no PSF.

Nesse sentido, Dejours (1992) afirma que a ameaça de substituição pelos que estão “disponíveis” para o mercado de trabalho suscita um pessimismo em relação ao seu destino profissional.

Na pesquisa de Barbosa e Aguiar (2008), dentre os aspectos que influenciam a permanência do enfermeiro no PSF, registra-se o “fator político” no processo decisório da estratégia, o que interfere, por exemplo, nas admissões e demissões de profissionais, gerando uma constante rotatividade de profissionais.

Por se tratar de uma questão corriqueira em muitas realidades brasileiras, em que as trocas de “favores”, principalmente votos, geram oportunidades de trabalho, compreendidas como trabalhos precarizados e, totalmente, inseguros, no qual o preenchimento de vagas que surgem passam a ser controladas por quem está no poder. Nesse processo, a avaliação curricular é, evidentemente, negligenciada, pois o profissional mais adequado nem sempre é o mais competente, mas aquele que cede aos interesses político-partidários.

A possibilidade da perda do trabalho choca-se com as aspirações do sujeito trabalhador, uma vez que o fato de estar desempregado pode bloquear a busca pelas satisfações concretas e simbólicas passível do trabalho. Dejours (1992) discute o medo no trabalho e afirma que independente de onde este sentimento seja proveniente, o mesmo traz impactos nefastos para a saúde mental do trabalhador.

Não é fácil, muito menos saudável trabalhar em sistemas como este. Para que os serviços de saúde possam ser, efetivamente, locais de produção de saúde, Campos e Gutierrez (2005) revelam que é imprescindível assegurar qualidade da assistência para os usuários e qualidade de trabalho para os profissionais. Nesse último aspecto, eles defendem que é salutar que os direitos trabalhistas sejam assegurados, pois embora existam, ainda não foram regulamentados, para assim, atender as premissas do mercado capitalista que se vincula à lógica da flexibilização, terceirização, cooperativização ou qualquer outra forma que traduza a exploração do trabalho.

A insegurança no posto de trabalho tangencia o sofrimento no trabalho, uma vez que isso tolhe esses indivíduos de atender, por meio do trabalho, as suas expectativas, tornando o seu futuro incerto.

O sofrimento também está vinculado às questões que perpassam pela desassistência dos serviços de referência aos quais os usuários são encaminhados, interferindo, assim, no

produto do seu trabalho, como retratam alguns entrevistados que compartilham de opiniões semelhantes:

[...] quando a gente vê as dificuldades que outros profissionais de saúde eles colocam para atender um paciente, [...] eu tive uma paciente agora, [...] a gente sinalizou que ela tava grávida, [...] eu solicitei os exames, os exames foram ótimos, certo, e aí eu pedi o ultrassom e no resultado da ultrassom, [...] veio saco gestacional fora do seu ciclo habitual, coisa assim, automaticamente, eu encaminhei ela para o hospital da mulher. [...] o obstetra do hospital da mulher disse assim, ‘olha, aqui é gestação de alto risco, você precisa ir para o Cleriston’. [...] O médico do Cleriston disse que aquilo não era uma gestação de alto risco [...] e ainda assim, quando ele viu minha contrarreferência [...], disse que o enfermeiro não tinha capacidade de identificar uma gestação de alto risco. [...] ela voltou aqui, [...] tentei fazer a ausculta do feto, [...] não consegui auscultar. Solicitei até uma outra ultrassonografia, ele não quis atender ela lá. Só que eu pedi que ela fosse lá e ele fizesse um relatório dizendo nesse relatório que ela nem o bebê corriam algum tipo de risco, né? Mas, infelizmente, não deu tempo, [...] ela fez a ultrassom, aí, já identificou feto morto [...] **essa questão me causa sofrimento**, quando a gente vê que **profissionais que podiam tá fazendo ali o acompanhamento, dar seguimento, àquilo que você não pode fazer, ele não faz**. É como você tá num grande time de futebol, você faz tudo, você toca a bola e seu amigo tem como fazer o gol e não faz, joga pra trás ou então joga para fora, né, isso causa chateação. [...] **o seu trabalho só rendeu até determinado lugar e naquele lugar parou e você vê a tristeza do usuário, né, que infelizmente não conseguiu e você acaba sofrendo com isso** [...] (E3).

Agora mesmo, a paciente oncológica que eu tenho, que eu fiz uma visita sexta-feira passada, do portão eu já senti o odor fétido, é aquelas condições higiênicas precárias, com aquela ferida totalmente infectada, com aquela secreção. Assim, **para mim foi terrível, terrível, terrível!** [...] encaminhei essa paciente pro Dom Pedro, lá o oncologista não quis nem abrir o ferimento, só fez prescrever benzetacil, pelo amor de Deus, né?! [...] Ela é nova na área, outros, passou por vários profissionais e ninguém sinalizou, já chegou para mim já numa fase terminal, mas mesmo assim não desisti dessa paciente. [...] a gente não tem assim, olha pra um lado e não tem mais como salvar a vida de um paciente, né? [...] Afe Maria! **Passsei o final de semana mal mesmo! Fiquei muito baixo astral**. [...] Então, assim, o que me causa sofrimento esse tipo assim, uma coisa que eu não posso mais me resolver (E5).

Esses fragmentos de depoimentos sintetizam uma espécie de violência, definida por Nogueira (1994, p. 35) como “violência estrutural por omissão”, que trata da negligência e do descaso à assistência de usuários encaminhados ao serviço público de saúde. A proposta do encaminhamento de usuários atendidos no PSF aos serviços de referência municipal visa transpor os limites da resolubilidade da AB e quando esses encaminhamentos resultam em violência dessa natureza, o enfermeiro se vê desamparado pela rede, nesse caso, por conta do descompromisso de outro profissional.

Dessa maneira, a fragmentação do cuidado na rede de atenção à saúde aliado ao sentimento de impotência, desses enfermeiros, frente a situações que fogem à sua autonomia profissional, os deixam fragilizados e sofridos ao perceberem que “o seu trabalho só rendeu até determinado lugar”. E, por mais que o profissional se empenhe para solucionar ou

minimizar o sofrimento do outro, tem um momento que ele não encontra mais possibilidades para “salvar a vida de um paciente”. Então, nessa circunstância, o sofrimento do usuário, também, passa a ser sofrimento do enfermeiro.

Outro aspecto mencionado pelo entrevistado 5, se refere a esses problemas que, incontroladamente, transpõem os muros do mundo do trabalho e são levados para o ambiente familiar: “Afe Maria! Passei o final de semana mal mesmo! Fiquei muito baixo astral”. Entende-se, assim, que aquela história de não levar problema de casa para o trabalho e do trabalho para casa, acaba sendo mais um arranjo do senso comum, pois o indivíduo, dentro do seu universo simbólico, possui valores e afetos que o acompanha em qualquer dos locais que esteja.

Para Zanelli e Silva (2008), do mesmo modo que o prazer, o sofrimento, também, reflete na vida pessoal do trabalhador, repercutindo negativamente no convívio com pais, filhos e cônjuges, provocando desarmonia e conflito familiar. Por sua vez, esse conflito potencializa os problemas vividos no ambiente de trabalho, o que provoca aumento da tensão e desgaste emocional para esses trabalhadores.

Sob outros olhares que se complementam, o sofrimento pode ser vivenciado quando:

[...] fazemos relatórios de encaminhamento e o paciente volta sem ter resposta... ou então, como já aconteceu aqui várias vezes, a gente pega um paciente que necessita de internamento, o paciente não tem como ir, né, então, isso pra gente é ruim, a gente ficar presenciando esse tipo de situações. Então assim, sempre acontece, o paciente tá passando mal, não tem como ir [...]. Então, isso é o que mais causa sofrimento aqui para gente (E6).

[...] é solicitado algum procedimento e que ele (paciente) traz essa guia, a gente encaminha para a central de regulação dentro das cotas e poucos dias depois, a gente recebe de volta dizendo que não foi agendado por falta de vagas. **Isso me deixa bastante constrangido, talvez seja a pior coisa do meu trabalho** é essa, porque a gente não tem explicação (E8).

A insuficiência da rede de referência para exames ou consultas com especialistas e de outros meios, como transporte, demarca o sofrimento, uma vez que os encaminhamentos ficam sem respostas e os enfermeiros, sem explicação para os usuários que, no ir e vir, ficam desprovidos da assistência necessária. Mais uma vez o produto do trabalho fica comprometido, motivo de sofrimento do enfermeiro, em virtude da insuficiência dos meios.

Nesta perspectiva, Assunção e Jackson Filho (2011, p. 47) asseguram que os trabalhadores da saúde, portanto, percorrem um caminho paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que têm a incumbência de assistir e cuidar dos usuários, visualizam a insuficiência dos meios e recursos para o desenvolvimento de suas atividades. Outrossim, apontam, ainda, que

a gestão parece “desconhecer as necessidades dos trabalhadores para desenvolver as tarefas requeridas e aquelas criadas no desenrolar das suas ações diante das demandas dos usuários”.

A partir desse ponto, surge um trabalhador impotente, por não ter poder para solucionar as insuficiências da rede de atenção e atender as demandas reais da comunidade, e em profundo desgaste, pois tem que conviver, cotidianamente, com as faltas da estrutura e ainda enfrentar a insatisfação da comunidade desassistida.

Por outro lado, um dos entrevistados aponta elementos, de ordem pessoal, diferentes daqueles já mencionados que, para ele, remete o sofrimento:

[...] ainda estou frustrada, porque eu não consigo ainda, tá muito difícil, tá muito apertado, né, são muitos enfermeiros pra poucos hospitais. E assim, pra mim é mais difícil ainda, porque eu era técnica de enfermagem [...] todos os hospitais que eu chego, a enfermeira já trabalhou comigo quando eu era técnica. Então, às vezes eu acho assim, porque hoje eu sou enfermeira, você é enfermeira, você já foi minha chefe um dia, hoje em dia não quer se igualar. [...] Então, **não me aceita como colega de trabalho** [RISOS NERVOSOS]. Então, **é isso que me dói!** (E1).

O fato de escolher ser enfermeiro atrelou-se ao jogo de suas motivações e dos seus desejos. Mas, mesmo sendo a formação profissional, para esse entrevistado, sinônimo de sacrifício e conquista de um sonho, deixa evidente sua maior afinidade pela área hospitalar.

Para Dejours (1992, p. 49), “o nível de qualificação, de formação não é, via de regra, suficiente em relação às aspirações”. Entende-se, assim, que esse enfermeiro idealizou atuar profissionalmente em outro espaço (o hospital), o qual delimita um processo de trabalho diferente daquele que opera no PSF, e isso pode gerar descontentamento com o conteúdo “significativo” deste trabalho, já que seus investimentos simbólicos foram idealizados para o hospital. Por isso, fala em frustração, em dor, por não se sentir aceita pelos colegas de profissão que lá atuam. E por não ter conseguido se inserir no hospital, como enfermeiro, o PSF passou a ser a solução e a oportunidade que lhe foi concedida para introduzir-se no mercado de trabalho.

Existem, ainda, circunstâncias de ordem organizacional, política e social, vinculadas ao universo do PSF, que potencializam o sofrimento deste enfermeiro:

Então, assim, a gente sabe que tem a medicação, mas só que não manda e quando a gente fala que não tem, eles [pacientes] vão na Secretaria reclamar, aí [...] eles [representante da Secretaria de Saúde] dizem que não, que a gente que não faz o pedido. Então, fica assim esse **jogo que complica a minha vida como enfermeira**, complica e fala: **‘foi a enfermeira que é desorganizada que não faz o pedido’**. [...] aí você fica assim, chateado, porque a dificuldade que a gente tem já vem não só do PSF, já vem de Secretaria, já vem de políticos, né? [...] as cotas mesmo [...] na época de política, você não tem um cirurgião para mandar um paciente que tá

necessitando, você vê que **aquela pessoa tá precisando de cirurgião**, mas, assim, se **um político...**, **consegue facilmente pra outras pessoas**. [...] você vê criança aqui passando fome, mesmo, pessoas que **passam necessidade mesmo**, que **você vê ali o sofrimento e você não pode fazer nada**, isso aí **meu coração fica amargurado com essas coisas** (E1).

Ser responsabilizado pela (in) gerência da SMS, por falhas alheias, compromete a atuação do enfermeiro perante a comunidade, que passa a ficar com a imagem de um profissional omissivo, desinteressado e incompetente e isso traz profundo desgaste para o mesmo. Além disso, a intervenção dos políticos no trabalho do PSF, quando eles passam a ter acesso às cotas de consultas especializadas que deveriam ser destinadas às USF, e as utilizam como poder de barganha no período eleitoral, diminui a sua autonomia e resolubilidade.

Somado aos aspectos já mencionados, o profissional se deixa envolver por situações sociais e econômicas da comunidade, na qual o mesmo não tem poder para enfrentá-las. Sabe-se que as debilidades sociais perpassam por outras esferas da gestão pública e que o enfermeiro não tem governabilidade sobre tais situações, no entanto, o mesmo se sensibiliza diante da realidade de miséria e de falta em que vive a comunidade da área de abrangência do USF. Assim, o espaço externo à USF, onde, também, é realizado o trabalho, é fonte de sofrimento para o enfermeiro.

E, será que todas essas questões apontadas como causadoras de sofrimento, para o enfermeiro, podem ocasionar repercussões sobre sua saúde?

As implicações da organização do trabalho sobre o homem são ressaltadas por Dejours (1992): 1) a presença do cansaço limita a versatilidade do aparelho mental; 2) a saída de uma parte da energia pulsional é bloqueada em decorrência do sistema frustração-agressividade reativa e 3) as imposições da organização do trabalho, em detrimento da vontade do trabalhador, provoca inibição da sublimação. Esses componentes trazem impactos estarrecedores para o trabalhador, favorecendo o surgimento de descompensações psiconeuróticas.

Por outro lado, afirma que os indivíduos que possuem defesa de caráter e de comportamento não debelam os conflitos e o seu corpo dá lugar às doenças de ordem somática (DEJOURS, 1992). Entretanto, o modo de repercussão (psiconeurótica ou somática) é um processo individualizado e que pode acometer o trabalhador com distúrbios de ordem física e/ou mental.

Alguns entrevistados trazem um enfoque relacionado aos danos para a saúde mental:

[...] só se for psicológico, que você vê tantas coisas, que você afeta um pouquinho o psicológico. [...] eu queria ir embora, quando me ensinaram que eu tinha que entregar dados que eu vi aquele mundo de papel, que eu nunca tinha visto na minha vida, [...]. A supervisora que veio aqui um dia me ensinou como era recolher dados com as agentes comunitárias, mas e só. E quando eu fui ver... ‘vem cá, pra entregar dados, falta isso, falta aquilo, falta aquilo...’ **Enlouqueci, menina, eu entrei em pânico! Comecei a chorar, eu queria ir embora, eu não queria mais trabalhar aqui, eu fiquei enlouquecida** (E1).

[...] o PSF também provoca muito aquele **cansaço mental**, né, porque sempre são muitas pessoas, muita coisa, muita informação, aí, às vezes, chegam pacientes que falam, que chegam assim para mim, falam: ‘Ah! Lembra daquele exame? Trouxe aquele exame!’ **Não lembro nem mais o que é**, aí, vem pra contar toda a história de novo e, assim, por tá, também, trabalhando, à noite, influencia nesse cansaço (E6).

O trabalho no PSF traz um impacto psicológico para o enfermeiro diante das coisas que presencia e do grande volume de atividades e responsabilidades que nem sempre este profissional está preparado tecnicamente para assumi-las ou, ainda, pode ter outras influências, como duplo vínculo, o qual determina o seu cansaço.

Acredita-se que os cursos de graduação em Enfermagem, por mais que tentem se adequar as mudanças políticas do sistema de saúde brasileiro, resgatando nas matrizes curriculares um enfoque para a AB e, por conseguinte, o PSF, a abordagem sobre os instrumentos do trabalho burocrático, principalmente as planilhas que alimentam os sistemas de informação, tem sido ainda muito distante ou até mesmo inexistente.

Essa questão deixa esses profissionais despreparados para essa atividade, dentre outras tantas, desenvolvidas no PSF, pois se deparam com cobranças, no trabalho, de questões que não foram abordadas na sua graduação. E a cobrança do “novo” aqui passa a representar insegurança e medo de não conseguir enfrentar seus limites e o indivíduo entra em pânico: “Comecei a chorar, eu queria ir embora, eu não queria mais trabalhar aqui, eu fiquei enlouquecida”. Essa situação evidencia um episódio de estresse vivenciado pelo enfermeiro no seu processo de trabalho.

Percebe-se, também, que o cansaço mental do enfermeiro colabora para o esquecimento da história do paciente e diante das demandas da unidade se mostra impaciente “não lembro nem mais o que é, aí, vem pra contar toda a história de novo”. O próprio enfermeiro reconhece que o trabalho noturno tem influências sobre o seu cansaço.

No estudo sobre condições de trabalho e Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores da rede básica, Braga, Carvalho e Binder (2010) referem que as demandas psicológicas nesse trabalho eram elevadas e que ao serem somadas ao fator de estresse, evidenciavam uma prevalência elevada de tais transtornos entre os trabalhadores.

Outros entrevistados têm uma fala convergente para uma perspectiva mais de doença física, relacionada às condições inadequadas de trabalho, apesar de citarem o estresse e o cansaço como determinantes que influenciam na sua saúde.

Causa... Eh, como eu tinha falado com você... eu fico muito preocupada, estressada, né, e aí **eu sinto enxaqueca**. Aqui é poeira, é muita poeira o bairro, né, que as ruas não são pavimentadas, então eu fico... **tenho renite alérgica**, assim contínua, se fosse para tomar medicação tinha que ser contínua [...] nunca levanto para ir ao banheiro. Às vezes, aqui também, **não tem água** que, às vezes, a Secretaria não manda, então, **eu também esqueço de beber água**. **Então, sempre eu tenho infecção urinária e renite alérgica.** [PAUSA] **Insônia, muita insônia por causa do estresse (E2).**

Eh, eu tenho cansaço, não esquecer de cansaço físico, né, tem esse cansaço físico, mental, causa cansaço. [...]. Às vezes, o cansaço assim, quando é final do dia, né, aquele cansaço realmente assim, do trabalho. Às vezes eu tenho dor de cabeça, né, **enxaqueca**. [...] teve até uma unidade que eu trabalhei ano passado que no período, mais ou menos, de maio **era tanto mofo, tão abafado que eu tive até, a primeira vez, que eu tive sinusite, né, comecei a ter febre**, todo mundo foi vê, era sinusite e foi, justamente, por causa desse local (E4).

Observa-se que as condições ambientais, representadas pelos riscos químicos (poeira) e biológicos (fungos) presentes na área de abrangência, assim como o descuido da SMS com o trabalhador quando não atende as condições para as necessidades básicas do indivíduo (água), fazendo com que o profissional fique exposto a situações adoecedoras. O fato, também do esquecimento de beber água pode estar atrelado ao ritmo intenso de trabalho no PSF. Na busca por atender a demanda e envolvido com a atividade, o enfermeiro “esquece” de atender as suas próprias necessidades e termina se defrontando com sinais de adoecimento.

As condições inadequadas e as altas exigências de trabalho segundo Heloani (2008), afetam o corpo do trabalhador com marcas de sofrimento reveladas pela manifestação de doenças ocupacionais e/ou até mesmo implicações para a sua saúde mental.

Na pesquisa de Beck e outros (2009), os enfermeiros sugeriram que fosse disponibilizado serviços para a promoção da saúde dos trabalhadores, com o propósito de os ajudarem a analisar seu processo de trabalho e (re)inventar os sentidos do seu trabalho, de modo a reduzir o adoecimento proveniente dos processos e das condições de trabalho.

Numa perspectiva diferente daquelas apontadas, anteriormente, de forma bem otimista e de plena satisfação com o seu trabalho, o entrevistado 3 nega a possibilidade de adoecimento relacionada ao trabalho, quando afirma “muito pelo contrário, meu trabalho me faz bem, me faz super bem”. Acredita-se que tais manifestações podem estar vinculadas ao tempo reduzido de experiência desse enfermeiro no PSF, portanto, pouco tempo lidando com

as dificuldades, situações que lhe causam sofrimento e/ou, ainda, às estratégias desenvolvidas pelo mesmo para amenizar o sofrimento ao qual é submetido no ambiente de trabalho, temática debatida no próximo item.

Em se tratando das dificuldades apontadas pelos enfermeiros para o desenvolvimento do seu trabalho, muitas delas estão associadas às questões que perpassam pela resolutividade da gestão (organização do trabalho, apoio da SMS, problemas com manutenção, falta de medicamentos, equipamentos e recursos materiais, de modo geral, insuficiência de recursos humanos, falta de comunicação, ausência de uma rede estruturada com acesso aos especialistas, exames e procedimentos, falta de carro para realização de visitas domiciliares e áreas de abrangência com população crescente e acima do limite estabelecido pelo Ministério da Saúde), embora possam estar relacionadas a problemas intrínsecos da equipe, como relacionamento interpessoal.

Observa-se, inclusive, que os enfermeiros apontaram mais de uma dificuldade que compromete a qualidade da atenção dispensada ao usuário e comunidade, o que evidencia a presença de um conjunto de situações críticas que interferem diretamente sobre o processo de trabalho do enfermeiro.

Ao relacionar as dificuldades apontadas com as facilidades, observou-se que algumas facilidades citadas, dentre elas, apoio da SMS e disponibilização de recursos materiais, para outros entrevistados foram referidas, constantemente, como aspectos que traziam problemas para o andamento do trabalho, conforme apresentado nos depoimentos a seguir.

Algumas falas dos entrevistados são convergentes sobre as situações que dificultam o resultado positivo do seu trabalho, como a desorganização da SMS, a escassez de material e a manutenção e, conseqüentemente, o pouco apoio às equipes, que, por sua vez ficam sem voz e sem repostas para suas demandas. Soma-se a isto, a atenção dispensada às equipes, pela SMS, focalizada para cobrança de atividades e cumprimento de metas.

[...] teve uma vacina [CAMPANHA], a última que teve agora, [...]. A vacina da gente terminou era 12 e pouco, já tinha comunicado, à Secretária, que eu só tava com 60 doses de vacina e que cada 30 doses tava acabando em 20 e 20 minutos. Eu fiz 5 ligações para a Secretaria, a vacina só chegou aqui as 15:30, [...]. Então assim, foi desgastante porque as agentes comunitárias iam para a casa das pessoas chamavam as pessoas para vim pro posto, quando chegava aqui no posto a gente falava que a vacina tinha acabado. [...] **eu fiquei chateada, eu fiquei com raiva**, porque é uma coisa que é vacinação, é campanha, [...] tem que ser uma coisa organizada. Se eles [SMS] querem meta, como é que a gente [...] vai cumprir essa meta se eles não se organizaram? [...] aqui falta muito medicamento. Então assim, às vezes você faz uma consulta precisa que aquele paciente use aquela medicação e não tem, ai é uma dificuldade muito grande. Que **aqui falta tudo**, aqui a gente tá sem papel higiênico, só o que a gente trouxe, [...] a gente precisava de uma caixa de primeiros socorros, porque tem coisa, assim que chega que você fica de mãos atadas,

que a gente não tinha oxigênio, a gente teve que colocar na nebulização. Pense ai?! A criança tava convulsionando, passou 30 minutos convulsionando e precisava de um oxigênio e não tinha! [...] quando você precisa da manutenção, por exemplo, uma capinação, você manda 10 ofícios e não vem capinar, você precisa de um material, você fala mil vezes, não tem. Eu tenho 11 meses aqui, [...] Tem um vidro quebrado, tem 11 meses eu mandando ofício e esse vidro continua quebrado. [...] é muito difícil trazer um adolescente. Então, a gente que vai atrás de, tem que ter lanche, se você não propor um lanche, uma coisa eles não vão [...]. Só que esse brinde, esse lanche sai do nosso bolso, não é ninguém que ajuda (E1).

Às vezes da própria Secretaria, né? [...] eles querem: Ah, faça atividade educativa sobre gestante! Então, às vezes, não têm recursos pra gente poder fazer essa atividade, panfletos, folders, às vezes, a gente tem que tirar do nosso próprio dinheiro, do nosso próprio bolso pra poder tirar xérox desse folder ou imprimir na nossa própria casa. Então, eles cobram, mas não nos dão artifícios pra gente poder tá realizando, né, as atividades que eles impõem pra gente poder, né? [...] eles exigem que a gente faça as visitas, não tem carro disponível, né, pra [...], atender a população no domicílio, né? Às vezes, o material que a gente solicita, né, não chega em tempo hábil, né, a farmácia tem alguma medicação que eles não estão enviando, né. Tem algumas situações mesmo que essa medicação não tá mais na..., saiu de linha, né? Então, eles não comunicam pra gente, não chamam pra uma reunião pra poder conscientizar a gente, pra passar essa novidade, né, uma atualização. [...] alguma coisa que quebra, às vezes, eu tiro do meu dinheiro pra poder consertar, né? [...] como aqui, **eu tenho meu próprio sonar**, né, que eu tive que comprar, porque o que tinha aqui quebrou e não voltou mais da Secretaria e nem tem lá, também, pra poder mandar. Eu tive que comprar o meu, porque eu tava tendo dificuldade para usar o pinard, né, porque também tem a posição, a coluna, né, fica forçando e o ouvido também, né? (E2).

As observações confirmaram a falta de materiais nas unidades, pois além de visualizar algumas “improvisações”, como o lençol descartável, utilizado nas macas, que era substituído por papel kraft, eram frequentes as reclamações sobre a falta ou insuficiência de materiais disponibilizados pela SMS, uma vez que, segundo os relatos dos enfermeiros, já chegavam em quantidade menor que a solicitada ou, simplesmente, não chegavam.

Diante desses relatos, observa-se um contrassenso: de um lado, o não atendimento da gestão em atender às necessidades básicas para o funcionamento da USF, como vacinas, materiais de consumo diário e educativos, e do outro, enfermeiros sendo obrigados a cumprirem metas e atividades impostas pela própria gestão. Além disso, é visível o desamparo desses enfermeiros para a execução do seu trabalho: “aqui a gente tá sem papel higiênico, só o que a gente trouxe”, mostrando que os mesmos estão em locais sem a mínima condição de trabalho, além de fazerem investimentos próprios (sonar, xérox) para conseguirem continuar o trabalho e atender às exigências da gestão. O entrevistado 2 teve que comprar um sonar para a realização do Pré-natal, uma vez que não houve reparo ou substituição do equipamento quebrado, pela Secretaria de Saúde, e o mesmo não tinha facilidade para utilizar o estetoscópio de Pinard, além de que o seu uso a deixava em posição desconfortável, implicando riscos à sua saúde.

Realidade semelhante foi encontrada no estudo de Barbosa e Aguiar (2008) no qual a maioria dos enfermeiros relatou pouca comunicação entre gestão e equipes e avaliou o apoio da gestão como insatisfatório, quando se tratava dos enfrentamentos das dificuldades. Isto aponta para uma realidade que transcende problemas locais e parece refletir problemas estruturais mais profundos que envolvem a política da atenção básica no âmbito nacional.

Outro entrevistado enfatiza, também, a falta de recursos materiais, medicamentos e transporte para visita domiciliar e complementa trazendo sobre a falta de recursos humanos (a unidade não dispõe de auxiliar administrativo para nenhum dos turnos de atendimento há três meses). O enfermeiro relatou que essa falta era suprida pelas técnicas de enfermagem da unidade, que além de suas atividades, acumulavam essa responsabilidade.

[...] transporte para trazer material, medicação, material de consumo e pra visita domiciliares que a gente tem programado sempre, às quintas-feiras, e, várias vezes, a gente deixou de visitar por falta de transporte e olha que a gente agenda uma vez só na semana que é quinta-feira à tarde, às vezes, a gente não faz essas visitas por falta de transporte. [...] Não tem agente administrativo... [Nem manhã e nem à tarde?] Não, nós tínhamos um agente administrativo, mas foi demitido e, até hoje, não botaram outra no lugar. [...] Tem 3 meses que estamos sem (E8).

Além deste caso, durante as observações foi constatada, em três unidades a inexistência de auxiliar administrativo no turno da tarde. Os enfermeiros disseram que receberam um comunicado da SMS que tratava sobre a mudança de horário. Isso estava trazendo conturbações ao funcionamento adequado da unidade, pois tinham que deslocar outros profissionais de sua função para ficar na recepção ou acumular mais esta atividade, como apontou o entrevistado, a respeito dos técnicos de enfermagem da sua unidade.

O estudo de Rebouças, Legay e Abelha (2007) se reporta sobre a menor satisfação com o trabalho e o maior impacto sobre a saúde do trabalhador, destacando-se a falta de recursos humanos e materiais. Sendo também reforçados na pesquisa de Beck e outros (2010) como dificultadores no trabalho do enfermeiro que atua nos serviços de atenção à saúde, pois compromete o desenvolvimento de suas atividades e satisfação do usuário que procura o serviço. Tais problemas podem trazer implicações para a sua saúde, pois, além de conviver com o descontentamento da comunidade frente à falta de materiais, podem ficar expostos à sobrecarga física e mental.

Citada como uma das causas de sofrimento, a inexistência de uma rede de referência e contrarreferência estruturada para atender às necessidades do PSF constitui uma dificuldade no trabalho e reforça o desgaste do enfermeiro e do usuário que é encaminhado e volta sem atendimento. Do mesmo modo, Nascimento e Nascimento (2005) apontaram a insuficiência

da rede de referência e contrarreferência como limite ao desenvolvimento das práticas de saúde realizadas por enfermeiros no PSF.

Vislumbra-se que as USF não precisam, apenas, de profissionais para atender a demanda da comunidade e resolver, minimamente, 80% dos seus problemas, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). Para uma USF funcionar adequadamente se faz necessário apoio às equipes, disponibilização de recursos necessários (humanos ou materiais), manutenção corretiva e preventiva e o desenvolvimento de uma rede de referência que atenda às demandas e aos limites da atenção básica.

Essas faltas mencionadas quebram a resolutividade do serviço e do enfermeiro. É possível que a constância de tais circunstâncias produza desgastes e impactos sobre sua saúde desse profissional.

Em duas unidades em que os enfermeiros foram observados, foi presenciada a cobrança intensa pelos integrantes da equipe (técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e serviços gerais) aos enfermeiros, diante da falta de materiais. Assim, os mesmos ficavam expostos a tensões com a própria equipe, uma vez que assumiam o papel de administrador da unidade, e com a comunidade, que cobrava atendimento e resolubilidade de seus problemas. O enfermeiro, assim, “fica de mãos atadas”, diante da ausência ou insuficiência dos meios necessários ao seu trabalho.

Aqui a gente tem, principalmente, falta de materiais, medicamentos, né? Que a gente não pode, não consegue dar uma continuidade. Há falta, também, de uma rede, né, bem estruturada, porque **a gente fica de mãos atadas**. Manda um paciente pra uma determinada referência, chega lá ele não é atendido e volta pra cá com o mesmo problema. [...] E outra coisa, também, que agora tá fazendo parte da nossa realidade que é o grande número de pessoas, né, de área descoberta, que a gente tem, mais ou menos, 800 famílias de área descoberta. Então, isso tá dificultando bastante, porque uma unidade que trabalhava com uma determinada população, agora praticamente dobrou a população da gente. Então assim, continua só 01 médica, 01 enfermeira, 01 odontóloga e a quantidade de vagas, também, para a marcação de exames e consultas continua, também, o mesmo número (E6).

Além desta questão, visualiza-se, também, no depoimento apresentado, o constante crescimento da área de abrangência da unidade. Cada ESF deve atender, no máximo, 4.000 pessoas, devendo ser menor em locais onde exista maior vulnerabilidade entre as famílias (BRASIL, 2011b). Considera-se, assim, que a intensa dinamicidade e crescimento do território extrapolam o limite estabelecido pelo Ministério da Saúde, ficando a equipe e o enfermeiro sobrecarregados de atendimento e responsabilidade. Além do mais, esse problema indica uma cobertura ainda insuficiente de PSF na localidade, o que sobrecarrega a unidade,

suas cotas de exames e consultas que não foram reajustadas à demanda atual, reduzindo a possibilidade da população da área de abrangência ter acesso aos serviços especializados.

Seria um descuido pensar que essas deficiências não acarretassem algum impacto à saúde dos enfermeiros que, constantemente, estão a resolver problemas, atender à demanda e a lidar com o imprevisto no cotidiano de trabalho.

Percebe-se, ainda, que as questões ora levantadas representam entraves que fogem ao poder de resolutividade do enfermeiro, e a convivência contínua com essas dificuldades geram sentimento de desgaste e desânimo, trazendo repercussões para si e redução do entusiasmo com o trabalho.

O problema da elevada demanda de atendimentos é acirrado pelas constantes faltas dos usuários às consultas agendadas, o que gera um ciclo de problema em torno da demanda *versus* capacidade de atendimento. O não comparecimento aos atendimentos revela uma preocupação do enfermeiro frente à falta de controle que possui sobre o processo de trabalho, potencializando o desgaste: “é terrível”.

Assim, quando a gente tem uma demanda já agendada, muitas vezes, a gente não agendou duas ou três, aquelas ali que estão no agendamento faltam, pra mim, assim, oh... **é terrível, porque eu não sei como é que eu vou fazer pra aprazar essas faltosas** e aqui, o público é muito faltoso. Então, a gente, assim, agenda dez, sabendo que duas ou três vai faltar. Hoje a maior dificuldade é essa (E5).

Apesar da relação interpessoal e o trabalho em equipe ser para alguns enfermeiros, como já referido, fonte de prazer, as tensões com a equipe, também, foi um aspecto comumente relatado pelos enfermeiros como dificuldade no dia a dia de trabalho. Alguns entrevistados apresentam relatos convergentes e salientam que as relações interpessoais conflituosas trazem impactos negativos para o trabalho. Mostra, inclusive, a “cultura da fofoca” entre o pessoal de nível médio, o pouco “profissionalismo”.

[...] a equipe é muito resistente a mudanças, tá? [...] as técnicas hoje assim, é..., são pessoas, assim, não digo todas, né? Algumas têm vícios de educação de base que são, assim, terríveis! Fofquinhas, um disse me disse [...], é tanto que eu já pedi um acolhimento com o NASF, da psicóloga pra trabalhar com a equipe daqui [...] (E5).

Já tivemos aqui, também, problemas [...], entre relacionamento interpessoal, né? [...] tá melhorando a cada dia, mas, também, no início, foi um impasse muito grande no desenvolvimento das atividades (E6).

No estudo de Tomasi e outros (2008), as relações interpessoais foram julgadas como insatisfatórias para a maioria dos trabalhadores da atenção básica que atuam na região

Nordeste. Por ser o trabalho o local onde os trabalhadores passam grande parte do seu dia, é desconcertante o convívio diário com pessoas, as quais não se têm uma boa relação. E considerando, ser o enfermeiro coordenador da equipe, resolver isso pode ser tarefa difícil, porém necessária para o andamento do serviço e para a saúde dos envolvidos.

Contrariando em partes, no estudo de Rebouças, Legay e Abelha (2007), o suporte oferecido pela equipe foi um dos elementos mais registrados como fonte de satisfação e, portanto, atuava como redutor do impacto do trabalho.

Considerando que no PSF, o trabalho em equipe se torna fundamental para a concretização dos propósitos da estratégia, entende-se que os desacertos nas relações comprometem o trabalho e a satisfação daqueles que estão envolvidos. A observação do trabalho de determinado sujeito permitiu a percepção de que naquela unidade trabalhavam várias pessoas de modo desintegrado (eram duas equipes) e que a relação com os técnicos, o auxiliar de serviços gerais era difícil, pois havia constante reclamação do trabalho desses funcionários pelo enfermeiro, que se mostrava irritado ao mencionar sobre a questão. Quanto ao médico da unidade, percebeu-se uma relação de distanciamento, na qual o mesmo atendia os usuários e ia embora. O enfermeiro relatou, durante a observação, que já teve problema relacionado ao atendimento de usuários com o médico da outra unidade e que depois disso esse profissional deixou de cumprimentá-lo. Observou-se, entretanto, uma relação de proximidade com o dentista e o enfermeiro da outra unidade.

A existência de conflitos na equipe é algo inevitável, pois aí trabalham pessoas diferentes, com o pensar diferente, que dividem os mesmos espaços e problemas de trabalho. No entanto, esses conflitos se bem intermediados podem gerar impactos positivos para o trabalho. Mas, ao contrário, se constantes, podem determinar desgastes entre os profissionais e desestruturar a equipe, determinando desarmonia e sofrimento para os envolvidos.

As dificuldades com as relações entre os profissionais que atuam na mesma unidade provoca estresse, desgaste físico e emocional (AGUIAR et al., 2009). Nesse sentido, vislumbra-se o diálogo e o respeito às diferenças como alternativas para suplantar os conflitos oriundos das relações no local de trabalho. Decerto que trabalhar com uma equipe com pessoas que respeitem o trabalho e se respeitem entre si, funciona como um agente motivador para o labor, principalmente quando o profissional tem que dar conta das atividades que são agradáveis e, também, daquelas que são desgastantes.

Sobre as atividades que levam ao desgaste, alguns entrevistados apresentam depoimentos convergentes. Além de ter sido apontado como atividades que demandam tempo,

a “parte burocrática” do trabalho é, também, referida como atividade desgastante para o enfermeiro.

[...] o que é mais desgastante, na verdade, **esses consolidados e essa parte toda burocrática [...] passar pros livros e a parte de consolidado é mais desgastante.** É, é mais desgastante, porque depois do atendimento tem que passar, né, essa parte toda dos prontuários, além de escrever nos prontuários, ainda tem que passar para os livros (E4).

O preenchimento dos papéis, né? É muito documento. Principalmente, no final do mês que a gente vai fazer entrega de dados, né? Que a gente tem que reunir tudo, somar tudo e o que mais desgasta é isso aí (E7).

No PSF, o elevado número de registros provoca nos enfermeiros, principalmente, desestímulo e cansaço, porque além dos prontuários, livros e planilhas a serem preenchidas, referentes ao atendimento assistencial, existem os registros burocráticos decorrentes da atividade gerencial da unidade. Observou-se, inclusive, que existia uma intensa preocupação e, ao mesmo tempo, impaciência dos enfermeiros quanto aos registros dos atendimentos, que ocupava parte do seu tempo e diminuía a atenção disponibilizada ao usuário. Essa preocupação demasiada com a efetuação dos registros pode estar associada à cobrança da SMS por produtividade, o que termina por limitar o tempo para a realização de outras atividades.

Existem outras situações diferentes que, também, geram desgaste para o enfermeiro. A pouca participação da comunidade nas atividades de grupo e nas reuniões comunitárias, gera um desgaste no momento em que a atividade acontece, pois para acontecer essas programações existem planejamento e mobilização prévia, que, por sua vez, não trazem respostas aos esforços empreendidos. Acontece, também, um desgaste posterior que está vinculado à continuidade de reclamações da comunidade, que não discute com a equipe em espaços e tempos reservados para tal, maneiras de minimizar seus descontentamentos. Isso pode ser evidenciado no depoimento a seguir.

Mais desgastantes são os grupos, porque assim, as pessoas não gostam muito de participar [...] mas é que as pessoas, elas tem aquela coisa de não sair de dentro de casa, acha que, pro posto, só tem que vim se tá doente [...] ou tem que pegar remédio. [...] eu acho muito desgastante, porque as pessoas não comparecem. Eu tive mesmo, uma reunião comunitária, esse mês, só vieram 3 pessoas, assim, a gente passou mais de 8 dias falando, falando, colocou na rádio e tal, [...], aí eles não foram, quando chega: ‘Ah, porque tá faltando isso’. Vem reclamações. Então assim, eles não gostam de participar de nada mesmo. Ai você fica chateada, né?! (E1).

Acredita-se que a participação ainda tênue da população nas atividades que envolvam os aspectos educativos e de planejamento de ações, se deva às questões culturais, como também à predominância do modelo de atenção ainda assistencialista que impera no cotidiano dos serviços e da vida das pessoas, e isso determina a distância dos usuários para as ações que não sejam curativistas. Tal distanciamento deve interferir no processo de trabalho do enfermeiro, e trazer para o mesmo, desânimo, frente a essa atividade “invisível” e sem valor para a comunidade.

Em circunstância de outra natureza, o enfermeiro também tem a sensação de desgaste, quando não encontra a parceria do profissional médico para atendimentos de responsabilidade conjunta, o que faz gerar acúmulo de demanda:

[...] o médico aqui não faz o preventivo, então, **a demanda toda fica para mim**, né? Então, é desgastante, né? E o pré-natal, geralmente, elas [gestantes] marcam mais pra mim, né? (E2).

Apesar de salientar a sua afinidade pelo atendimento à mulher, esse entrevistado, reporta-se a alguns atendimentos assistenciais (consultas de Pré-natal e coleta do exame Papanicolau) como atividades desgastantes, porque se sente sobrecarregado, uma vez que o médico não faz esses atendimentos na unidade, ficando à demanda direcionada para o mesmo. Durante a observação, ainda mencionou que o médico não fazia o atendimento pré-natal e, apenas, atendia as gestantes, por ela encaminhadas, que apresentavam alguma intercorrência.

As condições de trabalho, na perspectiva da precarização, foram apontadas como fonte de insatisfação pelos enfermeiros do PSF. Salários baixos, atraso salarial, vínculo por cooperativa e a ausência de direitos trabalhistas, como 13º salário, férias remuneradas, ausência de estabilidade, remuneração por tempo de serviço são reclamações que revelam a fragilidade do trabalho no PSF. Essas cobranças são visualizadas no depoimento a seguir, que para além de questões relacionadas ao vínculo de trabalho, ausência de direitos e salários defasados, é destacada a desconsideração da SMS acerca da saúde do trabalhador.

[...] eles não se preocupam com os profissionais, né, essa questão [...] que está relacionada ao tema de vocês, da gente precisar de uma consulta médica, né, às vezes, a gente não tem tempo de ir para uma ginecologista, né? Então, **a gente trabalha doente e se a gente trabalha doente, a gente não atende com qualidade, né?** Então, eu acho que a gente tá sendo obrigado a trabalhar em campanha de vacinação, que eu acho isso errado, **não pagam a gente, dão em folga.** [...] nosso vínculo é como se a gente não tivesse nada, porque cooperativa, eles falam na cara da gente. Eu acho que **tratam a gente que nem animal mesmo**, sabe?! [...] hoje em dia se você for vê o quadro de profissionais que entrou pra o que tem agora, **não tem quase ninguém, só restaram acho que umas 20 e são 84 PSF. Então, a maioria, ou pediu demissão ou foi demitida, né, insatisfeitas.** [...] não é carteira

assinada, a gente não tem direito a férias, né, antes não tinha direito, depois passou a ser 15 dias e agora passou a ser 30. Mas, [...] no mês que eles querem, porque no que a gente quer, a gente não consegue. **A gente não tem direito a nada**, ganha pouco, muito pouco, o salário 2.000 reais, 2.018, né? Então, é uma porcaria mesmo pelo que a gente trabalha, que leva a unidade nas costas. [...] o salário é sempre esse mesmo, eu entrei era 1.920, né, e depois passou a ser 2.018 e isso aí de 3 anos pra cá, mas isso aí não mudou em nada. A gente **não recebe 13º**, nem um rateio a gente recebe, nada! Chega final de ano a gente não tem direito, então, **isso aí é triste mesmo**. Ah, atraso também! A gente não recebe na data certa, porque o certo é receber até o 5º dia útil, né, do mês. Então, a gente recebe, não sabe quando, liga para a cooperativa: “Não temos previsão”. É assim que a gente ouve, né? [...] **nossas contas ficam juros entrando**, né, porque a gente não tem a data correta pra receber nosso dinheiro (E2).

Por efeito dessa realidade, é preciso refletir sobre a relação de distanciamento trabalhador de saúde-gestão municipal, que se vê abandonado e desvalorizado. Esse depoimento revela, não somente, uma forma de inserção totalmente instável no mercado de trabalho, mas, sobretudo, o estabelecimento de relações desrespeitosas, além de apresentar, à sociedade, a figura de um profissional esquecido pela organização do trabalho.

Diante das condições de trabalho disponibilizadas pela organização a qual se vincula, é patente que o enfermeiro se não dispõe de tempo para cuidar de si, e, no momento que reconhece a necessidade de cuidado, se sente frustrado ao perceber o desamparo à sua saúde. Essa questão potencializa o sofrimento do profissional e faz gerar, conseqüentemente, impactos desestruturantes ao seu equilíbrio mental e na qualidade do seu trabalho. E como se não bastasse o posicionamento da SMS frente à saúde dos seus trabalhadores, que conforme depoimento do entrevistado 2, em nenhum momento parece priorizá-los, os enfermeiros continuam a submeter-se, a esta realidade, para a busca de excedentes ou, até mesmo, para atender à lei da sobrevivência.

Outra questão que merece destaque nesse depoimento, foi a grande rotatividade de profissionais enfermeiros da gestão municipal atual. É possível que os enfermeiros que foram exonerados ou pediram demissão, por insatisfação, já estivessem doentes. Tal realidade pode mascarar as reais evidências de doença ocupacional no PSF.

Mas, a realidade estudada ainda aponta enfermeiros que se sujeitam a condições de trabalho desfavoráveis e trocam o seu saber-fazer por incertezas, na medida em que a precarização do trabalho priva-lhes dos direitos trabalhistas e pode trazer para eles um impacto social e econômico, marcado por um salário “injusto e imprevisível” que interfere nos seus projetos, programações e aquisições.

Segundo Tomasi e outros (2008), a expansão do PSF contribuiu para o crescimento do trabalho precarizado, principalmente, na região Nordeste, onde a estratégia iniciou-se de

forma mais precoce e intensa. Entretanto, os resultados do estudo, realizado por esses autores, mostrou que, mesmo diante dessas condições, a maioria dos profissionais se mostrou satisfeita com o vínculo de trabalho que estava submetido. Acredita-se que isso, possivelmente, deve estar vinculado à escassez de outras possibilidades mais atraentes no mercado de trabalho.

Nesse sentido, calcula-se que 30 a 50% da força de trabalho do SUS não usufrui de férias, 13º salário, licença maternidade, aposentadoria, entre outros. Essa situação retrata a precariedade vivida por aqueles que atuam na administração pública (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004), e isso inclui os enfermeiros que atuam no PSF.

Outro entrevistado complementa sobre outros aspectos das condições de trabalho, quando trata da concessão de um intervalo reduzido para almoço, levando esse profissional a fazer sua refeição na própria unidade, em função da impossibilidade de deslocamento trabalho-casa-trabalho, no tempo designado para tal. O enfermeiro evidencia a sua insatisfação, mas até que mude essa realidade, cede o seu descontentamento em troca de um trabalho, de uma fonte de renda.

[...] a gente nunca, nosso salário, principalmente, nunca sai na data certa. Você sempre fica, eu mesma fiquei atrapalhada muitíssimo, porque você recebe dia 5, recebe dia 10, recebe dia 15. Então, é assim, é um salário que você na verdade... Cooperativa? Eu não sei quem inventou esse negócio de cooperativa, na vida da gente trabalhador, que foi uma coisa assim, super errada. Porque você trabalha não tem direito a férias, não tem direito a 13º, eu não tenho direito ao fundo de garantia, nada. Então assim, você saiu, acabou. [...]  **você tem 1 hora de almoço, como é que eu vou sair aqui do [USF] pra ir pro [CASA] em 1 hora, almoçar e voltar? Não tem condições!** Então assim, eles deveriam pensar mais no salário das enfermeiras que é muito pouco, **mas vai levando, né?** (E1).

Nessa perspectiva, o “vai levando” está atrelado às poucas oportunidades no mundo do trabalho e para Lancman (2011, p. 35), isso

[...] termina por atingir, também, as condições de trabalho daqueles que estão empregados. Os assalariados terminam por ceder à precarização das condições de trabalho, às perdas dos direitos trabalhistas e previdenciários, bem como dos mecanismos de proteção e fiscalização em relação à saúde, expondo-se mais aos riscos de adoecimento e de acidentes. A perda do poder de barganha de quem procura o emprego – e a precarização econômica – leva os trabalhadores à escolha simples entre um mau trabalho ou trabalho nenhum.

No dia em que foi observado o processo de trabalho de determinado entrevistado, esse chegou à unidade com semblante de tranquilidade, mas, logo, o mesmo recebeu a notícia da coordenação da AB através do enfermeiro da outra equipe, que suas férias, as quais tinham sido programadas, antecipadamente junto à SMS, foram suspensas. Esse episódio deixou o

profissional entristecido e angustiado, uma vez que referia o assunto, com frequência, ao mesmo tempo em que lembrava, constantemente, o planejamento que havia feito, junto à família, para o período de férias do trabalho. Compartilhou da sua angústia com uma técnica de enfermagem da unidade e, insatisfeita com a notícia, disse que ia até a SMS conversar sobre o ocorrido com a sua coordenadora. Ou seja, além da ausência de direitos, os profissionais podem estar submetidos à falta de respeito ou consideração, o que contribui para o aumento da sua desmotivação e desgaste psicológico no trabalho.

A constante ampliação de formas de trabalho precárias e a elevação das taxas de desemprego são responsáveis pelo aumento da ansiedade e do medo do trabalhador, e nesse processo, o desgaste físico e psicológico passou a ser, constantemente, banalizado e compreendido como parte natural do trabalhar e do viver (MERLO; LAPIS, 2007).

Por outro lado, outro entrevistado argumenta sobre a defasagem salarial, quando comparada ao volume de trabalho e a interferência do mesmo no tempo de convivência e atenção à família.

[...] tivemos a notícia que não vai ter aumento por agora, então, essa parte, também, né, é isso que **a gente fica desestimulado**, quando vê que o que a gente, que **a gente tem que trabalhar muito**, até muitas horas, diminui nosso tempo com a família e tudo pra ter que tá trabalhando a mais, pra receber, e a remuneração não condiz, né? (E4).

Compreende-se que o desestímulo do enfermeiro parte da incongruência entre o trabalho que executa e a recompensa salarial (valor de troca) que, por sua vez, se mostra inapropriada frente à intensidade da atividade e a interferência desta na sua dedicação aos familiares.

Os aspectos abordados permitem vislumbrar o prazer e sofrimento enquanto vivências subjetivas que coexistem no mundo do trabalho e, por conseguinte, no processo de trabalho do enfermeiro. Não existe espaço para experimentar, apenas, prazer ou dor, e isso ratifica a teoria dejouriana de que o trabalho não é e nem será indiferente aos afetos do trabalhador.

O prazer para o enfermeiro que atua no PSF remete a redução do sofrimento de um outro, ser valorizado e reconhecido por isso. Essa sensação, também, se relaciona com o bem-estar e satisfação que o trabalho lhe proporciona, através das significações abstratas e concretas. Embora existam facilidades para a realização do trabalho, as dificuldades se mostram mais enfáticas e, em sua maioria, fogem do poder de governabilidade do enfermeiro.

O desgaste provém da sobrecarga de atividades, do excesso de fazeres burocráticos e participação incipiente da comunidade nas atividades educativas do PSF. A insatisfação, por

sua vez, emerge da precariedade do trabalho que representa fonte de medos e incertezas. E o sofrimento, assim, é potencializado pelas situações que impossibilitam o enfermeiro de resolver os problemas dos usuários, as circunstâncias organizacionais, políticas e sociais vinculadas ao universo do PSF. Esse sofrimento, por sua vez, pode ser conduzido ao adoecimento se o enfermeiro não dispuser de estratégias de enfrentamento.

## **7 ENFRENTAMENTO:** ressignificação e alívio das dores do trabalho

*Nem tudo o que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado  
(Helena Basserman Viana)*

A partir do sofrimento, o homem pode transformar tanto a si quanto ao contexto em que vive. Para tanto, é indispensável que a sua força ultrapasse a dor do indivíduo e o conduza para as possibilidades de superação (MOREIRA; HOLANDA, 2010). É importante que se entenda que mesmo trabalhando em situações adversas, “os trabalhadores são capazes de se protegerem, de encontrarem uma saída; possuem capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e reconstrução da realidade” (LANCMAM, 2011, p. 43). Para aqueles que encontram essa saída, o trabalho ganha um significado mais enaltecido e os indivíduos se tornam capazes de transcender aos aspectos enfadonhos do trabalho e ressignificá-los numa experiência prazerosa.

Portanto, ao perceber que as vivências de prazer e sofrimento no trabalho são elementares, torna-se um desafio a escolha de estratégias que os trabalhadores devem utilizar para minimizar as dores do trabalho. Mesmo existindo aspectos positivos e negativos no trabalho, entende-se que é ele que modifica e estrutura o ser humano e, portanto, lançar mão de estratégias defensivas é necessário para que o mesmo consiga transformar o sofrimento, sentir-se motivado cotidianamente e afastar a possibilidade de adoecimento.

Nessa perspectiva, Dejourns e Abdoucheli (2009) afirmam que a transformação do sofrimento poderá favorecer a identidade do trabalhador e elevar o seu limiar de resistência contra o risco de desequilíbrio psíquico e somático. Deste modo, elencar estratégias eficientes em prol da ressignificação do sofrimento constitui uma provocação para o trabalhador. Entende-se, assim, que se o indivíduo não investir em estratégias para superação, as dores do trabalho serão mais evidenciadas e o trabalhador migrará para a esfera do adoecimento.

Em se tratando do trabalho do enfermeiro no PSF, visualizam-se algumas táticas para tentar se desvincular das situações causadoras de sofrimento. Embora, Dejourns e Abdoucheli (2009) reconheçam as estratégias coletivas de defesa como mais fortalecedoras, no caso estudado, existiu uma maior tendência para a utilização de estratégias individuais.

Apesar das estratégias individuais dependerem, exclusivamente, de cada trabalhador, nem sempre elas são de fácil realização. Nesse sentido, para a manutenção da saúde física e mental, é imprescindível que o trabalhador, também, priorize a sua saúde e estabeleça hábitos

benéficos, dentro ou fora do trabalho, que o auxilie no enfrentamento do sofrimento e o conduza para o caminho do prazer (MORENO et al., 2011).

A maioria dos enfermeiros, participantes da pesquisa, tenta se desvincular dos aspectos do trabalho que causam o sofrimento, buscando aspectos externos ao trabalho como uma espécie de justificativa racional para o sofrimento causado pelo trabalho. Tentam se defender, por meio da fuga e do esquecimento, como uma forma de dissociação entre o mundo da vida e do trabalho. Esse comportamento impede que eles reflitam e elaborem possibilidades concretas de enfrentamento.

[...] **Procuro não me envolver**, me envolver, apenas, profissionalmente. Só me envolvo profissionalmente, quando eu chego assim... eu tento, né? Quando eu tô em casa, **faço de conta que isso aqui não existe** (E5).

[...] **eu tento sair do meu trabalho e não levar nada comigo**, então assim, começar outra etapa do dia, entendeu? [...] **esquecer** aqueles problemas, pelo menos naquele momento e tentar aproveitar as outras coisas, né? Como ter assim, uma atividade de **lazer**, alguma **atividade física**, então, eu sempre tento fazer isso (E6).

[...] **buscando fuga em outras coisas**, né? Às vezes, eu procuro encontrar amigos, saio, vou a festinhas, vou jogar uma partida de dominó, bebo, vou ao barzinho, reúno com amigos, né, isso realmente é uma **válvula de escape**, mas é desse jeito que a gente tenta contornar, né, **esquecer um pouquinho as dores do trabalho** (E8).

Apesar de um dos entrevistados referir que tenta se envolver com as questões do trabalho, apenas, profissionalmente, abordou em um dado momento da entrevista que a desassistência de outros profissionais, para uma usuária da área de abrangência da sua USF, deixou o mesmo voltado para essa lembrança, durante um final de semana. Então, ainda que bem utilizada, essa tática não garante sua total desvinculação das questões do trabalho em função de um pensamento dejouriano já discutido, que trata sobre a impossibilidade de fracionar o funcionamento psíquico do trabalhador.

Contudo, faz-se necessário para Dejours (2011a, p. 121), buscar apoio no “seu círculo de relações mais íntimas para manter suas defesas em estado de funcionamento para o momento de regresso ao trabalho” e, assim, a cooperação da família deverá auxiliar o trabalhador para a manutenção de suas defesas no enfrentamento dos infortúnios do trabalho. Por isso, o entrevistado 5 relata que “quando eu tô em casa, faço de conta que isso aqui não existe”. Isso pode estar associado ao relaxamento produzido, quando o enfermeiro está em contato com cônjuge e filhos, com as responsabilidades familiares e com o lazer. À volta para

casa foi uma estratégia, também, encontrada por Aquino (2005), em estudo com enfermeiros, como forma de minimizar os efeitos do estresse cotidiano.

Outro aspecto mencionado é a possibilidade de aproveitar os outros prazeres que a vida proporciona, como o lazer e a realização de atividades físicas. Carvalho e Felli (2006), em estudo com profissionais de enfermagem psiquiátrica, encontraram o lazer, na forma de encontro com amigos em ambientes externos ao espaço de trabalho e passeios como alternativas para o enfrentamento de situações desprazerosas oriundas do trabalho. A realização de caminhadas e a frequência em academias foram apontadas no estudo de Martins e Robazzi (2009) como práticas importantes na redução do estresse profissional. Spíndola e Martins (2007) apontam que além de promover uma desvinculação do estresse cotidiano, o lazer e a atividade física, como harmonizadores do corpo e mente, atuam como geradores de estímulo e motivação para a continuidade e realização do trabalho com maior qualidade.

Um projeto sobre a promoção da atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, apontou que a prática desta atividade, em curto prazo, leva a benefícios relevantes de ordem psíquica, como a redução da ansiedade e de estresse, além de, em longo prazo, contribuir positivamente para a manutenção do humor, autoestima e contra a depressão (BRASIL, 2002). Uma pesquisa com enfermeiros de um hospital de São Paulo, realizado por Barros e outros (2003), listou uma série de estratégias que esses profissionais adotam para minimizar a ansiedade e se manterem mais saudáveis no trabalho como, ouvir música, assistir televisão, tomar banho, rezar, comprar, sair com amigos, desabafar, viajar, tomar chope, praticar esporte, dentre outras alternativas.

Pode-se, então, salientar que as questões encontradas na literatura sobre a prática de atividade física, lazer e encontro com os amigos corroboram com os achados deste estudo, na medida em que constituem “válvulas de escape” para contornar e “esquecer um pouquinho as dores do trabalho”. Assim, entende-se que esses aspectos (atividade física e lazer) são importantes para a recuperação do desgaste físico e psíquico. No entanto, não conduzem a uma superação no sentido do enfrentamento, com modificação do trabalho e do sujeito.

Numa perspectiva, também, de alternativa externa ao trabalho, um dos entrevistados complementou ao apontar a busca divina como a estratégia utilizada para reconduzir as vivências de sofrimento no trabalho.

Utilizo, Deus! Minha estratégia é Deus. Sou católico, frequento a igreja, [...] eu tô sempre buscando a Deus, pedindo conhecimento, sabedoria pra que eu possa desenvolver o meu trabalho, não é? da melhor forma possível e pedindo a Deus que me dê paciência [...] (E3).

Observa-se que no entrevistado 3, a doutrina religiosa o estrutura espiritualmente, promove equilíbrio, paciência e ensinamento para o desenvolvimento do seu trabalho. Calderero, Miassu e Corradi-Webster (2008) assinalaram o suporte religioso como uma das formas indiretas de confronto ao estresse, utilizados pela equipe de enfermagem de um pronto atendimento. No estudo de Martins e Robazzi (2009), os enfermeiros encontraram força na religião, por meio da fé e oração, como uma das estratégias defensivas frente às situações de sofrimento. Apesar de considerar essa uma importante alternativa para a busca de equilíbrio mental e espiritual, corrobora-se com os últimos autores, que defendem a busca da religiosidade como única estratégia pelo indivíduo, tende a provocar a alienação e banalizar o sofrimento.

Já outro entrevistado procura estratégias tanto fora, quanto dentro do trabalho para se defender de suas angústias e se desvincular dos problemas profissionais. Assim, além de optar pelo lazer e atividade física já discutidos, outra alternativa é procurar reduzir a tensão no próprio espaço de trabalho, através do uso de som relaxante no consultório, durante o atendimento, como também, por meio do contato com os usuários, principalmente durante as atividades educativas com mães e gestantes, trabalho realizado para a promoção da saúde da mulher, o qual considera uma das atividades prazerosas no PSF. Então, para se desvincular das aflições, a estratégia utilizada é realizar atividades que conduzam ao contentamento, seja nos espaços internos ou externos do trabalho.

Tentar amenizar?! [...] Na verdade, eu tento me **desvincular** desses problemas, dessas minhas angústias, [...] indo para a academia, [...]final de semana, geralmente, **eu viajo**, nunca fico, final de semana, aqui, né? Viajo, vou passear, vou assistir um filme, leio. [...] Às vezes, eu coloco música, né, **coloco um sonzinho na consulta pra tentar relaxar**. Até na parte que eu gosto, que eu esqueço mais os problemas é a parte do bate papo com o paciente, na verdade, na sala de espera, nas atividades educativas, que geralmente a gente faz nos grupos com as mães, com as gestantes, né? Dá pra esquecer mais, [...] **a gente não trabalha com...** só com **os problemas**, né? (E2).

A procura por alternativas, como o retorno para casa, realização de atividade física, lazer, busca religiosa, som para relaxar, e até mesmo a ocupação com atividades prazerosas no próprio trabalho são formas indubitáveis de tentar se desvincular do sofrimento, entretanto, acredita-se que essas estratégias provocam uma atenuação dos problemas, mas não atuam como modificadores da realidade para o sujeito, uma vez que as situações causadoras de sofrimento permanecem as mesmas e não são planejadas táticas para ressignificá-las.

Outra alternativa diferente das apresentadas, refere-se ao apoio encontrado dentro do próprio trabalho, por meio da equipe:

A única estratégia que eu tenho é só **conversar** com as agentes comunitárias, principalmente, que são meus guias, né, que ali são as bênçãos da minha vida que tudo que eu preciso, assim, tá na minha mão. [...] as meninas [técnicas de enfermagem] também são assim. Tudo [...] que eu preciso, eu tenho quem me ajude [...] (E1).

Nota-se que recorrer à própria equipe é uma tática que o enfermeiro utiliza para ajudá-lo a enfrentar as contrariedades do seu trabalho, para tanto, é imprescindível um bom relacionamento entre si para que eles se sintam fortalecidos e dispostos a lutar para ressignificar o sofrimento na busca pelo prazer. Martins e Robazzi (2009) também encontraram o inter-relacionamento entre os membros da equipe como forma de aliviar as tensões do trabalho por meio do diálogo estabelecido, laços de amizade, confiança e ajuda mútua que devem propiciar o compartilhamento de experiências e a concretização do potencial de cada indivíduo.

Apesar de constituir uma importante estratégia, a conversa com ACS e técnicos de enfermagem apontada pelo entrevistado não deve acontecer, somente, nos momentos em que existe uma necessidade premente por parte do enfermeiro, denotando, apenas, algo pontual que acontece em momentos específicos. É relevante a construção de um espaço de discussão permanente entre os membros da equipe. Corroborar-se com Shimizu e Ciampone (2002) quando afirmam que o desenvolvimento de espaços dessa natureza nas instituições, propicia ao trabalhador a construção da sua identidade e historização dos sujeitos, no momento em que possibilita maior interação entre a equipe, com exteriorização das situações causadoras da ansiedade, da insatisfação e dos conflitos vivenciados seja com a própria equipe, seja com a organização do trabalho.

Portanto, nas equipes onde existem conflitos constantes, ausência de espaços para o estabelecimento do diálogo, essa estratégia é difícil de ser utilizada, como no estudo de Carvalho e Felli (2006) que o relacionamento desarmonioso com outros profissionais da equipe de trabalho, a alteração comportamental de alguns colegas e a ausência de espaços de reunião dificultam a adoção de uma estratégia conjunta de defesa entre os membros da equipe.

Existe ainda, uma outra perspectiva diferente, trazida por um entrevistado, que perpassa pelo silêncio, pela ausência de iniciativas:

**Deixar o tempo passar**, porque só resolve com o tempo, né? Tudo vai se acalmando e aí dá certo (E7).

“Deixar o tempo passar” como estratégia para aqueles que estão expostos, constantemente, ao sofrimento pode ter um efeito positivo em curto prazo, entretanto, com o

passar do tempo, o sofrimento tende a ser naturalizado e essa tática pode desencadear um efeito contrário e é possível que o sofrimento ganhe acréscimos em virtude da passividade.

Os depoimentos dos enfermeiros apontaram, inicialmente, para o desenvolvimento de atividades prazerosas, voltadas para a recomposição de energias, porém visualizaram-se, no decorrer das entrevistas e das observações, algumas táticas adotadas, mas não referidas, pelos mesmos, como estratégias de enfrentamento.

Como foi observado, ficar na unidade pode ser sinal de proteção para violência. Quando o enfermeiro sai da unidade, o sofrimento fica mais visível e, por isso, este deve se sentir ainda mais impotente diante da impossibilidade de mudar a realidade em que está inserido. Desse modo, permanecer dentro da USF é a estratégia que o enfermeiro utiliza para evitar o seu sofrimento.

De igual modo, quando o enfermeiro assume funções que não são suas, também, se constitui uma tática para não se deparar com situações provocadoras de sofrimento:

[...] só consegue marcar mais dia de segunda-feira, minha folga, mesmo assim, eu saio da minha casa, peço ao meu esposo para me levar na Secretaria, marco as consultas (E1).

[...] eu sempre termino levando, [...] porque eu não consigo ver, deixar uma pessoa assim, ou deixar, mandar pra casa e dizer: 'se vire' (E6).

O número de cotas para exames e consultas, disponibilizadas para a USF não atende às necessidades dos usuários e para evitar o período de espera até a liberação de mais vagas, o enfermeiro, no seu dia de folga do PSF, se dirige até a SMS para buscar vagas e fazer as marcações necessárias. Para o entrevistado 6, é comum a necessidade de encaminhamento de usuários da área de abrangência da USF para unidade hospitalar, mas a dificuldade com transporte faz o enfermeiro tomar providência e transportá-lo em seu próprio carro. Como dito, anteriormente, o sofrimento do usuário é, também, motivo de sofrimento para o enfermeiro. Assim, nos dois casos, para não deixar o usuário sem a assistência recomendada e vê-lo sofrer, o profissional se antecipa aos problemas e assume funções de outros, para não ter que vivenciar o seu sofrimento.

Assumir funções que não são suas, apesar de constituir uma estratégia adotada para se afastar do sofrimento, traz uma incerteza futura: até quando o enfermeiro suportará a agregação de mais atividades a tantas outras desenvolvidas no PSF já aqui apresentadas? É possível que, a longo prazo, vislumbre-se uma outra face potencializadora do sofrimento.

Encontrou-se, por outro lado, a utilização de uma estratégia de enfrentamento que pode, de fato, contribuir para a ressignificação do sofrimento. A modificação de uma realidade pode se constituir um desafio e quando o sujeito consegue transformar as dificuldades e frustração em objetivo, em sonho, ele dá o passo no sentido da superação. É o que revela o extrato a seguir:

[...] alguns indicadores a gente não alcançou a meta, é verdade, bem poucos, eu posso citar a gravidez em adolescente. Realmente, eu acho que só não Feira de Santana, não só [NOME DO BAIRRO], parece que todo nordeste do Brasil, porque não dizer a nível nacional? [...] **eu sonho em melhorar isso!** (E8).

Mas, para que isso aconteça, é necessário empenho e a sensação de valor. E, justamente, esse entrevistado referiu ter o seu trabalho reconhecido pela comunidade e pela gestão. Assim, a valorização do trabalho do enfermeiro, o conduz à motivação para continuar prosseguindo, apesar das dificuldades, em busca de suas aspirações: “eu sonho em melhorar isso!”, quando se referiu ao elevado índice de gravidez na adolescência.

Inexistem fórmulas completas, sequer a mais ou a menos vantajosa estratégia para enfrentar o sofrimento laboral. A escolha de qualquer estratégia está vinculada aos aspectos da história de vida de cada trabalhador. Todavia, a construção coletiva de habilidades tem a sua importância, porque elas se tornam capazes de modificar a própria organização do trabalho e modificar os homens e seus comportamentos (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Nessas circunstâncias, Lancman (2011, p. 43) defende que

a escuta deve ser realizada de forma coletiva e desenvolvida a partir de um processo de reflexão realizado com o conjunto de trabalhadores, criando um espaço público de discussão. Acreditamos que é somente a partir da reflexão que o sujeito é capaz de se reapropriar da realidade do seu trabalho. Essa mesma reflexão é que pode permitir aos trabalhadores a mobilização necessária para impulsionar mudanças que tornem o trabalho menos penoso e mais saudável.

Os espaços de discussão devem surgir a partir de um coletivo de trabalhadores com vontades singulares, onde os mesmos se lutam não apenas para defender os seus interesses, mas, sobretudo para dar um sentido para o seu sofrimento. Nesses espaços não são consideradas exclusivas as discussões relacionadas à atividade desenvolvida, mas, também, os mais variados aspectos que envolvem a solidariedade e o respeito mútuo entre os integrantes, as questões ideológicas do grupo e a personalidade e história de cada indivíduo (DEJOURS, 2011b). É possível que o conhecimento de todos esses aspectos pelo conjunto de

trabalhadores torne o grupo mais coeso para o enfrentamento das situações causadoras de sofrimento.

Acredita-se na potencialidade que os espaços coletivos de discussão possuem para buscar alternativas conjuntas de ressignificação do sofrimento engendrado pelo trabalho, pois segundo Dejours e Abdoucheli (2008, p. 128), “os trabalhadores colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou diante de uma minimização diante da dita pressão patogênica”.

Entretanto, observa-se que a maioria dos sujeitos deste estudo possuem atitudes amenizadoras, na medida em que se refugiam em estratégias que apresentam relevância para o indivíduo, mas não são provocadoras de mudanças da realidade. É possível que a reapropriação da realidade do trabalho e mobilização coletiva sejam iniciativas e comportamentos que precisariam existir em paralelo com as táticas que produzem alívio, aqui identificadas, na forma de lazer, atividade física, música, entre outros.

Além desta pesquisa, os poucos estudos encontrados sobre estratégias de enfrentamento do sofrimento com enfermeiros revelaram o uso de estratégias individualizadas em detrimento das defesas coletivas (AQUINO, 2005; CARVALHO; FELLI, 2006; CALDERERO; MIASSU; CORRADI-WEBSTER, 2008; STUMM ET AL., 2008; MARTINS; ROBAZZI, 2009). Chama atenção a ausência de estudos dessa natureza com enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde.

É importante reforçar que mesmo diante de adversidades do trabalho, é possível lutar e encontrar saídas, com vistas ao maior desencadeamento de prazer na atividade e afastamento da possibilidade de adoecimento. Apesar de concordar que as estratégias coletivas de defesa são mais eficazes, uma alternativa aqui referida por um entrevistado se mostrou relevante, que é transformar uma situação provocadora de sofrimento em objetivo.

Todavia, as estratégias de enfrentamento que têm sido mais utilizadas pelos enfermeiros do PSF estudados, apontam para táticas individualizadas que, sozinhas, são pouco eficazes para a transposição do sofrimento laboral. Esses profissionais aliviam suas tensões por meio de alternativas, como lazer, atividade física, busca religiosa, conversas pontuais, passividade, assumindo funções que não são do enfermeiro que, por sua vez, não incidem diretamente sobre as causas do sofrimento oriundo do trabalho e bloqueiam a possibilidade de reflexão e criação de estratégias de enfrentamento reais e eficazes que conduzam de fato à ressignificação e superação das dores do trabalho.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar trabalho do enfermeiro no PSF evidenciando cada elemento que constitui este processo – sujeito, objeto, finalidades, instrumentos, atividades, espaço-tempo e produtos – permitiu um maior aprofundamento e atenção direcionada para a subjetividade deste trabalhador, na medida em que permitiu analisar o seu processo de trabalho e a relação deste com a produção do prazer e do sofrimento no PSF de Feira de Santana-BA. Diante da análise pretendida, pôde-se afirmar que se estabeleceu uma relação de determinação dos elementos do processo, com o prazer e sofrimento, de modo que a percepção da singularidade de cada elemento permitiu conhecer o contexto da produção desses sentimentos.

O trabalho assumiu uma centralidade na vida do enfermeiro. O PSF se mostrou um campo de atuação, que conduzia o enfermeiro ao processo de construção da identidade, de pertencimento ao mundo e a arena onde a maioria se identificava. O trabalho, assim, surgiu como a concretização de uma vocação, materialização de sonhos, suplantou a mera satisfação de necessidades básicas, adquiriu um significado vasto, imaterial, confundido com a própria vida. O significado do trabalho, também, perpassou pela satisfação das necessidades do outro, do usuário. Satisfazer a si e ao outro motivava o enfermeiro para o enfrentamento das adversidades do trabalho.

O significado do prazer imbricou-se com o significado do próprio trabalho. O prazer do enfermeiro perpassou pelo trabalho que desenvolvia no PSF, pelas atividades desenvolvidas, pelas relações engendradas com usuários, com a comunidade e colegas e pela possibilidade que tinha de confortar, satisfazer e contribuir para a redução do sofrimento de alguém. A procura dos usuários, o agradecimento e o *feedback* implicava no sentir-se valorizado e reconhecido pelo trabalho que fazia e, portanto, potencializava o prazer. Assim, o prazer associava-se, mais precisamente, com as atividades, os meios e aos produtos do processo de trabalho.

O significado do sofrimento, por sua vez, confundiu-se com suas causas, as quais se associavam às condições de trabalho na perspectiva da precarização: o contrato por cooperativa, a ausência de direitos trabalhistas e o salário baixo com atraso traduziam a fragilidade do vínculo de trabalho do enfermeiro do PSF. Nessa perspectiva, mereceu atenção as interferências políticas no trabalho, com constantes indicações desalinhadas do potencial técnico, que resultavam na rotatividade de enfermeiros. Somava-se, a isto, o pouco tempo de dedicação à família, em decorrência do número de atividades e a desconsideração acerca da saúde do trabalhador pela Secretaria Municipal de Saúde, que potencializavam o sofrimento

laboral. A insuficiência e a (des)assistência da rede de referência interferiam, de modo direto, no produto do trabalho e o sofrimento surgia pela quebra na cadeia de produção do seu trabalho, por um lado, e ao testemunhar o sofrimento do usuário, quando o seu problema não era equacionado ou em decorrência realidade de miséria e das constantes faltas em que vivia. No cenário estudado, além dos mesmos elementos que suscitavam prazer, o sofrimento também se associou ao espaço.

As repercussões do sofrimento sobre a saúde do enfermeiro determinaram impactos na sua saúde física e mental e, assim, tentavam se desvincular das situações causadoras do sofrimento, por meio de estratégias individuais, as quais buscavam nos espaços internos ou externos ao trabalho. Pode-se afirmar, contudo, que a maioria das estratégias utilizadas pelos enfermeiros se constitui como “válvulas de escape” e não conduziam a uma superação no sentido de modificar o trabalho e o sujeito. Acredita-se, entretanto, que todas as estratégias mencionadas teriam um maior impacto na ressignificação do sofrimento e na preservação da saúde do trabalhador se fossem associadas a iniciativas provocadoras de mudanças na realidade, através de mobilização coletiva, constituído por meio de espaços públicos de discussão.

Apesar de encontrar resultados significantes, eles se constituem a ponta do *iceberg*. As relações entre processo de trabalho do enfermeiro no PSF e sofrimento não foi possível de captar na sua magnitude, uma vez que a maioria dos profissionais participantes desta pesquisa era recém-formada e com pouco tempo de experiência no âmbito do PSF. Além disso, foi revelada a existência de uma grande rotatividade de enfermeiros na gestão municipal no período coberto pela pesquisa, o que mascarava as reais evidências de sofrimento e doença ocupacional.

Salienta-se que este estudo constitui um resultado parcial de uma pesquisa maior, de cunho multicêntrico, e, estes resultados, quando confrontados com os demais poderão permitir uma maior e melhor compreensão das repercussões para a saúde do trabalhador enfermeiro.

De qualquer maneira, os achados desses estudos, por si só, já seriam suficientes para reivindicar um novo posicionamento frente à precarização de trabalho do enfermeiro e justificar a necessidade de uma política de valorização desses trabalhadores que só poderá se efetivar por meio de uma ampla discussão e revisão da organização e das condições de trabalho no PSF, que envolve não apenas o nível municipal, mas o estadual e federal.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. D. F., et al. Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n. 2, p. 103-108, 2009.
- ALVES, M. et al. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, Brasil. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**. Universidad de Antioquia Colombia. v. 25, n. 2. p. 96-106. Set, 2007.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.
- AQUINO, J. M. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: consequências profissionais e pessoais**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ARAÚJO, M. F. S., OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a satisfação profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, p. 03-14, Set. 2009.
- ARAÚJO, T. M., ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A., BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011, 216p.
- ASSIS, M. M. A. et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família de um município da região Nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M. M. A. et al. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 39-58.
- ASSUNÇÃO, A. A., JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A., BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011, 216p.
- AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./mar. 2007.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia – PDR/BA**. Salvador-Ba, 2007.

- BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, A. L. B. L., et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 585-592, set./out., 2003.
- BATISTA, et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BECK, C. L. C., et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 490-495, jul./set. 2010.
- BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro; 2001. Mestrado [Dissertação] - Fundação Oswaldo Cruz. 117 p.
- BESERRA, F. M. et al. Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital geral. **Rev. Enferm**, v. 28, n. 2, p. 31-39, 2010.
- BESSA, M. E. P. et al. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 644-649, out./dez., 2010.
- BEZERRA, N. O.; NASCIMENTO, M. A. A. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou “interesses políticos”? **R. Baiana Saúde Públ**, v. 29, n. 2, p. 175-188, 2005.
- BINS ELY, V. H. M.. Acessibilidade Espacial – Condição Necessária para o Projeto de Ambientes Inclusivos. In: MORAES, A. (org.) **Ergodesign do Ambiente Construído e Habitado**: Ambiente Urbano, Ambiente Público, Ambiente Laboral. Rio de Janeiro: IUSer, 2004. 146p.
- BOURDIEU, P. Espaço social e gênese das classes. In: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 133-161.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1585-1596, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413812320100007000070&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320100007000070&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jan. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>. Acesso em: 05 jan. 2011.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 34-42, jul. 1998.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Projeto promoção da saúde. Programa nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n.18, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instituições credenciadas**. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em: 05 jun. 2011a.

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**. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n. 204, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 5 jun. 2011c.

CALDERERO, A. R. L., MIASSU, A. I., CORRADI-WEBSTER, C. M. **Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>. Acesso em: 06 jan. 2012.

CAMPOS, A. L. A., GUTIERREZ, P. S. G. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 458-461, jul./ago., 2005.

CAMPOS, J. F. **Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro**. 2008. 121p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CARNEIRO, M. A. **LDB Fácil leitura crítica compreensiva artigo a artigo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 61-69, jan./fev., 2006.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo, Atlas, 1997.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994. 522 p.

CHIODI, M. B., MARZIALE, M. H. P., ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 15, p. 278-83, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, HUCITEC, 2008, 411p.

COELHO, T. C. B. **A prática psiquiátrica em ambulatório de uma instituição pública: o caso do Juliano Moreira** [digitado]. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, Salvador, 1996.

COIMBRA, V. C. et al. A saúde mental e o trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaucha Enferm.** v. 26, n. 1, p. 42-49, abr., 2005.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta paul. enferm.** [online], v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100010). Acesso em: 01 nov. 2010.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto contexto - enferm.** [online], v. 18, n. 2, p. 206-

214, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200002). Acesso em: 05 mai. 2010.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003. 160p.

DEJOURS, C. A Carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009. cap. 1, p. 21-32.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009, cap.5, p. 119-145.

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009, cap. 4, p. 67-118.

DEJOURS, C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. (org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a, cap. 1, p. 57-124.

DEJOURS, C. Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração da energia com combustível nuclear. In: LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. (org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011b, cap. 10, p. 341-380.

ENRIQUEZ, E. Perda do trabalho, perda da identidade. In: NABUCO, M. R.; CARVALHO NETO, A. M. (Org.). **Relações de trabalho contemporâneas**. Belo Horizonte: Instituto de Relações do Trabalho - IRT/PUC-Minas, 1999.

FEIRA DE SANTANA. **Relatório de Recursos Humanos 2010**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde. 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERREIRA, M. C. “Chegar feliz e sair feliz do trabalho”: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: MENDES, A. M.

(Org.). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre a emancipação e servidão**. Curitiba, Juruá Editora, 2008, 183p.

FREUD, S. **Além do Princípio do Prazer**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Rio de Janeiro: IMAGO, 1920, 85p.

FREUD, S. **O Mal-Estar na Civilização**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: IMAGO, 1930, 73-172p.

GARANHANI, M. L. et al. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **SMAD, Rev. eletronica saude mental alcool drog.** [online], v. 4, n. 2, 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200007](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200007). Acesso em: 01 nov. 2010.

GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. bras. epidemiol.** [online], v. 10, n. 3, p. 401-409, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2007000300011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000300011&lng=pt). Acesso em: 08 jun. 2010.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2005.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1984.

GHIORZI, A. R. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 551-558, out./dez. 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. Ed. São Paulo. Atlas, 2009. 200p.

GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**; v. 14, n. 1, p. 93-99, jan./mar., 2006.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Versión castellana de Manuel Jiménez Redondo. Madrid, Taurus, 1987 apud HELOANI, J. R. Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre a emancipação e servidão**. Curitiba, Juruá, 2008. p. 153-168.

HAUSMANN, M. **Análise do processo de Trabalho gerencial do Enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo**: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. 2006. 111p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2009; v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2010.

HELOANI, J. R. Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e Saúde**: o sujeito entre a emancipação e servidão. Curitiba, Juruá, 2008. p. 153-168.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2000**. Feira de Santana: IBGE, 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 05 jun. 2010.

JESUS, M. C. P. et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**, v. 54, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

KRAHL, M.; SAUPE, R. O prazer e o sofrimento no cotidiano do enfermeiro de centro cirúrgico. **Texto & Contexto enferm.** Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 2, p. 519-528, mai./ago., 2000.

KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na estratégia saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. Porto Alegre, **Texto&Contexto**, v. 9, n. 1, p. 77-88, jan./jun. 2010.

LANCMAN S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN S.; SZNELWAR L. I. (org). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011, p. 31-54.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009, Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400015](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400015). Acesso em: 5 Jun. 2010.

LANCMAN, S. et al. Violência no Trabalho e Saúde Mental em um Serviço de Pronto Atendimento Hospitalar. In: ASSUNÇÃO, A. A., BRITO, J. **Trabalhar na Saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011, 216p.

- LARANJEIRA, S. M. G. Fordismo e pós-fordismo. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes Ed. UFRG; 1999.
- LEAL-SILVA, E. A. **Relações de trabalho dos trabalhadores de saúde da atenção básica de Cruz das Almas – BA: avanços e retrocessos**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – Ba, 2007.
- LIMA, F. B. **Stress, Qualidade de Vida, Prazer e Sofrimento no Trabalho de Call Center**. 2004. 114p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida. PUC – CAMPINAS, São Paulo, 2004.
- LIMONGI FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4 ed., São Paulo, Atlas, 2009. 192p.
- LISBOA, M. T. L. **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio Janeiro; 1998.
- LOPES, E.; BOUSQUAT, A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 118-24, 2011. Abr./Jun. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/185>>. Acesso em: 06 Jan. 2012.
- LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995. 284p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.
- LUZ, S. **Enfermagem: Quantos somos X Onde estamos**. [internet] 2010 [citado 2010 Dezembro 15]. Disponível em <http://www.portaldaenfermagem.com.br>. Acesso em: 05 jan. 2011.
- MACHADO, W. C. A. Reflexão sobre a Prática Profissional do Enfermeiro. In: MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2005.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas / Amostras e técnicas de pesquisa / Elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MARTINS, J. J.; FARIA, E. M. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. **Texto & Contexto enferm.** v. 11, n. 1, p. 222-243, jan./abr., 2002.
- MARTINS, J. T., ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 1, jan./fev., 2009.

- MARX, K. **O capital: crítica à economia política**. Livro I. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24, set.2004/fev.2005.
- MAURO, M. Y. C., et al. Riscos ocupacionais em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, 2004; n. 12, p. 338-345.
- MENDES, A. M. Os novos paradigmas de organização do trabalho: Implicações para saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 23, n. 85/86, p. 55-60, 1995.
- MENDES, A. M. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre a emancipação e servidão**. Curitiba, Juruá, 2008. p. 13-25.
- MENDES, R. **Medicina do trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1980.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo: HUCITEC – ABRASCO**, 1994.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MERIGHI, M. A. B. et al. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 19, n. 1, p. 164-170, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22.pdf). Acesso em: 03 jan. 2012.
- MERLO, A. R. C. In: APPOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre). **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.
- MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, n. 19, v. 1, p. 61-68, jan./abr. 2007.
- MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 21-32, 1997.
- MOREIRA, N., HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 345-356, set./dez., 2010.
- MORENO, F. N. et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 140-145, jan./mar., 2011.
- MORRONE, C. F.; MENDES, A. M. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, dez. 2003. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198466572003000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572003000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jan. 2012.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Jan. 2012.
- NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: prática da saúde a serviço da vida**. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 35-37.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.
- NUNES, M. B. G. et al. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 204-209, abr./jun., 2010.
- OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3 ed., atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- OLIVEIRA, G. P. et al. Os desafios para a intervenção em saúde na estratégia de saúde da família segundo os profissionais. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 3, p. 448-54, Jul./Set.,2011.
- OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.1, p.65-72, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Geneva, 2008.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200015>. Acesso em: 05 jan. 2012.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>. Acesso em 05 mai. 2010.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M., ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PINTO, C. A. G. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. IN: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. HUCITEC, 2008, 411p.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez editora, 1989.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

PRESTES, F. C., et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 738-745, dez. 2010.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

ROCHA, J. B. B., ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. Rio de Janeiro, 2007.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

RODRIGUES, T. R. S. **Os sentidos do trabalho para enfermeiros de um hospital geral filantrópico**. 2006. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2006.

- RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012>. Acesso em: 05 jan. 2012.
- SALMERON, N. A., FUCÍTALO, A. R. Programa Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. **Redalyc**, Editorial Bolina, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 25-29, 2008.
- SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2010.
- SANTOS, A. M. R. et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, jan./fev., 2011.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 2008.
- SANTOS, V. C., SOARES, C. B., CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 41, n. spe, p. 777-781, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea05.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.
- SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital – escola. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 36, n. 2, p. 148-155, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a06.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2010.
- SILVEIRA, G. R. M. **Trabalho e saúde no hospital: o caso das trabalhadoras de enfermagem do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas**. 2003. 126p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
- SOUTO, M. C. **CTI oncológico: as experiências do trabalhador de enfermagem com os riscos, sofrimento e prazer**. 2003. 110p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- SOUZA, N. V. D. O. et al. O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 45, n. 1, p. 250-257, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100035>.
- SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem – a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, p. 2, p. 212-219, jun., 2007.

- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out., 2003.
- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalho versus vida em família. Conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. **Cienc. enferm.** [online], v. 10, n. 2, p. 43-52, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532004000200006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 03 jan. 2012.
- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 58, n. 2, p. 156-160, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200005). Acesso em: 04 mai. 2010.
- STUMM, E. M. F., et al. Estressores e *coping* vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 33-43, Jan./Mar., 2008.
- TAVARES, J. P. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc. Anna Nery Rev. enferm.** [online], v. 14, n. 2, p. 253-259, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200007). Acesso em: 01 nov. 2010.
- TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 226p.
- TESTA, M. Vida: Señas de Identidad (Miradas al Espejo). **Salud colectiva**, v. 1, n. 1, p. 33-58, Enero - Abril, 2005.
- TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000100008&script=sci_arttext). Acesso em: 06 jun. 2010.
- TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 24, n. 1, p. S193-S201, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=pt) Acesso 05 mai. 2010.
- TRAD, L. A. B., MENESES E ROCHA, A. A. R. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.
- TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico** (Porto Alegre), v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar., 2009.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família**: implicações para a Saúde do Trabalhador. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAZQUÉZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. 1. ed. Buenos Ayres: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; São Paulo, Expressão Popular, Brasil, 2007.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A., OLIVEIRA, E. S. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 1, p. 134-138, jan./fev., 2004.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 2, abr. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672007000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jan. 2012.

XIMENES NETO, F. R. et al. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. **Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería**, n. 16, jun. 2009. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf). Acesso em: 06 jan. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. Porto Alegre, Bookman, 2005.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação humana e gestão**: a construção psicossocial das organizações de trabalho. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2008, 128 p.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada****ENTREVISTA:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/2011

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Código de entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) ESTREVISTADO (A) (Quem é o sujeito entrevistado?)**

- 1) Idade: \_\_\_\_ anos
- 2) Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
- 3) Estado Civil:
- 4) Filhos: Quantos?
- 5) Formação: \_\_\_\_\_
- 6) Tempo de formação:
- 7) Pós-graduação: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
- 8) Trabalhos anteriores:
- 9) Função atual:
- 10) Tempo de experiência no PSF:
- 11) Tempo de atuação nesta USF:
- 12) Tempo na função atual: \_\_\_\_ anos
- 13) Qual o regime de trabalho (Servidor, CLT, Cooperado, outro)? É concursado?
- 14) Carga Horária:
- 15) Folga:
- 16) Trabalha em outros lugares? Onde? Como?

**BLOCO II – O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

(Como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?)

PERGUNTAS	INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER
1) Descreva um dia típico de trabalho, desde a hora que você acorda até a hora em que vai dormir.	Qual a sua rotina de trabalho incluindo desde o acordar até o dormir? Atentar para o tempo e forma de deslocamento.
2) Qual a finalidade de seu trabalho?	Promoção, prevenção, reparação, manutenção, coordenação, troca de conhecimentos, pesquisar.
3) Com o quê você trabalha? Para quem você dirige seu trabalho?	Qual é o objeto do trabalho? Devemos investigar qual é o público para quem ele trabalha, demandas mais frequentes e características do público.

4) Que conhecimentos, técnicas, materiais e instrumentos você mais utiliza no cotidiano?	Quais são seus instrumentos de trabalho? Técnica, arte. conhecimentos , habilidades, tecnologia leve; leve-dura.
5) Como funciona o trabalho aqui ou como é organizado o trabalho aqui? Quem faz o quê?	Saber como o trabalho se organiza, divisão de tarefas.
6) Em que locais você desenvolve o seu trabalho?	Saber os espaços: unidade, comunidade, território, serviços, SMS, casa.
7) Como você descreveria esses locais em termos de <b>conforto</b> ? Oferecem algum <b>risco</b> ?	Se é adequado, limpo, grande, pequeno, etc.
8) Como você divide o seu tempo ao longo de sua jornada de trabalho? Em que atividades gasta mais tempo? E quais são mais desgastantes?	Quero conhecer o ritmo do trabalho para cada atividade. <b>Desgaste.</b>

**BLOCO III – RESULTADOS PROJETADOS E ALCANÇADOS** (Como são as relações entre os elementos constitutivos do processo, o trabalho em si, e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde?)

PERGUNTAS	INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER
1) O que ou que situações dificultam, o resultado positivo do seu trabalho?	Percepção de resultados ou das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho.
2) O que facilita ou facilitaria o alcance dos resultados?	Pontos positivos.
3) Que resultados você tem tido com seu trabalho? Corresponde ao planejado?	Quer saber o produto do trabalho Relação trabalho e resultado projetado

**BLOCO IV – CIRCUNSTÂNCIAS DE SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E SUPERAÇÃO** (Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?)

PERGUNTAS	INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER
1) O que seu trabalho significa para você?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
2) Você está satisfeito com seu trabalho?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
3) O que te dá prazer no trabalho?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
4) Este prazer, de que falamos significa o que exatamente? Como você fica quando sente este prazer no trabalho?	Significado de prazer e sofrimento no trabalho
5) Que situações lhe causam maior sofrimento? Exemplificar.	Percepção de sofrimento, adoecimento Obs: caso negue, indagar: Não tem nenhuma situação?
6) O seu trabalho lhe causa algum tipo de	Se necessário aprofundar com a seguinte

adoecimento?	pergunta: você associa algum sintoma ao trabalho?
7) Como você enfrenta esta questão no seu trabalho (Que estratégias utiliza?)	Superação
8) O que seu trabalho lhe proporciona em termos concretos?	Prazer no trabalho. Analisaremos aqui as significações concretas (sustento, férias, aquisição de bens) e abstratas (realização pessoal, profissional, sonhos, fantasias, projetos)

**BLOCO V– DETERMINANTES POLÍTICOS E IDEOLÓGICOS DO CAMPO** Quais as relações de poder entre os trabalhadores e demais atores do campo? Quais os discursos mais frequentes sobre o próprio trabalho? Quais as ideologias identificadas nos discursos? Quais os comportamentos que constituem *habitus* neste campo (em cada profissão ou instituição)?

PERGUNTAS	INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER
1) Quem manda no seu serviço?	Poder OBS: O entrevistado não precisa dizer o nome das pessoas envolvidas nas situações.
2) Você tem liberdade, autonomia para decidir como realizar o seu trabalho?	
3) Existem pessoas no trabalho que você se sinta mais próximo, ou que tem mais afinidade?	
4) E pessoas que você não se dá bem?	
5) O que é o SUS para você?	Ideologia
6) O que você acha do sistema de saúde do município? E do seu serviço?	
7) Você tem plano de saúde?	
8) O que você acha do setor privado?	
9) Você acha que lá se trabalha melhor do que no SUS? Gosta ou gostaria de estar trabalhando lá?	
10) Fale um pouco sobre você. Quem é você?	Identidade
11) Você está satisfeito com sua profissão? Gostaria de estar exercendo outra profissão?	
12) Como você se diverte e com quem?	Habitus/campo
13) Pertence a alguma associação? Grupo?	

**APÊNDICE B – Roteiro de observação sistemática**

Observação n°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Orientação Geral – O que deve ser Observado**

- a) A dinâmica da unidade e alguns elementos do processo de trabalho, como as atividades desenvolvidas, instrumentos de trabalho utilizados, os espaços em que é realizado o trabalho, bem como a divisão do tempo para a execução das atividades, estrutura física, trabalho em equipe, relações interpessoais, controle gerencial da unidade, absenteísmo;
- b) Manifestações verbais e os aspectos do comportamento global, em particular, a comunicação não verbal, postura geral, expressões faciais, mudanças no timbre e volume da voz, riso, sorriso, choro, movimentação/isolamento do profissional na unidade, bem como a dinâmica da unidade de trabalho;
- c) Estratégias defensivas utilizadas pelo enfermeiro para lidar com as pressões no trabalho e o suposto sofrimento.

**MOMENTO 1: Chegada**

- a) Hora.
- b) Como Chega? Vestimenta, Postura Geral (agitado, feliz, triste, preocupado...), Meio de locomoção (a pé, de ônibus, de carro, bicicleta).

**MOMENTO 2: Intermezzo**

- a) O que faz entre a chegada e o início das atividades? Guarda objetos pessoais? Assinatura no livro de frequência? Se comunicação com equipe e/ou usuários? Arruma coisas? (Organização do setor antes da atividade)

**MOMENTO 3: Trabalho/Atividade****MOMENTO 4: Descanso/Almoço****MOMENTO 5: Fim do dia (de trabalho)**

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)****Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.**

Pesquisadores: Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo, Dr<sup>a</sup>. Maura Maria Guimarães de Almeida e Dr<sup>a</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320/8116, para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa objetiva analisar o processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Itabuna e as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade, a partir da escuta e observação destes profissionais em efetivo exercício profissional, nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e redução dos riscos relacionados ao processo de trabalho em saúde.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você responderá a uma entrevista e será observado na realização de atividades cotidianas do seu trabalho. Através da entrevista e da observação serão abordados aspectos relacionados às condições e características do seu ambiente trabalho e os efeitos deste trabalho na sua saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta da entrevista lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NUSC (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação do subprojeto 3. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Participante**

\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo**  
Coordenadora Geral da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho**  
Coordenadora do Subprojeto 3

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEFS)



Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.  
O f. CEP-UEFS nº 287/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

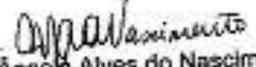
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia", registrado sob Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09), satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi Aprovado podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b.

Relembro que conforme instrui a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP-UEFS

**ANEXO B – Termo de Ciência da Secretaria de Saúde de Feira de Santana-BA**

**Universidade Estadual de Feira de Santana  
Departamento de Saúde  
Núcleo de Epidemiologia - NEPI**

**TERMO CIÊNCIA**

Projeto de pesquisa: **Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**

Pesquisador responsável: **Tânia Maria de Araújo**

Eu, **Rafael Pinto Cordeiro**, Secretário de Saúde do município de Feira de Santana, tomo ciência da realização da pesquisa intitulada: "**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**", cujo objetivo geral é investigar as condições de emprego, as condições de trabalho e de saúde de profissionais de saúde da atenção básica.

Vale ressaltar que os materiais e equipamentos utilizados durante a pesquisa serão de inteira responsabilidade dos pesquisadores e que não haverá nenhum custo para o município.

A pesquisa em questão é de cunho científico, em que os dados obtidos serão usados somente para consulta dos responsáveis por este projeto, sendo assim, está assegurado, aos participantes da pesquisa, o sigilo e a privacidade das informações coletada, ficando impedida a consulta do material coletado por outras pessoas, a não ser para fins como dissertação e publicação científica.

30 de Junho de 2010

---

Rafael Pinto Cordeiro  
Secretário de Saúde – Feira de Santana