



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Faculdade de Enfermagem

**Valéria Maria dos Reis**

**O Trabalho do Enfermeiro no PSF e a vivência de situações  
de prazer e sofrimento no trabalho**

**Rio de Janeiro  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VALÉRIA MARIA DOS REIS

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF E A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE  
PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO**

Dissertação submetida à banca examinadora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos indispensáveis para a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem, e obtenção do grau de Mestre

Orientadora : Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro  
2007



**Valéria Maria dos Reis**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF E A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE  
PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem UERJ, como um dos requisitos para obtenção do grau de mestre, na área de concentração Processo de Trabalho, Formação e Gerência em Saúde e Enfermagem

Aprovada em \_\_\_\_\_

Banca Examinadora : \_\_\_\_\_

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Helena Maria S. Leal David ( Orientador)**  
**Faculdade de Enfermagem da UERJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Célia Gollner Zeitoune**  
**Escola de Enfermagem Anna Nery UFRJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli de Oliveira**  
**Faculdade de Enfermagem da UERJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos**  
**Faculdade de Enfermagem da UNIRIO**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira**  
**Faculdade de Enfermagem da UERJ**

**Rio de Janeiro**  
**2007**

## DEDICATÓRIA

*A Deus*

*A minha família*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, que esteve presente durante todo o percurso desta caminhada;*  
*Aos meus pais Adriel e Helena que sempre me incentivaram de forma mais pura, na*  
*sua simplicidade;*  
*Aos meus irmãos, Elenice, Ivana e Enio, pela compreensão e carinho nos momentos de*  
*maior angústia e tensão;*  
*Aos meus sobrinhos: Lucas, Camila, Amanda e Carla pelos momentos de carinho;*  
*Aos meus cunhados Lima, Carlos e Narjara pela compreensão e ajuda nos momentos*  
*que precisei;*  
*A minha orientadora Helena pelo carinho, disponibilidade e atenção, muito obrigada!*  
*Às minhas colegas enfermeiras, há muitos anos caminhamos juntas: Marta, Márcia*  
*Helena, Vitória, Maria Helena, Ana Beatriz, Jussara, obrigada pelo apoio e carinho;*  
*Á Eneida, companheira de mestrado, de ônibus e ouvinte das minhas angústias e*  
*saudades, quando estávamos no Rio;*  
*Ao Centro Universitário de Minas Gerais (UNILESTE-MG), nas pessoas de Sônia,*  
*diretora da Área das Ciências da Saúde, e de Sandra, na coordenação do curso de*  
*Enfermagem, que fizeram com que eu pudesse me ausentar para realizar este sonho;*  
*Aos meus amigos Agostinho e Lia pelo incentivo ;*  
*Aos enfermeiros que fizeram parte da pesquisa;*  
*Aos meus colegas do mestrado, foi um prazer conviver com vocês;*  
*E a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a construção deste trabalho,*  
*muito obrigado!*

***"O caminho da vida pode ser o da liberdade e da  
beleza, porém, desviamos-nos dele.***

***A cobiça envenenou a alma dos homens, levantou  
no mundo as muralhas do ódio e tem-nos feito marchar  
a passo de ganso para a miséria e os morticínios.***

***Criamos a época da produção veloz, mas nos  
sentimos enclausurados dentro dela.***

***A máquina, que produz em grande escala,  
tem provocado a escassez.***

***Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa  
inteligência, empedernidos e cruéis.***

***Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.***

***Mais do que máquinas, precisamos de  
humanidade; mais do que de inteligência, precisamos de  
afeição e doçura!***

***Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo estará perdido."***

*(Charles Chaplin, no discurso proferido no final do filme O grande Ditador.)*



## RESUMO

O trabalho humano, reconhecido na sua dimensão histórica, social e psicodinâmica, pode ser fonte de sofrimento e adoecimento para o trabalhador, e, ao mesmo tempo, de prazer e reconhecimento. O trabalho no setor de serviços, e especificamente o trabalho em saúde e de enfermagem é marcado por sua dimensão relacional, de trabalho vivo em ato, em contraposição a exigências de produção de serviços e ações. Na perspectiva da mudança de modelo assistencial de saúde, o Sistema Único de Saúde vem desenvolvendo estratégias de reorganização das ações, com destaque para a o Programa de Saúde da Família (PSF), no qual o enfermeiro é ator relevante. A presente Dissertação de Mestrado baseia-se em estudo cujo objetivo geral é descrever e analisar criticamente o trabalho do enfermeiro no PSF, e seu impacto na sua saúde, por meio da identificação e discussão das vivências de situações geradoras de prazer e sofrimento no trabalho. O cenário do estudo foram Unidades de Saúde da Família do Município de Ipatinga, Minas Gerais, e os sujeitos, 10 enfermeiros inseridos no PSF. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, com organização e análise utilizando a metodologia da Análise de Conteúdo, a partir da qual emergiram as seguintes categorias: o trabalho do enfermeiro no PSF e as situações de prazer e sofrimento no trabalho; determinantes das situações de prazer e sofrimento no trabalho; estratégias de enfrentamento das situações de sofrimento. As situações de sofrimento relatadas se referiram à relação com a Secretaria de Saúde, entre membros da equipe e com os usuários do PSF, e as vivências de prazer, ao trabalho vivo em ato, e ao reconhecimento por parte dos usuários e da comunidade. Conclui-se que há um acúmulo de atividades realizadas pelo enfermeiro, e que ainda há uma valorização da produção de procedimentos e ações, em detrimento da integralidade da atenção, comprometendo a mudança de modelo assistencial.

Palavras Chaves: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Programa de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

Human labor, recognized in its historical, social and psychodynamic dimension, can be source of suffering and illness, and, at the same time, of pleasure and recognition. Service sector's labor, especially health and nursing work have as characteristics a relational dimension, called alive-work in act, in opposite to health procedures' production requirements. In a perspective of health care model change, Unified Health Care System (SUS) developed some strategies to reorganize health actions, as Family Health Program (PSF), in which nurses are important actors. This Master Degree Report based on a study whose general objective is to critically describe and analyze nursing work in PSF, and its impact in their health, identifying and discussing experiences of pleasure and suffering in the work. The scenery of the study was PSF Units of Ipatinga, Minas Gerais, and the subjects, 10 PSF nurses. Data collection was developed through semi-structured individual interviews, and data organization and analysis used Content Analysis methodology. The following categories had emerged: the work of the nurse in the PSF and situations of pleasure and suffering in the work; pleasure and suffering situations determinants, and strategies of confrontation of the suffering situations. Suffering situations were related to management level of Health Secretary relationships, and between staff members, and with PSF community's users; pleasure experiences were related to the possibility of developing alive-work in act, and to nurses' work recognition by users and community. We conclude that there is an accumulation of activities in nurses' work, and that still there is a valuation of procedure production in detriment of integrality of attention, threatening the desired health model change.

Words Keys: Nursing; Worker's Health; Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
<b>1.1 Considerações sobre trabalho e saúde</b> .....	<b>21</b>
1.1.1 Dimensões histórica e conceitual.....	21
1.1.2 Processo de trabalho .....	24
1.1.3 O trabalho em saúde.....	26
1.1.4 Trabalho em saúde: trabalho vivo x trabalho morto.....	28
1.1.5 O processo saúde–doença e sua relação com o trabalho.....	30
1.1.6 A saúde do trabalhador como marco das políticas de saúde .....	34
1.1.7 O trabalho de enfermagem: prazer x sofrimento .....	37
<b>1.2 O Programa de Saúde da Família e a mudança de modelo - breve relato histórico ...</b>	<b>43</b>
2.2.1 O Papel do Enfermeiro no PSF.....	46
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>49</b>
<b>2.1 Tipo de pesquisa</b> .....	<b>49</b>
<b>2.2 Referencial metodológico</b> .....	<b>49</b>
<b>2.3 Cenário de Pesquisa</b> .....	<b>51</b>
<b>2.4 Sujeitos de pesquisa</b> .....	<b>54</b>
<b>2.5 Coleta e registro dos dados</b> .....	<b>56</b>
<b>2.6 Organização e análise dos dados</b> .....	<b>57</b>
<b>2.7 Aspectos éticos</b> .....	<b>59</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
<b>3.1 O trabalho do enfermeiro no PSF e as situações de prazer e sofrimento</b> .....	<b>60</b>
3.1.1 O trabalho do enfermeiro na Unidade de PSF.....	61
3.1.2 O trabalho com o ACS .....	69
3.1.3 O trabalho em equipe.....	71
<b>3.2 Determinantes do prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro no PSF</b> .....	<b>74</b>
3.2.1 Determinantes do sofrimento: relações institucionais.....	75
3.2.2 Determinantes do sofrimento: relações em equipe .....	79
3.2.3 Determinantes do sofrimento: relações com o usuário.....	80
3.2.4 O prazer de trabalhar no PSF .....	84
<b>3.3 As estratégias de enfrentamento</b> .....	<b>86</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>96</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>107</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>114</b>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – URs e Temas – O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF.....	60
Quadro 2 – URs e Temas – DETERMINANTES DO PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF.....	75
Quadro 3 – URs e Temas – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO .....	87

## LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos do estudo</i> .....	55
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde

**NOB-SUS 01/ 96** - Norma Operacional Básica 01/96

**NOST-SUS** - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SIM** – Sistema de Informações de Mortalidade

**SINASC** – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

**RENAST** - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidades Básicas de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde da Família



## INTRODUÇÃO

A minha inserção como enfermeira em Saúde Coletiva iniciou-se com a admissão na Secretaria de Saúde de Timóteo, Minas Gerais, em 1990. Nesta época, iniciava-se no Município a reorganização dos serviços de saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) recentemente aprovado na Constituição Federal promulgada em 1988. Esta reorganização passava pela implantação de novas unidades de saúde no Município, além da implantação das práticas programáticas, e do processo de territorialização e adscrição da clientela, delimitando as áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Durante o período que lá atuei, participei de vários treinamentos promovidos pelo Ministério da Saúde tais como sala de vacina, programa de hanseníase e tuberculose, programa de atenção integral à mulher e criança. Em 1992 fui aprovada no concurso público promovido pela Prefeitura de Ipatinga, Minas Gerais. Na ocasião, o Município estava também passando pelo processo de reformulação dos serviços de saúde para que atuassem de acordo com os pressupostos do SUS. Novamente participei do processo de reorganização, integrando os projetos de territorialização, adscrição da clientela, delimitação das áreas de abrangência e da definição do atendimento primário, secundário e terciário naquele município.

Além desta proposta de reorganização dos serviços, havia, como estratégia do governo local, a capacitação dos recursos humanos para atuarem no SUS, através da qualificação dos atendentes que ainda existiam no Município e da especialização dos enfermeiros em Saúde Pública. Esta especialização se deu por meio de um convênio entre a Prefeitura e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) pelo qual se possibilitou aos enfermeiros fazerem o curso em Ipatinga, na perspectiva da integração ensino-serviço. Este convênio previa que dois enfermeiros iriam para Belo Horizonte, e repassariam o curso para os profissionais que permanecessem no Município junto com os professores da UFMG. Nesta proposta, os enfermeiros tinham o compromisso de capacitar os auxiliares de enfermagem para atuarem na rede básica do SUS.



Fui uma das enfermeiras escolhidas para ficar um ano em Belo Horizonte fazendo o Curso de Especialização em Saúde Pública. A partir deste Curso, uma nova visão de trabalhar em saúde pública me foi demonstrada, integrando-me nesta modalidade do trabalho de enfermagem.

Ao voltar do curso de especialização, fui responsável pela coordenação do curso em Ipatinga, além de ser também uma das monitoras na área de saúde da mulher da e criança. Participei também como organizadora do curso para auxiliares de enfermagem para atuarem na rede básica do SUS, além de ser também monitora.

Quando em 1997 assumi a gerência da seção de vigilância epidemiológica da Prefeitura de Ipatinga, entrei em contato com vários dados epidemiológicos que eram repassados pelas unidades de saúde, além dos sistemas de informação do Ministério da Saúde entre eles o SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), entre outros. De posse destes dados, junto com uma equipe, concebemos e implantamos o PROGRAMA MAIS VIVER, no qual as mães recebiam vistas de auxiliares de enfermagem ainda na maternidade, preenchiam um questionário e ali faziam a avaliação de risco para aquela criança. Neste programa, a criança já saía da maternidade com consulta para o enfermeiro, Teste do Pezinho e imunizações agendados.

Ao longo destas experiências, verifiquei que o trabalho de enfermagem em uma UBS inclui várias atividades: consulta de enfermagem, grupos operativos, supervisão de atividades específicas como vacina, medicação e curativo, educação continuada e permanente do pessoal de enfermagem e de serviços gerais, visitas domiciliares, preenchimentos de relatórios para a Secretaria de Saúde, além do atendimento à demanda espontânea dos usuários. Estas foram atividades que desenvolvi e vivenciei por mais de doze anos atuando em UBS.

Em 2002, iniciei pelo Centro Universitário do Leste de Minas - UNILESTE-MG o acompanhamento de estágio do curso superior de enfermagem nas UBS. Neste estágio (chamado atualmente de atividade de campo), me deparei com mais um desafio que era buscar a integração ensino-serviço, uma vez que o estágio acontecia no mesmo local de trabalho, só que em horários diferentes.

O fato de acompanhar estágio no mesmo local de trabalho me proporcionou a vantagem de rever o meu processo de trabalho, uma vez que, ao inserir o tema sistematização da assistência de enfermagem nas consultas realizadas com os alunos, comecei a utilizá-lo em minhas próprias consultas, que eram realizadas diariamente. Além disso, passei a ver o meu serviço com outros olhos, porque ao fazer a supervisão de estágio, conseguia reorganizar o serviço e desenvolver processos de educação permanente com os auxiliares de enfermagem, uma vez que, ao discutir as técnicas com os alunos, o fazia também com os auxiliares.

Isto despertou, também, alguns questionamentos. Para realizar as consultas sistematizadas, tal como proposto pelas normativas, o meu tempo de consulta aumentou muito, e com isso passei mais tempo dentro do consultório. Comecei a perceber que, para realizar todas essas atividades com qualidade deveria modificar o meu processo de trabalho, e tentar agregar atividades, fazendo algumas coisas ao mesmo tempo, tais como: supervisão, educação permanente, grupos operativos, visitas domiciliares, mas diminuindo o número de consultas.

Neste contexto, constatei que o trabalho de saúde é muito complexo e que entre o que está prescrito nas normas, e o que ocorre no dia a dia de trabalho existe uma diferença expressiva. Por exemplo, num dia de trabalho, um enfermeiro da Atenção Básica que planejou realizar visitas domiciliares, e se depara com um problema administrativo na escala dos auxiliares, precisa mudar tudo o que estava planejado para atender a esta demanda, o que desorganizar seu trabalho e o torna fragmentado. Como este exemplo, se multiplicam as situações onde isto acontece.

Essa mudança no meu processo de trabalho fez com que eu começasse também questionar, mais recentemente, como está sendo desenvolvido o processo de trabalho do enfermeiro no PSF (Programa de Saúde da Família), uma vez que, atualmente, o Município de Ipatinga está implantando o PSF como estratégia de mudança para o atendimento à saúde.

O PSF foi instituído em Ipatinga no ano de 2002 com o objetivo de consolidar a política de saúde já implantada no município desde 1990 quando ocorreram as transformações no município através da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implantação do PSF buscou-se melhorar o atendimento ao usuário e

reduzir os indicadores de saúde do município. A implantação ocorreu aos poucos iniciando com quatro equipes nas localidades dos bairros Vila Celeste, Barra Alegre, Vale do Sol e Limoeiro. As escolhas destes bairros se deve às características da população que são de baixa renda, zona rural (Barra Alegre), alto nível de criminalidade, alto índice de desnutrição.(PMI, 2003)

Embora não esteja escrito em nenhuma normativa, sabe-se que o enfermeiro, como integrante da equipe de PSF, acaba assumindo um papel organizador do serviço. É responsável pelos agentes comunitários, auxiliares ou técnicos de enfermagem, por atender ao usuário através das consultas de enfermagem, por realizar visitas domiciliares, grupos operativos, educação permanente, atuando em um ambiente cheio de diversidade, com atores diversos, e que busca integrar diversos saberes.

Esta complexidade não é discutida, não é trazida para o debate entre os profissionais, já se tornou "normal". Existe, portanto, uma dimensão do trabalho do enfermeiro que é subjacente, e que se relaciona a dimensões preocupantes, quando se pensa na saúde deste trabalhador. Muito do trabalho do enfermeiro não é objetivamente mensurável. No processo de subjetivação do trabalho, que, segundo Dejours (1997) remete a situações diversas, aspectos como sentimentos e emoções relacionam-se à vivência de situações capazes de gerar satisfação e prazer, mas também sofrimento e mal estar.

Nesta perspectiva, a saúde do trabalhador enfermeiro pode sofrer impacto, uma vez que com tantas nuances em seu trabalho e características específicas do trabalho no PSF envolvendo pacientes, equipe, gerentes, cada uma destas situações gera obrigações, muitas vezes além das questões técnicas, e condições de trabalho cuja organização leva o enfermeiro a ser exposto ao sofrimento, doenças e violências.

Alguns autores indicam que o prazer está relacionado ao reconhecimento e valorização, à criatividade, ao orgulho e admiração pelo que se faz. Já o sofrimento é definido a partir do desgaste, cansaço, desânimo e descontentamento com relação ao trabalho (FERREIRA, MENDES, 2001).

O sofrimento gerado pelo trabalho pode desenvolver estresse ocupacional e transtornos a ele associados, e está relacionado também a especificidades do próprio indivíduo (MARCOLAN, 2006).

O processo de trabalho da enfermagem na Atenção Básica inclui o desenvolvimento de atividades diversas, desde as de cunho gerencial, até as que exigem competências políticas e relacionais, passando também pela dimensão técnico-científica do cuidar.

.Embora esteja partindo do processo de trabalho, o foco da análise deste estudo são as situações relatadas que se configuram como sofrimento ou prazer, uma vez que me interessa compreender alguns aspectos do processo de trabalho que interferem na saúde do trabalhador. Neste sentido, estarei me referindo não apenas ao processo, mas ao trabalho em si, o que inclui aspectos como suas relações, a forma de organização e sua inserção na sociedade.

Como objeto de estudo, portanto, proponho uma análise de situações de prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro no PSF, utilizando como referencial teórico a perspectiva da psicodinâmica do trabalho.

Para isso parti de algumas questões norteadoras, que me permitiram facilitar a abordagem ao tema:

- Quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF?
- Quais são as situações que o enfermeiro do PSF identifica como sendo geradoras de sofrimento e prazer no trabalho?
- Como estes enfermeiros lidam com estas situações, e que estratégias tecem para enfrentá-las?

Ao propor uma análise da dinâmica do trabalho do enfermeiro em uma unidade de PSF a partir de um enfoque de saúde do trabalhador, partimos do pressuposto de que o acúmulo de atividades por ele desenvolvidas, além de dificultar a assistência de enfermagem, tornando-a individualizada, fragmentada, e de fortalecer o modelo biomédico hegemônico, repercute na saúde do trabalhador de enfermagem, gerando inquietações e sofrimento.

No entanto, entendo que não é isto o que deveria ocorrer. Pelo contrário, o trabalho no PSF, enquanto conjunto de normativas prescritas refere-se à construção

de um novo modelo de atenção, no qual se pressupõe que tanto trabalhadores quanto a população atendida deverão estabelecer vínculos, e que o trabalho se dará de forma planejada e sistemática, de modo a atender as necessidades em saúde da população, e não de modo cumulativo, desorganizado ou gerador de ansiedade no profissional. Defendo, portanto, que é possível se trabalhar em outra lógica, que resulte na concretização do conceito ampliado de saúde, e que traga para o trabalhador de saúde e de enfermagem satisfação e condições dignas de vida.

## **OBJETIVOS**

O presente trabalho possui como objetivo geral analisar os relatos de enfermeiros sobre seu processo de trabalho no PSF, identificando situações geradoras de prazer e sofrimento capazes de representar impacto na sua saúde.

São objetivos específicos:

- Descrever o processo de trabalho do enfermeiro no PSF a partir de relatos obtidos em entrevistas;
- Apontar os determinantes que contribuem para as situações e vivências de sofrimento e prazer no trabalho da enfermagem;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para enfrentar as situações de sofrimento no trabalho;
- Contribuir para o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática;

No item 3 é apresentado um levantamento bibliográfico sobre a temática, abrangendo desde o significado do trabalho enquanto papel importante para o ser humano até chegar ao trabalho do enfermeiro e a sua relação com sofrimento e prazer. São também discutidos os motivos que levam ao sofrimento do trabalhador, os sinais e sintomas de sofrimento. É feita uma caracterização do Programa de Saúde da Família enquanto estratégia proposta pelo Ministério da Saúde

No item 4 descreve-se todo o caminho metodológico percorrido, identificando-se o tipo de pesquisa realizado, os instrumentos utilizados, a abordagem e o foco da análise, além de identificar o cenário e os sujeitos da pesquisa.

No tópico 5 apresento a análise e discussão dos resultados encontrados. No sexto e último item trago as considerações finais da pesquisa, sintetizando os principais achados, e as questões para as quais estes apontam. Deixo também sugestões de elementos que precisam ser mais bem compreendidos, por meio de estudos futuros.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 Considerações sobre trabalho e saúde

#### 1.1.1 Dimensões histórica e conceitual

Historicamente, o homem não vive sem o trabalho. Nos primórdios da evolução humana, a busca pelos alimentos já fazia com que o homem trabalhasse, naquela época, por instinto. Entende-se o trabalho como força humana direcionada à transformação da natureza, uma atividade humana básica, utilizada para conquistar a liberdade do ser humano, na qual este utiliza esforço mental e físico.

Ao consultar o dicionário da língua portuguesa, pode-se encontrar a seguinte definição: “atividade remunerada ou não; atividade produtiva ou criativa, exercida para determinado fim; o resultado ou o exercício dessas atividades” (HOUSSAIS, 2004, p.726).

Segundo Cunha (1999), etimologicamente a palavra trabalho teve vários significados, sempre relacionados ao momento histórico vivido. Para os romanos, relacionava-se ao termo *tripalium*, que designa um instrumento utilizado para a realização de tortura, associada ao castigo, dor, sofrimento ou qualquer atividade penosa direcionada aos escravos. Quando o trabalho era realizado através do planejamento, quem planejava estava trabalhando e neste caso trabalho era designado de outra forma, por meio do conceito de labor. Em português, a palavra trabalho não faz esta distinção, e significa a mesma coisa para quem idealiza ou executa.

Merhy (1997) descreve que o trabalho humano tem características que o tornam diferente em relação às atividades executadas pelos animais, destacando a capacidade do homem de construir mentalmente o objeto a ser trabalhado, além da sociabilidade e da intencionalidade.

Dentre os autores que trabalharam a definição de trabalho destaca-se Karl Marx, sobretudo por discutir as relações sociais mediadas pelo trabalho, definindo da seguinte forma:

O trabalho é concebido como uma atividade em que o trabalhador orientado por uma finalidade, transforma um determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos, sob determinada organização e divisão. (MARX, 1988,p. 142 )

Coimbra (2003) define trabalho como uma ação dirigida com um objetivo em busca de um resultado cujo produto é um valor de uso ou troca, o qual garante que os produtos circulem enquanto mercadoria.

Neste contexto Brito (2005), faz uma retrospectiva histórica das relações de trabalho, na qual se destacam os seguintes elementos:

- Grécia antiga: não tem um vocabulário específico, mas já utilizavam algumas palavras que correspondiam, por exemplo a palavra práxis;
- Séculos IX e X – Correspondeu aos períodos em que o trabalho tinha um sentido de pena, penitencia, sofrimento;
- Século XIII – Era a época do exercício do ofício, e da formação das corporações, ou guildas;
- Século XVIII – Correlacionado às atividades produtivas que se desenvolvem sob as relações sociais dominantes da burguesia, e marcado pela expansão do capitalismo.
- Atualmente para esta autora o trabalho está vinculado às questões da economia e da política.

Nesta evolução histórica, alguns fatos foram importantes devido a mudança nas relações do trabalho, entre eles podemos citar a Revolução Industrial que é considerada como a revolução dos instrumentos de trabalho (Mazzilli, 2006). Ainda de acordo com este autor, outros fatores que contribuíram para a mudança nas relações de trabalho foram o desenvolvimento e aplicação das teorias gerenciais do taylorismo e do fordismo, que promoveram a transformação do trabalhador em uma ferramenta a serviço da gerência, definindo as relações capital-trabalho através de uma lógica despótica, gerando redução da autonomia do trabalhador com simplificação das tarefas e aceleração da produção.



Para Mazzilli (2006), a Revolução Industrial levou o trabalhador a se submeter a péssimas condições de trabalho, com jornadas extensas, além de serem expostos a acidentes de trabalho, trabalho insalubre e perigoso. Neste período, as tarefas eram executadas mecanicamente, sem a necessidade de uma educação formal, a habilidade do trabalhador sendo substituída progressivamente por máquinas.

As transformações pelas quais tem passado o trabalho precisam ocorrer, para dar conta do atendimento a demandas sociais e particulares. (BECK, 2001).

Mais recentemente, o trabalho passou a ocupar lugar central na vida do homem, devendo ser visto como parte inseparável da vida humana, sendo também determinante para aspectos vitais da vida social, como a conquista de *status* social e a conformação da identidade pessoal. (HADDAD, 2000).

De acordo com Costa (2000), as transformações pelas quais passa o trabalho hoje incluem: reorganização e conversão dos ramos industriais, novos padrões de gestão, reorganização e relações de trabalho e da produção; novas tecnologias e enfraquecimento da representação coletiva dos trabalhadores, além de outros fatores que interferem diretamente nas relações de trabalho, entre eles podemos citar a globalização levando ao alto índice de desemprego e à precarização do trabalho.

Mesmo nessas condições precárias, o trabalho não deixa de ser importante para o homem. Kantorski (apud Coimbra, 2003), apresenta cinco razões nas quais se baseia esta importância:

Primeiro: o homem ao produzir a sua própria existência produz a si mesmo(...) o trabalho foi o meio pelo qual o homem se diferenciou da sua condição de animal e constituiu-se como ser humano.

Segundo: A práxis do trabalho revela uma relação metabólica entre o homem e a natureza. O homem ao trabalhar transforma a natureza de acordo com o projeto construído conscientemente, no entanto, o homem ao mesmo tempo é também transformado pela natureza.

Terceiro: O trabalho gera relações sociais. Ao garantir os meios necessários a sua sobrevivência através do trabalho o homem estabelece relações sociais com outros homens.

Quarta: o trabalho é fundamental para a criação da identidade do homem. Ao trabalhar, o homem deixa a sua face na natureza, reconhece a si mesmo e produz sua identidade social.

Quinta: O trabalho enquanto práxis propriamente humana é a maneira pela qual o homem transcende-se no espaço e no tempo, pois através do trabalho o homem imprime no mundo material um conhecimento acumulado ao longo da história, constituindo-se, ao longo da história, constituindo-se assim, produtor de sua própria história. (KANTORSKI apud COIMBRA, 2003, p.54)

Para Kirchhof (1990), o trabalho pode ser visto como dever (quem trabalha tem uma vida correta e moralmente boa) e como necessidade (condição de sobrevivência). Nesse sentido, o trabalho representa uma forma de intervenção social, gerando repercussões objetivas e subjetivas.

Souto (2003) entende o trabalho como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, executa para atingir seus objetivos, em consonância com princípios éticos, cuja finalidade principal é a segurança em proveito da coletividade e do Estado, sendo o trabalhador considerado não isoladamente, mas no conjunto da comunidade, como um dos elementos fundamentais ao seu progresso e a sua prosperidade.

### **1.1.2 Processo de trabalho**

Considera-se que, para que ocorra o trabalho, é necessária uma forma de organização, que constitui o processo de trabalho, e que compreende um conjunto de atividades seqüenciais e inter-relacionadas pelo quais as matérias primas são transformadas em produtos consumíveis. Ou ainda, é o modo como o homem produz e reproduz a sua existência, e cujos elementos podemos citar na concepção de Marx (1988):

- Atividade adequada a um fim (produzida com um objetivo), isto é, o próprio trabalho;
- Finalidade (antevisão ou idealização do objeto já transformado)
- A matéria que se aplica ao trabalho (ou seja matéria que vai ser transformado), o objeto de trabalho;
- Os meios de trabalho (elementos necessários ao processo de trabalho que são pré-condições essenciais para o trabalho);
- O instrumental de trabalho;

De acordo com Junior (1999), o processo de trabalho em uma sociedade capitalista é o resultado de combinações entre o objeto, instrumentos e tecnologia, e da força de trabalho. Além disso, ele contribui para a compreensão de categorias

generalizadoras como qualificação, relações do trabalho, representação social do trabalho.

Rodrigues e Assis (2005) dividem o trabalhador da seguinte forma: aqueles que têm o direito de pensar e projetar, e aqueles que devem executar o que foi planejado por outros, estes últimos inseridos na base da pirâmide social.

Os elementos componentes do processo de trabalho são a atividade adequada a um fim, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, sendo o processo de trabalho atividade voltada para a produção de valores de uso para a satisfação de necessidades humanas, independente das formas sociais que assuma e das relações sociais de produção, contribuindo, assim, para a reprodução da vida humana individual e social (LIEDCKE, 1999).

Neste contexto Rocha define objeto de trabalho como:

dos Fragmento da realidade recortado por um olhar que concebe, intelectualmente um produto. A atividade do homem opera uma transformação subordinada a um determinado fim no objeto sobre o qual atua por meio do instrumento de trabalho. Os instrumentos ou meios de trabalho permitem a aproximação e transformação do objeto; as características do objeto, de um lado a finalidade do trabalho do outro, determinam as características meios de trabalho. (ROCHA, 1990, p.32).

O processo de produção tem duas faces: o processo de valorização (extração de mais valia) e o processo de trabalho (de produção de bens). As mudanças que ocorreram no mundo do trabalho, já citadas, geraram uma reorganização do processo de trabalho a partir de um cunho positivista, fazendo com que fossem perdidas as características identificadoras como algo próprio do ser humano, levando ao desencanto com a realidade que cerca todo o processo de trabalho, uma vez que se tem a valorização do capital em detrimento do trabalhador. (JESUS *et al*, 2001; KIRCHHOF, 1999).

Verifica-se, portanto, que há profunda contradição entre o que o trabalho pode representar para o ser humano, e o que a lógica da produção capitalista impõe ao trabalhador. Neste sentido, é preciso ter em mente que, ao lado da realização e significação social trazidas pelo trabalho está o sofrimento, gerado pelas condições precárias e pela exploração da força de trabalho.

Para efeitos desta dissertação, interessa-nos examinar o trabalho em saúde, entendendo-o como uma forma de trabalho que também sofre as influências e determinações já discutidas.

### **1.1.3 O trabalho em saúde**

O trabalho de saúde está inserido no nível terciário, que “tem como finalidade a ação terapêutica de saúde, seu objeto é o indivíduo ou grupos enfermos, sadios ou expostos a risco, que necessitam de medidas curativas, ou preservação da saúde e prevenção de doenças”. (RODRIGUES ; ASSIS, 2005, p.275).

Essa afirmativa confirma o que Santos (2007) declara: para ela, devido às características do setor de saúde e ao objeto do trabalho (necessidades dos usuários), este se configura como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade.

A característica coletiva do trabalho de enfermagem é destacada por Saupes e Cestari :

O trabalho na área da saúde, particularmente o de enfermagem, caracteriza-se por ser coletivo, ou seja, exige a participação de vários profissionais para a consecução de seus objetivos. Esta participação pode ocorrer com diferentes níveis de integração: pode haver desde uma simples justaposição de tarefas até uma verdadeira integração entre os profissionais. (SAUPE; CESTARI, 2002, p. 23).

Franco e Merhy (2006) lembram que o processo de trabalho em saúde acontece por que alguém procura o serviço de saúde, e a força de trabalho neste processo são os profissionais de saúde que utilizarão alguns instrumentos de trabalho para intervir sobre o objeto, que no caso é o homem\família\comunidade. Este trabalho é um processo dinâmico, que se articula com outros trabalhos da sociedade e se transforma no atendimento às necessidades sociais.

O trabalho em saúde não tem um produto material - seu processo é a própria realização da atividade que tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e cuidado como objeto o indivíduo ou grupos, necessitando de medidas para prevenção,

promoção da saúde e também a cura, sendo na maioria das vezes realizado em um espaço hospitalar ou ambulatorial. (PIRES, 1998).

De acordo com Marques e Silva (2004) o trabalho em saúde é entendido como processo dinâmico, que se articula com outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais. Possui uma complexa configuração tecnológica que produz e reproduz as intervenções para atuar nos problemas e satisfazer as necessidades de saúde. (PEREIRA; ALVES, 2004).

Nogueira (1997), ao analisar o processo de trabalho em saúde, diz que é necessário considerar três aspectos deste processo que são complementares e interatuantes. O primeiro aspecto é que este trabalho compartilha características comuns com outros processos, o segundo aspecto é que ele é considerado como um serviço e o terceiro é que é um serviço, que se funda numa relação interpessoal intensa. Neste contexto, verifica-se que o processo de trabalho em saúde, apesar das características em comuns, não compartilha características essenciais com o trabalho da indústria, por exemplo, por ser um serviço que não se realiza sobre objetos ou coisas. Diferentemente, este acontece sobre pessoas, com base numa inter-relação em que o consumidor é parte desse processo. Outra consideração que o autor faz é que o trabalho em saúde é a integração entre seus aspectos intelectual e manual, mas promove com isso a fragmentação da ação.

O trabalho em saúde é realizado em vários locais como hospitais, ambulatórios, no domicílio em clínicas, entre outros. Neste contexto, de acordo com Santos as atividades desenvolvidas em Saúde Coletiva constituem-se em um processo de produção de serviços de saúde, que deve ter:

- A- Como Objeto: Os perfis epidemiológicos- perfis de reprodução social e perfis saúde doença -do coletivo na sua totalidade, nos grupos sociais homogêneos e na sua singularidade;
- B- Como Finalidade: A transformação destes perfis, visando o aperfeiçoamento dos processos saúde – doença do coletivo;
- C- Como Meios e Instrumentos: os recursos materiais e tecnológicos e a força de trabalho em saúde, que pauta sua ação no modelo no modelo assistencial proposto pelo SUS, que fundamentalmente sobredetermina também a organização e a divisão do trabalho;

D- Como trabalho em si, os atos realizados pelo conjunto de trabalhadores da saúde orientados por um projeto que articula clínica e epidemiologia sob a perspectiva do pensamento social em saúde, e que na sua articulação produzem a transformação do objeto. (SANTOS, 2007, p.22).

Em pesquisa realizada por Paula *et al* (2001) sobre o processo de trabalho em uma unidade básica de saúde, foram detectadas ações de vigilância da saúde, atendimento a livre demanda, além de atividades realizadas por outros profissionais. Detectou-se ainda que os instrumentos de trabalho utilizados pelos profissionais são variados, envolvendo desde a tecnologia médica até a tecnologia sanitária executada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Uma caracterização mais voltada para os componentes do processo de trabalho é necessária para ampliar sua compreensão, ao tempo em que se analisa o contexto social e político em que este se dá. Desta forma, optamos por aprofundar os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto, a fim de melhor identificar a marca do processo de trabalho que é desenvolvido pelos enfermeiros no PSF.

#### **1.1.4 Trabalho em saúde: trabalho vivo x trabalho morto**

Os sistemas de saúde desenvolveram-se, na perspectiva capitalista, para controlar as doenças, principalmente as infecto-contagiosas e com isso recuperar a força de trabalho, tendo como objetivo a própria reprodução de saúde e o corpo humano nas dimensões sociais e coletivas. (SILVA *et al*, 1988; CAMPOS; CAMPOS, 2006).

O processo de trabalho em saúde tem como característica ser dinâmico, pois pode assumir diferentes modelagens, e possui intensa capacidade de mudança; é diverso, pois pode coexistir características diferentes, até divergentes, em uma mesma unidade ou equipe de saúde; depende da ação humana; é relacional, sendo classificado por Merhy (2005) como trabalho vivo, porque se executa no mesmo momento da produção o produto, que pode ser capturado através de instrumentos para a ação.

Coimbra (2003) defende que o trabalho vivo em ato visa o processo de escuta das necessidades do usuário, para uma troca de informações, para o reconhecimento mútuo de direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilita intervenções. O trabalho vivo é aquele trabalho em ato que ocorre no momento singular dos sujeitos, ou seja, é o momento da criação, exercido de forma autônoma.

A autora continua o texto descrevendo que o trabalho em saúde pode ser trabalho vivo, quando não são aprisionadas pelas normas, rotinas, organização de serviço, pelo uso de equipamentos dentre outros, ou seja, é capturado pelo trabalho morto. O trabalhador, nesta captura, não consegue estabelecer seus padrões de assistência, não produz livremente seu trabalho, fica preso ao trabalho morto, mas que pode comandá-lo através de alternativas para que atendam a necessidade do usuário.

Neste contexto, Merhy argumenta:

“O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. (MERHY, 2005, p.47).

O trabalho vivo, apesar de não poder se libertar totalmente do trabalho morto, poderia comandá-lo através de alternativas, para que atendam as necessidades do usuário. (Merhy, 2005). No entanto, e numa perspectiva dialética, entende-se que o trabalho morto não pode capturar inteiramente o trabalho vivo, o que devolve o sentido de estreita relação com a dimensão humana ao trabalho. Neste sentido, o trabalho vivo, quando desenvolvido em sua plenitude, permite ao trabalhador caminhar num sentido contrário ao da alienação do trabalho, e ao da exploração pelo capital.

O trabalho vivo em ato opera com as chamadas tecnologias leves (produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (saberes bem estruturados como a clínica médica, a epidemiologia semiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais). (MERHY, 2005).

A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Este objeto exige dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível..(ROSSI ; LIMA , 2005, p.308)

Vale lembrar que Marx (1994) já defendia que o trabalho vivo fosse a dimensão a impor o verdadeiro valor de troca aos produtos do trabalho, devolvendo ao trabalhador a dignidade de ter seu trabalho reconhecido. Mesmo não sendo totalmente capturado pelo trabalho morto, o trabalho vivo, no entanto, pode levar o trabalhador a se desgastar ou necessitar se reorganizar em modos que acabam por afetar e comprometer a sua saúde.

### **1.1.5 O processo saúde–doença e sua relação com o trabalho**

Historicamente, a compreensão de saúde está arraigada no processo biológico. Em seu início, a medicina ocidental se pautava em práticas de cura tradicionais e populares. Com a descoberta dos microorganismos e aprofundamento no conhecimento das doenças, no entanto, as práticas de saúde passam a ter uma intervenção mais efetiva, levando a uma busca de fatores biológicos como causadores de doença.

Esta compreensão não se construiu de forma linear ou isenta de contradições. De acordo com Madeira e Alves [198?], no século XIX, com a Revolução Industrial ficou patente uma configuração de saúde, e que era até então hegemônica, relacionada ao crescente acúmulo de pessoas nas cidades e às situações de grande epidemias, além de outros tipos de patologias como acidentes e doenças do trabalho. Nesta configuração, a teoria da unicausalidade se torna frágil para responder aos questionamentos sobre a determinação do processo saúde-doença, porque não leva



em consideração o perfil epidemiológico de uma classe social em um determinado período histórico.

Segundo Coelho e Almeida Filho (1999), Broussais defendia que a saúde e doença não passavam de um mesmo estado e dependiam de estímulos que variavam nos diferentes casos, em nível de intensidade, enquanto Canguilhem entendia que o estado patológico jamais se apresenta no indivíduo normal da mesma forma e nas mesmas condições, pois o patológico implica uma relação com um meio novo, mais limitado, já que o doente não consegue mais responder às exigências do meio normal anterior. Nesta compreensão, a saúde constitui-se em um certo jogo de normas de vida e de comportamento, que se caracteriza pela capacidade de tolerar as variações das normas e da capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instalar uma nova ordem fisiológica:

o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em um determinado desenvolvimento de forças das forças produtivas e relações sociais de produção. (LAURELL, 1982, p.18)

Fracolli e Bertolozzi (2001) destacam que o processo saúde-doença compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligado ao potencial que elas têm de acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer. Eles inferem que a concepção de saúde-doença está diretamente atrelada à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando atendimento às suas necessidades.

Viana e Barros (2002) classificam o processo saúde–doença como um processo social, e apontam para o impacto do capitalismo sobre grupos e classes sociais. Essa categorização é apontada também por Safiano *et al* (2003), que descrevem que o processo saúde–doença não é um processo individual, de origem e fim, e nem mesmo se refere exclusivamente à dimensão biológica do homem, e sim um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes.

Porém, em nossa sociedade, em função de determinantes históricos e sócio-econômicos, só possuem acesso aos fatores acima citados os indivíduos que se encontram socialmente inseridos através do trabalho remunerado. Desta forma, como asseveram Fracoli e Bertolozzi (2001), saúde-doença depende em última instância, do lugar que se ocupa na sociedade e no processo produtivo.

O novo enfoque do processo saúde–doença aponta para os determinantes múltiplos da saúde, afirmando que os requisitos para se ter saúde envolvem paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, e recursos sustentáveis.

Neste contexto, a concepção de saúde rompe com a abordagem hegemônica que vincula a doença a um agente específico ou a um grupo de agentes existentes no ambiente de trabalho, e pauta a concepção de que saúde do trabalhador não significa apenas ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também e principalmente a transformação de processos de trabalho em seus diversos aspectos, na direção de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde, mas também uma outra inserção do trabalhador no processo produtivo, que seja potencializadora de saúde e vida.

Muitas vezes, para conseguir garantir sua subsistência e das pessoas que dele dependem, o trabalhador submete-se a um processo de trabalho fragmentado e rotinizado, com compartimentalização das tarefas, condições de trabalho precárias, além de cargas de trabalho elevadas, e que espoliam sua saúde, podendo levar ao desenvolvimento de patologias relacionadas ao trabalho. (DEJOURS *et al*, 1994, p.82)

Estudos realizados através de uma ampla revisão bibliográfica por Kirchof (1999) buscaram conhecer a gênese do processo saúde-doença, e compreenderam que o trabalho pode trazer para o trabalhador condições que favorecem o adoecimento. Estas condições são citadas como: forma de produção, intensidade do trabalho, comportamento político dos trabalhadores, carga de trabalho e desgaste, motivações político-econômicas da empresa, natureza do trabalho, exposição dos trabalhadores à agentes biológicos, químicos, físicos, acidentes de trabalho.

A autora também destaca as principais doenças relacionadas ao trabalho, que são os distúrbios mentais, alcoolismo, problemas osteomusculares, cefaléias e

enxaqueca, estresse e fadiga, sofrimento psíquico, doenças isquêmicas coronariana, entre outras.

Fracolli e Bertolozzi (2001) inferem que a concepção de saúde-doença está diretamente atrelada à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando atendimento às suas necessidades. As condições de vida e de trabalho geram condições favoráveis para o desgaste da saúde do trabalhador, onde não apenas o processo de trabalho leva ao desgaste, mas também as condições do ambiente e a qualidade de vida no trabalho. (SAFIANO, 2003).

Dejours *et al* (1994) e Souza (2003) em seus estudos, destacam que o trabalhador tenta de várias formas adaptar-se ao trabalho que lhe é imposto sob a forma de regras, tarefas e atividades pré-determinadas e permeadas por relações interpessoais tensas, um sistema hierárquico rígido, através de improvisações, adaptações. Porém, quando as tentativas do trabalhador de se adaptar ao processo de trabalho se esgotam, há a evolução para uma descompensação somática e psíquica.

Quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas, isto é, quando não há nada além das pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inauguram-se a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática), e para a doença. Fala-se, então, de sofrimento patogênico. (DEJOURS *et al* 1994, p.137).

De acordo com Brant e Gómez (2005) o trabalho atualmente, em termos psicológicos, vem se configurando como algo árduo, pesado e, ainda como fonte de competição gerando nos trabalhadores sofrimento, levando-os ao enfrentamento ou a fuga. Para eles são manifestações comuns do sofrimento: fadiga, insatisfação na realização da atividade da vida diária, perda de interesse, dores de cabeça.

O trabalho na atualidade, portanto, além possuir importância social extremamente demarcada, quando não adaptado às necessidades dos trabalhadores,

pode atuar como determinante do adoecimento dos mesmos, afetando fortemente a capacidade dos mesmos para a produção e reprodução da existência de modo digno, demandando ações que ultrapassem o âmbito do particular, e avancem para a formulação de políticas públicas destinadas ao enfrentamento destes problemas.

### **1.1.6 A saúde do trabalhador como marco das políticas de saúde**

Doenças relacionadas ao trabalho já são relatadas historicamente deste há muito tempo, mas só no último século a saúde do trabalhador teve um destaque maior. De acordo com Oliveira (2001), as doenças relacionadas ao trabalho foram descritas no início dos tempos por Hipócrates, Plínio e Agrícola que descreveram quadros de doenças como saturnismo, silicose e outras. Ainda de acordo com estes autores, em 1700, Ramazzini descreveu em sua publicação doenças relacionadas a mais de 50 ocupações.

Segundo Maeno e Carmo (2005) foi no século XVIII, com a Revolução Industrial, que começou a se formar a classe operária, desorganizada, sem direitos ou regulamentação que a protegesse, num contexto no qual o trabalhador vira parte da engrenagem do trabalho, e a doença passa a ser ameaça para o empregador, à produtividade e ao lucro. São com os primeiros ensaios de resistências dos trabalhadores e a necessidades dos empresários em preservar minimamente a mão de obra, que surge a medicina do trabalho, ainda que restrita a uma abordagem clínica, sem preocupar em identificar e alterar os fatores de risco responsáveis pelo adoecimento e morte decorrentes do trabalho.

Em 1831 foi baixada o Factory Act, primeira legislação eficiente no campo da saúde do trabalhador. A partir daí no Séc. XX , através de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) , Organização Mundial da Saúde (OMS) definiram os objetivos e as funções da medicina do trabalho e dos serviços médicos no trabalho. (OLIVEIRA, 2001).

O campo da saúde do trabalhador ganhou maior inserção como preocupação do Estado no Brasil, a partir da segunda metade dos anos 70, durante o qual os sindicatos dos trabalhadores passaram a se preocupar com o tema, incluindo-o nas negociações

trabalhistas referentes às doenças e acidentes de trabalho. Combinadas com o processo de redemocratização do país na década de 80, várias ações foram tomadas no sentido de romper o que estava instituído nesse campo, que era puramente a assistência às situações já existentes. Para isso, foi necessária, além da luta sindical, a participação em conjunto da sociedade e de profissionais da área de saúde. (SANTOS, 2007).

Considerando que a saúde tem o trabalho como um dos fatores determinantes/condicionantes e que a expressiva maioria dos usuários do SUS é constituída de trabalhadores, o artigo 6º, parágrafo 3º, da Lei nº 8080/90 referem que ações de saúde do trabalhador incluem a promoção, proteção e recuperação da saúde. (DIAS ; HOEFEL, 2005)

Neste contexto a saúde do trabalhador está descrita na lei Orgânica da Saúde como:

Conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária , à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores , assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990)

Ainda de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (1990), as ações relacionadas à saúde do trabalhador abrangem as seguintes atividades: assistência às vítimas de acidentes de trabalho, assistência às vitimas de doenças profissionais, participação em estudos relacionados à saúde do trabalhador, participação na avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde do trabalhador no processo de trabalho entre outros.

Com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em março de 1994 e na X Conferência Nacional de Saúde realizada em setembro de 1996, foi recomendada a instituição de normas específicas para a Saúde do Trabalhador. Isto fez com que o Ministério da Saúde assumisse e implementasse a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, conforme definido na Lei Orgânica da Saúde, e que através da

Portaria nº 3908 de 30 de outubro de 1998 se aprovasse e instituísse a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST-SUS. (DIAS; HOEFEL,2005)

A NOST–SUS é uma norma complementar à NOB – SUS 01/ 96 (Norma Operacional Básica) que foi aprovada pela portaria do Ministério da Saúde nº 2203 de 5 de novembro de 1996. Esta norma complementar visa nortear as ações de saúde do trabalhador em todo território nacional. (BRASIL, 2002).

De acordo com esta Norma, reafirmam-se, em relação ao trabalhador, os mesmos princípios do SUS como:

I - **Universalidade e equidade:** Todos os trabalhadores devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde.

II – **Integralidade das ações:** privilegia um modelo assistencial para a ação integral, tanto individual quanto coletiva, buscando prevenir agravos à saúde decorrentes do trabalho.

III – **Direito a informação sobre saúde:** a rede de serviços do SUS deve manter os trabalhadores informados quanto aos riscos e modo de prevenção de acidentes, bem como a melhor maneira de promoção da qualidade de vida.

IV – **Controle social:** todos os trabalhadores têm direito a participação nas etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e determinação da prioridade, atividade de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas.

V – **Regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador:** execução de ações em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade, desde básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional.

VI – **Utilização de critério epidemiológico e de avaliação de riscos do planejamento e na avaliação das ações,** no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos.

VII – **Configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência,** visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.

Apesar de observarmos um grande avanço em relação à formulação de políticas específicas para a saúde do trabalhador, estas se deram num contexto de estabelecimento de novas relações entre o capital e o mundo do trabalho, com conseqüente desemprego, precarização, crescimento do setor informal e perdas dos direitos trabalhistas, levando a competição predatória. Isto se refletiu na mudança do perfil de adoecimento dos trabalhadores, traduzindo-se no aumento de doenças relacionadas ao trabalho, tais como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), e sob a forma de adoecimento mal caracterizado, tais como o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. (DIAS ; HOEFEL, 2005).

Neste contexto, em 2002 o Ministério da Saúde permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) pela portaria 1679 de 19 de setembro de 2002 sendo em 2003 priorizada como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do trabalhador para o SUS. (DIAS e HOEFEL,2005).

Para o Ministério da Saúde a RENASt tem como objetivo integrar a rede de serviços do SUS para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, tentando efetivar no SUS a vigilância em saúde do trabalhador. (Brasil, 2007).

### **1.1.7 O trabalho de enfermagem: prazer x sofrimento**

Buscando a compreensão da enfermagem enquanto trabalho, será discutido a seguir em que consiste o trabalho de enfermagem, a partir da concepção de alguns autores. De acordo com Almeida e Rocha (1997), o trabalho em enfermagem compreende as práticas em saúde articuladas ao modo de produção e às políticas sociais. Parte de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais.

Silva *et al* (1988) pontuam que o trabalho de enfermagem insere-se no trabalho coletivo em saúde, como subsidiário e complementar, transformando o mesmo objeto, particularizando-se pelos mesmos instrumentos que emprega e pelas formas específicas de organização e divisão.

Segundo Kirchhof (2003) a enfermagem, enquanto trabalho, é um dos serviços da saúde e insere-se nesse setor, produzindo e sendo produzida a sua prática conforme as determinações dos serviços. O trabalho de enfermagem sempre se dá na relação que compreende o cuidado ao cliente, ao trabalho com a equipe de saúde e com a instituição de saúde com seus elementos administrativos. (MADUREIRA, 2004)

A enfermagem tem ampliado o seu campo de atuação, absorvendo novas ações de cuidado, de natureza individual e coletiva, responsabilizando-se pela coordenação, supervisão e educação permanente dos elementos da equipe de enfermagem e sendo reconhecido pela sua experiência de administração tanto da assistência como do serviço. (PEREIRA ; ALVES, 2004).

De acordo com Marques e Silva (2004), o trabalho em enfermagem tem sido influenciado pelas inovações tecnológicas favorecendo a sua especialização e fragmentação do seu saber.

Marques e Silva (2004) o conceituam como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, sendo a comunicação o meio de articular as ações e facilitar a cooperação na equipe. Para elas:

A multiprofissionalidade precisa ser entendida em duas dimensões, a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde, e a dimensão subjetiva da referida organização que diz respeito à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador. (MARQUES ; SILVA, 2004, p.547).

De acordo com Carrijo *et al* (2003) na equipe multiprofissional deve-se considerar as interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada profissional, bem como a preservação das respectivas especificidades. Pela sua própria divisão do trabalho e dentro do que é proposto para os processos de trabalho no PSF, destaca-se a característica multidisciplinar da enfermagem.

Pode-se concluir que todas as abordagens sobre o trabalho de enfermagem evidenciam, de alguma maneira, a subjetivação do trabalho como um elemento central.



Seja quanto à dimensão relacional, marca deste trabalho no desenvolvimento de ações de cuidado individual ou coletivo, seja quanto ao seu caráter organizador dos serviços, verifica-se que os fatores subjetivos podem interferir fortemente no andamento do processo de trabalho do enfermeiro.

Da mesma forma, elementos presentes no contexto no qual se desenvolve o trabalho, externo ao trabalhador de enfermagem, ao serem subjetivados, podem se constituir em fonte de satisfação e sensação de dignidade. Ou, ao contrário, podem representar, para este trabalhador, o enfrentamento de situações penosas, que levam ao desgaste e ao sofrimento no trabalho.

Para Aquino (2005), o trabalho pode ser fonte de prazer, satisfação, mas ao mesmo tempo ser gerador de sentimento de alienação e hostilidade, além de doenças profissionais, muitas vezes relacionadas com a fragmentação e competitividade no ambiente de trabalho.

Na organização do processo de trabalho da enfermagem, o profissional está exposto a vários fatores que o leva, muitas vezes, a momentos de prazer e sofrimento, sendo que alguns fatores, como por exemplo, as existências de condições técnicas, facilitam esta relação.

A Teoria da Psicodinâmica do Trabalho nos permite discutir alguns fatores relacionados ao sofrimento psíquico no trabalho da enfermagem. A psicopatologia do trabalho começou a ser estudada depois da segunda guerra mundial e tem como objetivo o estudo clínico da patologia decorrente do trabalho. Os primeiros profissionais a se interessarem por esse tema foram alguns médicos pesquisadores liderados por L.Lee Guillant, e, atualmente, Dejours é a referência neste campo de conhecimentos e práticas.

Nesta vertente de análise sobre a saúde do trabalhador, o sofrimento do trabalhador ocupa posição principal devido aos efeitos que o trabalho gera no trabalhador podendo levá-lo a loucura. (AQUINO, 2005)

De acordo com Ferreira e Mendes (2001), na perspectiva da enfermagem, o prazer e o sofrimento é uma vivência subjetiva do próprio trabalhador, compartilhada coletivamente e influenciada pela atividade do trabalho.

O sofrimento específico no trabalho da enfermagem é superdimensionado, muitas vezes potencializado pelas cargas do cotidiano social do indivíduo em sua vida de relações, o que se configura num deslocamento de sentido, ou seja, numa desarticulação entre sua origem concreta e aquela evidenciada pelos trabalhadores. (GONZALES, 2001, p.56).

Isto aponta para o fato de que muitos profissionais de enfermagem, marcadamente os trabalhadores de nível médio, estão sujeitos não apenas a condições precárias de trabalho, mas também de vida, em função dos baixos salários e da baixa qualificação. Desta forma, soma-se ao sofrimento específico no trabalho a carga de dificuldades da vida social e familiar de um grande contingente de trabalhadores.

Ainda de acordo com esta autora, o trabalho na saúde carrega consigo uma boa dose de prazer, contribuindo para que o trabalhador permaneça na profissão, que representa uma fonte de realização profissional e pessoal. Ele pode ser fonte de prazer e realização, desde que sua organização e processo se delineiem em formas não expropriadas. No cotidiano da enfermagem o prazer e alegria no dia a dia parecem por vezes ficar escondidos, pouco visíveis, tanto para nós quanto para os outros, de modo que se abre um espaço maior na aceitação do sofrimento.

Para Dejours (1992), na relação entre trabalho e saúde do trabalhador, pode-se verificar que o trabalho nem sempre aparece como fonte de doença ou infelicidade. Muitas vezes é operador de saúde e prazer, tendo um papel importante na vida do indivíduo, possibilitando a construção de sua identidade, de sua subjetividade, na relação entre trabalho e o trabalhador.

Ao mesmo tempo Dejours (1988) comenta que o trabalho contém vários elementos que podem gerar sofrimento, entre eles a mecanização e robotização das tarefas. Para ele, a organização do trabalho pode promover sofrimento mental e aspectos como a divisão do trabalho, hierarquia, poder estão diretamente relacionados a este sofrimento.

Neste contexto, a instituição tem um grande papel em relação ao sofrimento uma vez que de acordo com Freitas (1994) instituídos e instituintes travam uma

grande luta que ela chama de luta dos contrários e que ela entende ser o motor da história. Ainda de acordo com esta autora são fontes de sofrimento institucional:

- O fenômeno institucional (local de sofrimento e motivação);
- Indefinição nos limites do papel do sujeito do processo e da própria instituição e por querer fazer emergir esses limites;
- Percepção da possibilidade de esvaziamento da nossa substância enquanto sujeito;
- Restrições e protelações, sujeições e desilusões.

Marcolan (2007) aponta como fatores de risco capazes de afetar a saúde dos profissionais de enfermagem: cultura e função organizacional que pressionam o trabalhador, falta de clareza quanto ao seu papel na organização, baixo desenvolvimento profissional, insignificância na tomada de decisão e controle sobre o trabalhador, relações interpessoais negativas no trabalho, dificuldades na interface lar trabalho. Para ele as relações de trabalho podem ser desagradáveis, gerando frustração, revolta, agressividade.

No que diz respeito à Saúde Coletiva, além dos fatores citados, o autor destaca como forma de sofrimento as condições sociais de um modelo econômico com má distribuição de renda, as políticas públicas para a área de saúde que não contemplam a necessidade de saúde da população.

o trabalho de defender vida em algumas regiões é duro, doído, sofrido. O desgaste do trabalhador de saúde é grande, ainda diferente do desgaste de outras profissões. O contato permanente com a dor, o risco e o sofrimento ativam nossas próprias pulsões vitais. (CAMPOS ; CAMPOS, 2006, p.669-688).

Nunes (2000) considera que o trabalho em saúde caracteriza-se por ser a atividade profissional que tem como agente e como sujeito de sua ação o homem, existindo uma relação estreita entre trabalhador e trabalho, o que favorece este ser fonte de sofrimento ante a limitação da ação técnica, em função da demanda de atenção ao paciente. Na sua construção estão presentes aspectos que o diferenciam dos demais processos de trabalho. Ao mesmo tempo, possui elementos

inerentes a qualquer outro trabalho: as cargas, as obrigações e os riscos. Os profissionais de saúde canalizam energias para seus pacientes, na busca de novos conhecimentos e tecnologias, prestando pouca atenção às suas necessidades pessoais. O trabalho de enfermagem ocorre de forma fragmentada, e a equipe de enfermagem tem dificuldade em perceber, durante a realização de suas atividades e na própria elaboração do seu trabalho, seus resultados e conseqüências na vida desses profissionais, bem como a satisfação pessoal e o reconhecimento de seu trabalho, gerando sobrecarga psíquica.

Além disso, os trabalhadores de enfermagem, durante todo o processo de trabalho, estão em contato com diversas cargas de trabalho entre elas as físicas, biológicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

De acordo com Silva *et al* (1988) as cargas biológicas referem-se ao contato de forma direta ou indireta com agentes microbiológicos; as cargas físicas são representadas pela exposição a irradiações; as cargas químicas ao contato direto e prolongado com agentes químicos; as cargas mecânicas relacionadas à manipulação de pérfuro-cortantes, quedas, agressões; as cargas fisiológicas, estão relacionadas à manipulação de peso excessivo, ao trabalho em pé, posições inadequadas e incomodas, e as cargas psíquicas relacionadas à atenção constante, supervisão estrita, ritmo acelerado, comunicação dificultada, desarticulação de defesas coletivas, agressão psíquica, fadiga, tensão, estresse, insatisfação..

Mas para Gonzáles (2001), nem tudo é sofrimento. Em sua pesquisa a autora revela que os profissionais de enfermagem destacam como fonte de prazer: o serviço fluir sem intercorrências na rotina, a melhora do cliente, a satisfação dos clientes e familiares com os cuidados recebidos. Deste modo, verifica-se que o prazer está estreitamente relacionado à capacidade de proporcionar bem-estar ao outro, indivíduo ou coletividade sob os cuidados do trabalhador de enfermagem.

Se, por um lado, é intenso o desgaste relativo às condições de trabalho e à carga psíquica e física do trabalho de enfermagem, por outro lado, este trabalho é, sem dúvida, uma exceção à forte individualidade e competitividade dos processos de trabalho no marco da reestruturação capitalista, já que é exigida uma boa dose de solidariedade e compreensão para a sua execução.

## **1. 2 O Programa de Saúde da Família e a mudança de modelo - breve relato histórico**

Ao se realizar uma análise histórica sobre as políticas de saúde no Brasil pode-se inferir que essas políticas foram influenciadas pelos modelos econômicos vigentes no Brasil. Rosa e Labate (2005) fazem uma retrospectiva das várias políticas existentes no Brasil, com destaque para alguns períodos. Na primeira República, as metas eram o saneamento de portos e cidades com o objetivo de manter condições sanitárias mínimas e desenvolver as relações comerciais exteriores.

No período Vargas, houve a centralização das políticas de saúde através das “caixas”, culminando em 1933 com a criação do conselho superior da Previdência Social e Departamento da Previdência Social, cuja característica era o acesso aos serviços de saúde apenas para aqueles que contribuíam com as "caixas", sendo ambos, conselho e departamento, geridos pelo Ministério do trabalho.

Em 1966 foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que desvinculou o atendimento da saúde do Ministério do trabalho. Nos anos 70 ocorreu um aumento da estrutura privada de atenção médica, sendo esta financiada em até 80% pelo estado. Ao mesmo tempo a atenção à saúde era ineficiente e não atendia as necessidades dos previdenciários.

No âmbito internacional, aconteceu em 1978 a Conferência de Alma-Ata, que propôs a Atenção Primária à Saúde como estratégia para ampliar o atendimento a todos os seguimentos da sociedade, utilizando técnicas de atendimento que não fossem só clínicas, mas que tivessem uma visão epidemiológica e social.

No período de 1980 a 1983 é o período da crise da previdência social, criação do Prev-Saúde (que não foi colocado em prática) e da declaração pela Organização Mundial da Saúde de que “saúde não é apenas ausência de doenças e sim um completo bem estar físico mental e social.”

Em 1986, no processo de redemocratização política brasileira, foi realizada a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, que propôs uma reforma administrativa e a

unificação das instituições de serviço e cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, que seria responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde .

O ano de 1988 foi um marco no sistema de saúde, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, que traz, no seu capítulo da Seguridade Social, o lema "Saúde é direito de todos e dever do Estado". a Carta Magna foi regulamentada em 1990, através da lei 8080/90 que criava condições de viabilização do Sistema Único de Saúde.

A partir daí foram criadas várias normas operacionais , leis e regulamentos para que se efetivasse o Sistema Único de Saúde. Nesta nova forma de organização, propunha-se também uma nova forma de atendimento a população , onde este atendimento fosse integralizado, tratando o sujeito de forma global.

No entanto, já na década de 90 verificou-se que esta nova estrutura não estava atendendo às necessidades do usuário e as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se necessária a busca por outras formas de atenção, que estivessem mais próximas das necessidades da comunidade, sendo criado em 1994, com forte influência da experiência cubana, o Programa de Saúde da Família. (CARRIJO *et al* 2003 )

Neste Contexto, o Ministério da Saúde (1997) define o PSF como: um modelo de atenção como o objetivo de mudar o modelo hegemônico, centralizado na doença e curativo, que se desenvolve sob a forma de trabalho em equipe dirigidas às populações de territórios previamente delimitados, pelos quais assume total responsabilidade .

De acordo com Franco e Merhy (1999) o PSF tem como objetivos: a reorganização da prática assistencial, onde a atenção está centrada na família favorecendo a compreensão do processo saúde-doença e as necessidades de intervenções que devem ser além das práticas curativas.

Para Santana (2001), embora rotulado de programa, o PSF foge à concepção dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma atividade paralela à unidade de saúde, mas se propõe à integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, além de refletir a valorização da família na agenda

das políticas sociais brasileiras. Não deve ser considerado um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde através da incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população.

Segundo Franco e Merhy (1999) e Santana (2001) o PSF reafirma os princípios do SUS e estrutura a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma:

- **Caráter Substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviço exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço, e sim a substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo principal é a vigilância à saúde.
- **Integralidade e Hierarquização:** A USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde a atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** Trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de no máximo 4500 pessoas.
- **Equipe Multiprofissional:** A equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe numa proporção média de um agente para cada 550 pessoas.

O novo formato da assistência proposto no âmbito do PSF tem na sua cartografia a centralização do espaço territorial, que delimita a área de responsabilidade de uma determinada equipe, e é por excelência o lócus operacional do programa.

Em relação às equipes o Ministério da Saúde (2004) destaca que devem ser compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e

seis ACS, e cada equipe se responsabilizará pelo acompanhamento de 3 a 4 mil pessoas ou 500 famílias de uma determinada área previamente determinada.

De acordo com Franco e Merhy (1999), no processo de trabalho as funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas, e atendimento no consultório pelo médico e o enfermeiro. As equipes devem ser preparadas histórica, teórica e administrativamente para comportar esse novo processo de assistir

No trabalho em equipe cada profissional deve responder pelas ações que executa e, ao mesmo tempo, em um âmbito de co-responsabilidade, responde também pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe, devendo buscar a integralidade das ações. (COSTA *et al*, 2007).

Em relação à operacionalização de acordo com o Ministério da Saúde (1997), as equipes deverão fazer cadastramento das famílias pelas quais são responsáveis para fazer um diagnóstico identificando: características sociais, problemas de saúde e situações de risco a que estão expostas. Deverão também prestar assistência integral, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento. Dos problemas identificados.

### **1.2.1 O Papel do Enfermeiro no PSF**

De acordo com o Ministério da Saúde (1977), são atribuições do enfermeiro no PSF executar, no nível de suas competências, as ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária na área de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, com vista ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável; discutir de forma permanente, com a equipe de trabalho e a comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; participar do processo de programação e planejamento das ações e da



organização do processo de trabalho das unidades de saúde da família; capacitação dos ACS, auxiliares de enfermagem numa visão holística e humanizada.

Para Benito *et al* (2005) ao enfermeiro do PSF cabem atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Sendo o gerente da assistência de enfermagem, ele deve ser gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências introduzindo inovações à equipe definindo responsabilidades.

Segundo a pesquisa por eles realizada, as competências necessárias ao enfermeiro do PSF são: conhecimento sobre as políticas de saúde, princípios do PSF, conhecer a clientela assistida, a demanda dos serviços, área de abrangência da USF.

Segundo Costa *et al* (2006) dentro do PSF a enfermagem está presente na produção de serviços como instrumento de trabalho, não mais do trabalho médico e sim do trabalho em saúde coletiva. Observa-se que o enfermeiro realiza diversas atividades, predominando visitas domiciliares, orientações relativas ao puerpério, à gestante, e à saúde da criança, curativos, consultas de enfermagem, supervisão e coleta de teste de pezinho, terapia de reidratação oral, checagem e reposição de material de urgência e atividades educativas.

Neste contexto, supostamente, o trabalho do enfermeiro no PSF deveria estar gerando situações de prazer no seu trabalho, uma vez que o proposto pelo Ministério faz com que ele mude o foco de atenção, antes centrado no modelo biomédico e passe a valorizar o sujeito enquanto cidadão, não apenas enquanto doente, mas também em sua vida produtiva, gerando também satisfação ao usuário por estar trabalhando na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos. Desta forma, o trabalho no PSF seria a oportunidade de concretização de ideais históricos da enfermagem, reafirmados no contexto de novas políticas de saúde e da instituição de novas formas de cuidar.

Mas, ao contrário do proposto, pensamos que o trabalho no PSF está fazendo com que o enfermeiro se sinta desvalorizado, quer seja no processo de trabalho, quer seja nas relações com o empregador e com a equipe. Vale lembrar que, na maioria das vezes a sua situação como empregado o leva a aceitar contratos de trabalho precários, sem os direitos trabalhistas propostos pela CLT, e ainda exposto ao risco de

problemas de origem política, podendo ser demitido a qualquer momento, se os dirigentes assim resolverem. Acresce a isto a questão salarial, que não corresponde às necessidades do trabalhador, sendo o nível salarial da enfermagem muito abaixo do oferecido ao médico, embora ambos tenham a mesma jornada de trabalho, e processos de trabalho com muitas atividades compartilhadas.

Desta forma, o trabalho da enfermagem no PSF ainda está em processo de construção, e apresenta problemas que podem afetar negativamente o trabalhador, e merecem ser examinados numa perspectiva que evidencie onde estão os possíveis nós críticos no seu dia a dia de trabalho.

Recentemente, o PSF passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas por uma questão de melhor entendimento (e porque o nome PSF é mais conhecido por todos), mantereí durante o trabalho o termo PSF, também para não confundir com o conceito de Equipes de Saúde da Família (ESF).

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de pesquisa**

Esta pesquisa é um estudo de natureza qualitativa de característica descritiva, tendo como técnica de coleta de dados a entrevista. Utilizou-se para tratamento de dados a análise de conteúdo, e a dialética como referencial metodológico.

Os resultados são discutidos com base nas experiências da vida real dos enfermeiros do PSF. Segundo Polit (2004), este tipo de estudo permite ao pesquisador conceituar e explicar fenômenos sociais, a partir das informações oferecidas pelos sujeitos envolvidos à medida que emergem.

O caráter descritivo de um estudo é dado pela finalidade, também segundo Polit (2004) de “*observar, descrever e documentar os aspectos da situação*”. Tendo em vista a obtenção da descrição das situações geradoras de vivências de prazer e/ou sofrimento no trabalho, o foco das entrevistas foi o dia a dia de trabalho do enfermeiro no PSF. No decorrer da entrevista, buscou-se aprofundar a compreensão sobre estas vivências, estimulando os sujeitos a explicitarem suas próprias explicações sobre as causas destas situações, e sobre a forma como as enfrentam.

### **2.2 Referencial metodológico**

Como referencial teórico metodológico para a discussão foi utilizada a dialética, cujas origens remontam à Grécia antiga, época na qual se desenvolvia como a arte do diálogo, para que este fosse capaz, por meio da argumentação, de distinguir os conceitos envolvidos na discussão. Na acepção moderna é definida como “o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”. (KONDER, 2006, p.8).

A dialética também foi debatida em Trivinos (1987), que conceitua materialismo dialético como base filosófica do marxismo, e como tal, tenta buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do

pensamento, baseando-se numa interpretação dialética do mundo, e que tem como concepções científicas a prática social da humanidade. Para este autor, o materialismo dialético não só tem como base seus a matéria, a dialética e a prática social, mas também aspira ser a teoria orientadora da revolução do proletariado, tendo como propósito fundamental o estudo das leis mais gerais que regem a natureza, a sociedade e o pensamento e, como a realidade objetiva, se reflete na consciência. Mostra como se transforma a matéria e como se realiza a passagem das formas inferiores às superiores. Ressalta na teoria do conhecimento a importância da prática social como critério de verdade.

De acordo com Egrey (1996), a teoria marxista descreve que o materialismo dialético estuda a relação que existe entre o pensamento e o ser, respondendo a perguntas sobre o que é mundo em geral e quais são as leis universais do movimento e do desenvolvimento que reina. A autora explicita que a lógica dialética parte do princípio da contradição, segundo o qual a realidade é essencialmente processo, mudança, uma vez que o mundo se transforma, inclusive a história. Neste caso, como a lógica, admite a possibilidade de um objeto ser ao mesmo tempo e sob o mesmo aspecto, igual e diferente de si mesmo e que só se realiza plena e rigorosamente na captação total do movimento histórico em suas contradições constituintes, e só assim consegue o distanciamento necessário do materialismo vulgar.

Minayo (2003) descreve os princípios sobre os quais o método dialético trabalha baseados nas contribuições de Hegel e do marxismo:

- Cada coisa é um processo, as coisas, as relações, as idéias se transformam em virtude das leis internas de seu autodinamismo;
- Há um encadeamento nos processos. O que vem é uma promessa, poderá ou não acontecer, mas nunca será uma repetição;
- Cada coisa trás em si contradição e se transforma em seu contrário, cada coisa é ao mesmo tempo ela própria e seu contrário;
- Nos processos de transformação, as mudanças são quantitativas e qualitativas.

Considero que o processo de trabalho de enfermagem é um objeto em relação ao qual uma abordagem dialética é adequada, já que é uma prática social e que prevê a relação entre pessoas, saberes e por entender que as demandas por mudanças

encontram possibilidades na busca das contradições, evidenciadas pela reflexão sobre a realidade.

Ao abordar vivências de prazer e sofrimento no âmbito do trabalho de enfermagem, estou buscando compreender processos de conflito e contradição, determinados e auto-determinados. Também no que se refere às estratégias que os enfermeiros tecem para enfrentar estas vivências, a abordagem dialética permite problematizar os resultados obtidos.

Este tipo de análise justifica-se na medida em que busco identificar situações que afetam negativamente ou positivamente o bem estar e a integridade do trabalhador, e avançar na utilização de recursos que auxiliem na explicação e clareza das situações de trabalho, a fim de que o próprio trabalhador, sujeito da pesquisa, possa participar nesta identificação e seja capaz de olhar criticamente seu cotidiano de trabalho.

### **2.3 Cenário de Pesquisa**

Ipatinga está situada na região leste de Minas Gerais, a 200 km de Belo Horizonte e faz parte do que se chama de Vale do Aço. O Município abrange parte da bacia do Rio Doce (Piracicaba e Ribeirão Ipanema), e faz divisa com os Municípios de Coronel Fabriciano, Santana do Paraíso e Ipaba. Tem uma altitude de 200m acima do nível do mar, com uma superfície de 166,5 km<sup>2</sup>, com clima tropical sub-quento e sub-seco, sendo a temperatura média anual de 23°C, a umidade relativa do ar entre 78,2% no inverno a 84% no verão. (PMI, 2007)

A população do Município é de cerca de 227 mil habitantes (projeção do IBGE), sendo uma cidade cuja principal fonte de renda é o setor terciário, através da siderurgia com a presença da USIMINAS (Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais).

Em relação à infra-estrutura Ipatinga é uma cidade bem planejada com avenidas largas tendo aproximadamente 98% das vias pavimentadas, a iluminação pública atende a 99% da população, a água é tratada pela COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais) e atende a 99% da população, o esgoto é tratado em quase 100% pela mesma empresa, com a presença no Município de uma estação de tratamento de esgoto.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Ipatinga (PMI, 2007), mesmo se tratando de uma cidade que se desenvolveu ao redor de uma siderúrgica, o Município apresenta uma das maiores áreas verdes por habitantes do Brasil, e conta ainda com várias cachoeiras e lagoas.

A educação é desenvolvida em uma ampla rede de escolas públicas e particulares nos níveis de ensino fundamentais e médio, e conta ainda com várias faculdades na área de saúde entre elas uma de medicina, duas de fisioterapia, três de enfermagem, três de farmácia, nutrição, biomedicina, fonoaudiologia, e várias outras nas áreas sociais e humanas.

Quanto à saúde, o Município encontra-se na modalidade de Gestão Plena do Sistema, e possui uma rede de 18 Unidades Básicas de Saúde, 01 Policlínica para atendimento secundário, 01 Centro para atendimento de portadores de sofrimento mental, 01 Pronto Socorro Municipal. O atendimento de urgência é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com atendimento 24 horas, apresentando equipes para atendimento básico e intensivo. Além do atendimento pelo SUS, o Município conta também com uma extensa rede privada, com um hospital privado de grande porte e que apresenta certificado de acreditação com excelência expedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo que esta instituição é conveniada ao SUS.

O serviço de atenção básica do município está organizado da seguinte forma:

- 04 Unidades básicas convencionais: Unidades de Saúde de Veneza, Canaã, Jardim Panorama, Cidade Nobre;
- 14 Unidades de Saúde da Família e seus respectivos números de equipes: Bethânia (3 equipes), Bethânia II (3 equipes), Barra Alegre (01 equipe), Bom Jardim (3 equipes), Bom Jardim II (01 equipe), Bom Retiro (03 equipes), Esperança (03 equipes), Esperança II (03 equipes), Iguaçu (04 equipes), Limoeiro (03 equipes), Nova Esperança (01 equipe), Vale do Sol (02 equipes), Vila Militar (04 equipes), Vila Celeste (03 equipes).

O Município possui ainda a Farmácia Verde, onde são produzidos medicamentos fitoterápicos e disponibilizados em todas as farmácias das Unidades de Saúde, Policlínica e Pronto Socorro.

O cenário desta pesquisa foi constituído por quatro Unidades de Saúde da Família do município de Ipatinga – MG, cujo critério de seleção foi o de garantir a participação de Unidades com períodos de instalação diversos, identificando um conjunto que contemplasse as de instalação inicial, de tempo médio e recente. As Unidades selecionadas foram:

- USF Vila Celeste, com cinco anos de implantação. Caracteriza-se por ser além de Unidade de Saúde da Família apresentar atendimentos referentes às unidades básicas como sala de imunização, curativos e administração de medicamentos e também atendimento de serviço social, psicólogos e consultório odontológico. A sua área de abrangência comporta uma é composta pelos bairros: Furquilha, Tiradentes, Vila Celeste. Esta região é uma área de pessoas com grande maioria de poder aquisitivo baixo e grandes usuários do serviço público. Tem uma área física com instalações novas, fácil acesso, corredores amplos, arejada. Abriga três equipes, cada uma com consultório para médico e enfermeiro, , além de sala de acolhimento individual.
- USF Bom Retiro, com dois anos de implantação. Sua principal característica é estar localizada em uma região onde as pessoas tem um bom nível sócio econômico, cuja área de abrangência estão incluídos os bairros Cariru, Horto, Imbaúbas, Castelo, além do próprio Bom Retiro, onde a maioria dos moradores trabalha na Usiminas, possui plano privado de saúde e utiliza os serviços do hospital. Além desta característica econômica, esta unidade está localizada na região onde estão instalados o Hospital Marcio Cunha e o Campus da Saúde do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Unileste MG. Desenvolve atividades de imunização, curativos, administração de medicamentos, além de atendimento de serviço social e psicólogo. Assim como a Unidade da Vila Celeste, a sua área física caracteriza-se por uma construção ampla e moderna, com espaço físico adequado, amplos corredores, boa ventilação. Em sua

estrutura física foram instaladas três equipes, com consultórios individuais e sala de acolhimento para cada equipe.

- USF Bethânia com um ano de instalação é uma das mais novas unidades onde foi instalado o PSF. Esta unidade de saúde está localizada em uma área de baixo poder aquisitivo, muito populosa. Assim como as demais, esta unidade também apresenta em sua área física atividades de curativo, administração de medicamentos, imunização, atendimento pelo serviço social e psicólogo. Sua área física foi reformada recentemente, e assim como as outras e comporta três equipes.
- USF Esperança tem três anos de instalação como USF, e está localizada em uma região onde a população é muito grande, com baixo poder aquisitivo. Em sua área física conta com sala de medicação, imunização, curativo, administração de medicamentos, atendimento pelo serviço social e psicólogo. Assim como a unidade do Bethânia, foi reformada recentemente e abriga três equipes.

## **2.4 Sujeitos de pesquisa**

A idéia inicial era a de buscar um conjunto de 30 entrevistas individuais. No entanto, diversas dificuldades operacionais foram ocorrendo no período anteriormente previsto para a coleta de dados, em função da conjuntura política local, levando-me a optar por realizar o estudo em um conjunto mínimo de Unidades que representassem períodos de implantação diversificados, como já explicado.

Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiros das quatro Unidades de Saúde da Família selecionadas, de um universo de 12 enfermeiros, em função do afastamento por férias de 2 enfermeiros. As características deste grupo são: predominância do sexo feminino, faixa etária predominante no grupo considerado economicamente ativo, trabalhando a menos de cinco anos no PSF, a maioria não possui vínculo empregatício estável e não possui formação específica na área (Tabela 1).



**Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos do estudo**

Indicadores	Frequência	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	01	10
Feminino	09	90
<b>Idade</b>		
20 – 30	07	70
31 – 35	00	00
36 – 40	01	10
41 – 45	01	10
46 – 50	01	10
51 e mais	00	00
<b>Tempo de Atuação no PSF</b>		
1 – 5	10	100
6 – 10	00	00
<b>Tipo de Vínculo</b>		
Estável	02	20
Contrato	08	80
<b>Formação específica na área</b>		
SIM	03	30
Não	07	70
<b>Número de empregos</b>		
01	10	100
02	00	00

Fonte: sujeitos da pesquisa,2007

A seleção dos sujeitos foi realizada através de sorteio entre os enfermeiros destas unidades que se encontravam trabalhando no período da pesquisa, uma vez que, por ser um período de férias, vários enfermeiros do serviço estavam usufruindo deste direito. A identificação destes profissionais foi realizada pela coordenação do PSF no município.

Após o sorteio, ficou definido que seriam entrevistados na seguinte ordem e número de profissionais: USF Bom Retiro (03 enfermeiros),USF Vila Celeste (03 enfermeiros), USF Bethânia (02 enfermeiros), USF Esperança I (02 enfermeiros)

A coleta de dados ocorreu no período de 05 a 25 de julho de 2007 seguindo as seguintes etapas:

- Contato prévio com os enfermeiros por telefone, marcando o horário que seria melhor para eles receberem o pesquisador;
- Esclarecimento sobre como seria a entrevista, antes da realização da mesma, reafirmando o sigilo das informações e a liberdade de cada sujeito em responder ou não às perguntas;
- Leitura e orientação sobre o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Realização da entrevista propriamente dita, com registro gravado.

## 2.5 Coleta e registro dos dados

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado. De acordo com Neto (1994), o roteiro se justifica em função de a entrevista não se tratar apenas de uma conversa a dois, mas sim de um relato sobre fatos, pelos atores que vivenciam uma determinada realidade, e que se caracteriza pela valorização da linguagem e da fala, onde se podem obter dados objetivos e subjetivos. O roteiro encontra-se nos Anexos deste Relatório.

O roteiro foi elaborado de forma a ser suficientemente aberto para permitir a livre expressão das vivências, e ao mesmo tempo, com algum foco nas situações de prazer e sofrimento. A utilização destas palavras nas perguntas – sofrimento e prazer no trabalho – foi intencional nesta pesquisa, não sendo as vivências obtidas a partir de relatos gerais que pudessem ser *a posteriori* considerados como de prazer ou sofrimento, e sim trazidas pelos sujeitos a partir de sua própria classificação.

O registro das entrevistas foi realizado com gravação, através de aparelho fonográfico, sendo realizada a transcrição posterior, mantendo-se a fidelidade às falas dos entrevistados. Por ser uma entrevista semi-estruturada, a primeira parte é composta por questões que envolvem dados que nos permitiram fazer a caracterização do grupo estudado. Na segunda parte, procurei estimular os sujeitos a falarem e descreverem situações específicas do seu trabalho no PSF.

## 2.6 Organização e análise dos dados

A análise de dados foi realizada através da análise de conteúdo proposta por Bardin que a define como:

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 influência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.(BARDIN,1997,p. 27)

Ainda de acordo com esta autora, o interesse não reside na descrição do conteúdo, mas sim no que estes poderão nos ensinar após serem tratados relativamente a outras coisas. Os saberes deduzidos dos conteúdos pode ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica, entre outras. Para Bauer (2002) trata-se de uma forma de analisar textos, dentro das ciências sociais.

Considera-se que a transcrição da descrição das atividades e do processo de trabalho pelos enfermeiros do PSF, assim como das vivencias de prazer e sofrimento, constitui-se num texto ou relato, cujo conteúdo permite ao pesquisador avançar na compreensão sobre o impacto destes fenômenos na saúde destes trabalhadores.

Para desenvolvimento da análise de conteúdo Oliveira (2005) destaca alguns conceitos :

- Unidade de codificação ou registro: Uma palavra ou frase do texto, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise (UR);
- Unidade de contexto: aqueles elementos que permitem compreender a significação dos itens obtidos repondo-os no seu contexto;
- Análise categorial: Considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido;
- Inferência: Uma operação lógica através da qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas e verdadeiras.

- Condições de produção: campo de determinações dos textos, intencionalidade subjacente à produção de uma mensagem.

Bardin (1977) define como técnicas de análise utilizadas na análise de conteúdo a análise categorial, a análise de avaliação, a análise de enunciação, a análise de expressão, a análise das relações ou associações, e a análise de discurso

Neste trabalho foi utilizada a análise categorial, através da técnica de análise temática, que é constituída pela a contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada (OLIVEIRA, 2005).

Como forma de tratamento de dados foram utilizadas planilhas para operacionalização da análise de conteúdo, proposta por Oliveira (2005) e para a caracterização dos sujeitos da pesquisa utilizou-se tabelas. Os quadros-síntese da construção de categorias encontram-se nos Anexos deste Relatório.

Para a construção das categorias, foi elaborado um quadro preliminar, no qual registrei as unidades de registro e temas identificadas após análise das transcrições. O Quadro A traz a síntese desta organização preliminar. Nele, a primeira coluna traz o código conferido a cada frase que aparecia nas entrevistas, numerado em ordem crescente. Na segunda coluna foram identificados os temas ou unidades de significação, também quantificadas segundo o número em que apareciam nas entrevistas, Na terceira coluna são colocadas quantas vezes cada tema surgiu em cada entrevista, e finalmente foi realizada a soma destes temas nas entrevistas.

No Quadro B é apresentado o demonstrativo da construção das categorias, elaborada através de uma análise quantitativa, retirando do Quadro A aqueles temas e unidades de significação que mais apareceram nas entrevistas. Em seguida estes temas foram agrupados de acordo com a semelhança de assuntos, e finalmente categorizados em função do significado mais amplo.

Após as etapas de caracterização dos sujeitos e análise categorial, foram conformadas quatro categorias analíticas, e realizada a discussão, com base no referencial da dialética. Nesta discussão, buscou-se apresentar as situações descritas e problematizá-las quanto à sua dimensão de produção social, repleta de contradições, e discutindo-as à luz do referencial teórico do estudo.

## **2.7 Aspectos éticos**

O estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo autorizado o seu desenvolvimento através do Parecer que compõe os Anexos desta dissertação.

De posse da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga a solicitação oficial para a realização da pesquisa, sendo a mesma acompanhada pela cópia do Projeto de Pesquisa e do Parecer de aprovação. Após liberação pela SMS – Ipatinga, cuja carta segue nos Anexos, foram iniciadas as entrevistas.

Antes da realização de cada entrevista, foi explicado ao entrevistado o objeto e objetivos da pesquisa e solicitado que lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta dissertação, bem como que o assinassem, respeitando os aspectos éticos e legais de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 O trabalho do enfermeiro no PSF e as situações de prazer e sofrimento

Nesta categoria o número de URs foi de 1243, o que correspondeu a 39,9% do material analisado. Foi a categoria com maior número de temas, sendo que na primeira análise, foram identificados 8 temas, reorganizados, após revisão, em três: i) o trabalho do enfermeiro no PSF; ii) a relação com a equipe e iii) a relação com o Agente Comunitário de Saúde. O Quadro 1 sintetiza a distribuição das URs segundo entrevistas, organizadas por temas:

Quadro 1 – Unidades de Registro e Temas – O trabalho do enfermeiro no PSF

Temas de Unidade de Significação	Nº UR	% UR	Categorias	Nº UR Categorias	% UR Categorias	Códigos/ Temas
<b>Trabalho na ESF</b>	<b>202</b>	<b>4, 9</b>	<b>O Trabalho do Enfermeiro do PSF e as situações de prazer e sofrimento no trabalho</b>			
<b>Competência do enfermeiro</b>	<b>190</b>	<b>4, 6</b>				
<b>Consulta de enfermagem</b>	<b>186</b>	<b>4, 5</b>				
<b>Dificuldade na realização do trabalho na ESF</b>	<b>146</b>	<b>3, 5</b>				
<b>Rotinas – organização do serviço do serviço</b>	<b>143</b>	<b>3, 5</b>		<b>1243</b>	<b>39, 9</b>	<b>24, 17, 6, 26, 16, 5 15, 9</b>
<b>Trabalho do enfermeiro</b>	<b>134</b>	<b>3, 3</b>				
<b>Dúvida se na realização do trabalho e função do enfermeiro</b>	<b>136</b>	<b>3, 3</b>				
<b>Conduta de enfermagem na realização do trabalho</b>	<b>106</b>	<b>2, 6</b>				

### 3.1.1 O trabalho do enfermeiro na Unidade de PSF

Nesta categoria discute-se a forma como se desenvolve o trabalho do enfermeiro no PSF. Na estratégia do PSF, o trabalhador da saúde é operador do cuidado, atuando como clínico, vivendo a tensão da produção de procedimentos *versus* a produção de cuidado. Atua também como gerente no processo de cuidar, vivendo a tensão do trabalho de equipe em oposição ao trabalho especializado, mais individualizado. (MATUMOTO *et al*, 2005).

O ambiente de trabalho é um local complexo, onde participam vários atores, gerentes, profissionais de saúde e usuários formando um território onde se dá o trabalho em saúde.

Este território, que Merhy (1997) descreve como lugar de fabricação do modelo de saúde, é espaço de disputa e de constituição de políticas, que são realizadas através da ação de atores sociais distintos, por meio do trabalho vivo em ato.

Como já foi discutido, o trabalho do enfermeiro se insere dentro do PSF devido à especificidade da profissão, voltada para a execução de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Segundo pesquisa realizada por Costa (2006) e por Faustino *et al* (2004), o enfermeiro no PSF realiza diversas atividades, entre as quais: visita domiciliar, orientações, além de curativos, supervisão de enfermagem, educação para a saúde. Esta caracterização coincide com o que foi identificado na pesquisa, segundo os sujeitos:

Enf 1 - “primeiramente, quando eu chego à unidade de saúde eu vou diretamente para o meu acolhimento [...] a tarde ficou estabelecido que seja para os programas”.

Enf 2 – “eu saio para rua, faço grupos, faço visitas domiciliares. Esta semana atendi uma puérpera do terceiro filho, e ao visitar vi que atendi todos os seus três filhos após o nascimento.”

Enf 3 – “... então aconteceu uma vez que estava na rua, eu e a auxiliar de enfermagem retornando de um grupo operativo com hipertensos na igreja [...] ai uma usuária parou a gente no meio do caminho...”.

Estes depoimentos evidenciam algumas características do trabalho do enfermeiro no PSF, apresentando várias formas de concretização do cuidado, por meio de

estratégias, entre elas o acolhimento, a visita domiciliar ou a realização do grupo operativo.

Estas atividades são importantes no que diz respeito às propostas de mudança no atendimento ao usuário, uma vez que tentam quebrar a hegemonia do modelo biomédico, utilizando formas de cuidado que passam do físico individual para uma atenção coletiva, além de facilitar o acesso e a integralidade. O enfermeiro, no seu trabalho, também deve ser um ator social na transformação das pessoas fazendo com que as mesmas se tornem cientes dos seus direitos e deveres.

No PSF as atividades do enfermeiro são realizadas a partir do trabalho prescrito tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nesta perspectiva, a normatização é centrada na produção de procedimentos, e não em dimensões de acolhimento ou humanização. Ferreira e Mendes (2001) consideram que este tipo de prescrição caracteriza um trabalho imperfeito, que provoca a perda de eficácia, e leva ao sofrimento profissional. Trata-se de atividades nas quais a subjetividade se impõe, subjetividade essa que é observada na execução do cuidado, através da valorização dos saberes, sentimentos, emoções e experiências das pessoas, gerando, neste caso, situações que levam ao prazer no trabalho.

De acordo com Filho *et al* (2001), a subjetividade adentra no âmbito da mobilização, estando aí inseridos os comportamentos, sentimentos, emoções, percepção, memória, relações sociais, dentre outros elementos, que decorrem de uma construção e modelação que se dá no registro social, desenvolve-se em função da sua interação com o grupo, sendo entendida como modo de ser moral do trabalhador, mediado pelo poder nas relações de trabalho.

Vejamos, por exemplo, a descrição, pelos sujeitos, da realização do acolhimento, segundo os depoimentos a seguir:

Enf 1 – “eu participo muito do acolhimento [...] eu gosto de ficar no acolhimento porque lá eu fico percebendo o tipo das pessoas, como as pessoas agem, [...] eu gosto muito do acolhimento e participo”.

Enf 6 – “porque não existe dia para o acolhimento, o acolhimento são todos os dias, qualquer horário”.



Enf 7 – “a gente faz a marcação da consulta, acolhe mesmo o paciente, procura saber qual é a queixa dele, e depois a gente encaminha para uma consulta médica ou de enfermagem”.

Verifica-se, nas falas, como a subjetivação do trabalho pode ser fonte de prazer e satisfação, e como o enfermeiro incorpora esta ação no seu dia a dia, não como um procedimento isolado, mas como dimensão permanente do cuidado. Não há dia nem hora para o acolhimento.

O acolhimento pode ser considerado uma tecnologia no processo de trabalho de saúde, definido por Franco *et al*:

dispositivo que interroga processos intercessores que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo o lugar que há relações clínicas em saúde; além de expor a rede de petições e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimento de saúde interrogando centralmente as relações de acessibilidade.(FRANCO *et al*, 2006,p:39)

O acolhimento foi incorporado à organização do trabalho no PSF, e atua como forma de criar vínculo, o que deveria ser responsabilidade de toda a equipe, mas que, de acordo com os depoimentos, ficou restrito à equipe de enfermagem – enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

Essa forma de atuar significa a utilização de tecnologia leve no trabalho de enfermagem, e é a efetivação do trabalho vivo em ato, uma vez que a enfermagem trabalha com tecnologias de relações. Através dessas, relações o profissional de enfermagem vai promover a satisfação das necessidades dos indivíduos, e os valoriza como potentes para intervirem na concretização do cuidado. (ROSSI ; LIMA, 2005,).

O trabalho do enfermeiro no acolhimento, apesar de realizado segundo normas - portanto trabalho prescrito – vai além da prescrição. Podemos caracteriza-lo também como trabalho real, já que, de acordo com Dejours (2005), o trabalho real considera vivências e situações que não podem ser obtidas no trabalho prescrito, além de poder ser transformado.

Neste contexto, o acolhimento realizado pelo enfermeiro o coloca frente a frente com situações onde os usuários encontram-se constantemente lidando com o estresse da vida cotidiana, onde muitas vezes as suas necessidades não são atendidas, gerando conflitos, dificultando o diálogo no atendimento às necessidades de saúde deste usuário. Isto poder gerar, muitas vezes, situação de violência e consequentemente diminui a força da ação do enfermeiro no cuidado, levando à insatisfação das partes e a mecanismos de defesa do enfermeiro como indiferença e apatia. Esta situação de violência pode chegar a extremos: recentemente, no Município deste estudo, um auxiliar de enfermagem foi agredido a facadas por um usuário insatisfeito.

De acordo com Marziale (2004), a enfermagem vem sofrendo violência de diversas formas, através de humilhações, agressões e homicídios em seu local de trabalho, sendo contribuintes para estas ocorrências a quantidade insuficiente de pessoal (no caso do PSF, de consultas médicas), a formação inadequada e o desenvolvimento do trabalho em áreas de risco (como áreas de venda e tráfico de drogas).

Este tipo de atividade pode se tornar também um trabalho fatigante. De acordo com Dejours (1994), quando a energia psíquica se acumula e se torna fonte de tensão e desprazer, a carga psíquica cresce, gerando o sofrimento como pode ser observado na fala a seguir:

Enf 1 – “eu sofro muitas vezes porque eu fico sem saber se esse procedimento que eu tenho que realizar é meu, mas tenho que atender [...] a gente está sendo pressionada para participar em muitas coisas fora do meu horário de serviço e não pagam hora extra [...] existe muita cobrança de produção, tá baixo isso, tem que aumentar aquilo [...] até o vínculo que a gente tinha com outros enfermeiros acabou”.

De acordo com Santos (2007), existem vulnerabilidades que localizam o PSF como estratégia de trabalho que se inscreve no processo de ajuste neoliberal. A forma como está organizado hoje re-instituiu a precarização, e a submissão da divisão técnica à divisão social do trabalho. O enfermeiro se vê sujeito a cumprir atividades estabelecidas por metas pré-definidas, quase sem permeabilidade, e a organização do trabalho privilegia tempo e movimento, colocando os trabalhadores diante do desafio

de cumprir metas de produção do cuidado, além das outras atividades propostas pelo serviço (reuniões, demandas não previstas).

Outra atividade realizada por este profissional no PSF é a consulta de enfermagem. A consulta de enfermagem é uma atividade realizada privativa desta categoria. Foi legalmente instituída através da Lei de Exercício Profissional da Enfermagem nº. 7498/86, e através da Resolução nº. 159/92, que normalizam a operacionalização da consulta de enfermagem.

a consulta de enfermagem é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente caracterizando, dessa forma autonomia profissional. Essa atividade por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, servindo como meio para documentar a sua prática. (CARDOSO, 2002, p. 2.).

Neste estudo, a consulta de enfermagem é assim descrita pelos sujeitos:

Enf 1 – “A consulta de enfermagem funciona da seguinte forma: no acolhimento o auxiliar de enfermagem identifica a necessidade de consulta e passa esse paciente para mim. Eu faço a anamnese, o exame físico e a medicação e os exames eu prescrevo se estiver dentro do protocolo”.

Enf 4 – “Na consulta de enfermagem eu vou digitando tudo o que o paciente fala, não perco uma palavra, porque cada palavra é importante para mim porque ajuda muito no diagnóstico. Ajuda muito a gente, para ver o que está acontecendo, o passado dele principalmente os familiares, se for hipertenso, pergunto se na família dele tem alguém hipertenso [...] a gente enquanto enfermeira escuta muito, fica parada, escutando, não pode perder informação”.

Enf 9 – “Primeiro eu ouço as queixas, a pessoa relata as suas necessidades [...] mas eu faço a consulta do jeito que eu posso, no caso de prescrever, orientar, acima de tudo orientar, uma pequena palestra ou um esclarecimento. Tem pessoas que vem mais para orientar [...] o mais necessário na nossa consulta, porque para o enfermeiro, a parte principal nossa é a educação, ou seja, a orientação”.

Nesta falas podemos identificar o que Cardoso (2002) descreve através de pesquisa por ela realizada em relação à consulta de enfermagem: pode ocorrer a participação ativa do cliente, trocas de saberes e informações visando a promoção do auto-cuidado, além de definir metas e objetivos a serem atingidos. A autora demonstra também a importância da consulta de enfermagem como um processo educativo, no qual, através da interação enfermeiro-paciente, pode-se avançar na mudança da realidade de saúde de uma comunidade, além de proporcionar ao enfermeiro autonomia profissional, com atuação direta e independente.

As consultas de enfermagem dentro do PSF colaboram para o desenvolvimento de atividades nas quais o cliente é visto de forma integral, utilizando o saber clínico como instrumento, mas de modo que a integralidade da assistência seja contemplada. De acordo com Silveira e Marin (2006), ainda prevalece, na avaliação de enfermagem, a identificação de necessidades biológicas do paciente, sendo esta justificada pelas práticas tradicionais em relacionar apenas os aspectos clínicos epidemiológicos no planejamento das intervenções.

Outro problema é que, de acordo com Albuquerque e Stotz (2004), as outras práticas, como educação em saúde, são pouco utilizadas pelos profissionais de saúde até mesmo pelo próprio desconhecimento de como utilizá-las, ou pelas cobranças gerenciais de produção, gerando indisponibilidade no tempo para estas ações.

A consulta de enfermagem pode-se tornar fonte de sofrimento. O enfermeiro se depara com várias realidades, relacionadas ao modo de vida do usuário, com suas questões sociais (falta de emprego, baixos salários,), ou ainda relacionadas à própria patologia, como sofrimento e dificuldades de aderir ao tratamento. Estas situações geram angústia e ansiedade nos profissionais de enfermagem durante a consulta, por não conseguir garantir a resolutividade ou por não possuir autonomia para interferir nestas situações de vida.

Esta situação nos remete a Marcolan (2006), que aponta que, ao exercer o cuidado, o trabalho pode ser fonte de sofrimento quando as suas condições não favorecem a sua execução de forma satisfatória e adequada. Ao mesmo tempo, a consulta de enfermagem pode trazer prazer na sua realização, quando são identificados fatores como a melhora da patologia de um cliente, um recém-nascido

que é apresentado após a realização do pré-natal, entre outras situações. (ALBUQUERQUE ; STOTZ, 2004).

Neste contexto, o desenvolvimento do trabalho real é permeado por uma importante dimensão subjetiva: não pode ser quantificado o tempo que o enfermeiro gasta em uma consulta de enfermagem, por exemplo, para a realização de orientação para o auto-cuidado.

A fala do enfermeiro 10 deixa isso muito claro quando ele afirma “às vezes gasto muito tempo com o usuário conversando sobre os problemas dele, ou quando vou ensinar a aplicar insulina, por exemplo”

Durante as entrevistas pude perceber que uma das atividades, a supervisão de enfermagem, inerente à profissão, foi evocada apenas duas vezes e por isso não entrou em nenhuma categoria. Devido à sua importância dentro do trabalho da enfermagem, farei um parêntese para discutir um pouco esta ação.

A supervisão de enfermagem está determinada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, em seu Artigo 11º alínea C, também como atividade privativa do enfermeiro. No PSF o processo de supervisão de enfermagem é exercido de forma direta ou indireta, uma vez que cada membro da equipe de enfermagem possui atribuições que devem ser realizadas visando à qualidade na assistência aos clientes, e garantir o cumprimento das finalidades do processo de trabalho em saúde/enfermagem, objetivando a transformação da assistência, tornando-a equânime, integral e resolutiva. São objetos da supervisão do enfermeiro no PSF os trabalhos do auxiliar de enfermagem e do Agente Comunitários de Saúde (ACS). Esta ação aparece apenas na fala do enfermeiro 3, quando afirma: “porque supervisão de enfermagem a gente tenta fazer “

Verifico que a palavra supervisão muitas vezes está ligada ao sentido de controle. No entanto, de acordo com Servo e Araújo (2007), o trabalho do enfermeiro dirigido para a construção de vínculo, acolhimento e resolutividade no atendimento ao usuário proposto pelo PSF é capaz de gerar uma outra forma de supervisão, que ele chamou de supervisão social, definida como ação que “abarca em seu interior, sujeitos sociais portadores de necessidades e intencionalidades, portanto portadores de saberes e

práticas que devem ser compartilhadas. Todos em permanente processo de modificar /modificando/modificante um dos outros, um para os outros”

A supervisão aparece, no entanto, de forma não explícita nas falas de outros enfermeiros:

Enf 5 – “... então a gente tem que treinar [...] então a gente tem que sentar com o funcionário e explicar como deve ser feito...”.

Enf 7 – “... a gente tem uma reunião toda sexta-feira, a gente faz uma reunião de equipe à tarde e tenta discutir na equipe algum caso”.

Enf 8 – “... eu gosto de ficar sentada ao lado do técnico durante o acolhimento [...] ele fica anotando a queixa e eu fico caladinha observando o atendimento do técnico de enfermagem...”.

É mister saber que o trabalho do enfermeiro tem na supervisão de enfermagem, de acordo com Servo e Araújo (2007), o papel de orientador e facilitador no ambiente de trabalho. Sendo assim, o enfermeiro realiza a supervisão, conforme verificamos nas falas acima, mas não reconhece a ação realizada como tal. Penso que, mesmo sem reconhecer, ao realizar o trabalho da forma como está descrito, o enfermeiro está promovendo o desenvolvimento da equipe, através da educação permanente, que também é uma das funções da supervisão.

Uma outra questão relacionada à supervisão é sua dimensão subjetiva, uma vez que não tem como ser mensurada, e inclui ações que buscam transformar a prática da assistência ao usuário de PSF.

Ainda de acordo com Matumoto

a produção do conhecimento acerca do modo de funcionamento da equipe e a direcionalidade que sua produção aponta não é algo que se vê facilmente, uma vez que, se há aspectos mais visíveis, grande parte de sua compreensão compõe num espectro mais oculto.( MATUMOTO,2003,p.182)

Ao realizar a supervisão de enfermagem, o enfermeiro deve buscar o respeito mútuo entre os membros da sua equipe através do seu desempenho profissional e da sua autonomia, buscando romper com a ambivalência entre o cuidar e o gerenciar,

pois do contrario podem se desencadear sentimentos de culpa, insatisfação, falta de reconhecimento e conseqüentemente sofrimento dos membros da equipe e de si.

### 3.1.2 O trabalho com o ACS

O enfermeiro, pela característica da profissão, é considerado como o elo de ligação entre os membros das equipes de PSF. Sua atuação permite que ele direcione uma conduta mais específica à clientela a ser atendida, e possui um olhar mais abrangente do trabalho, tendo uma maior visão de conjunto. (MALAGUTTI; BIAGOLINI, 2006).

Neste contexto a coordenação do ACS pelo enfermeiro se deve a estas características da profissão, mas muitas são as queixas do enfermeiro no que diz respeito a essa coordenação, devido à falta de autonomia do enfermeiro para tomar decisões a respeito deste profissional. Um exemplo é o do processo de seleção do ACS, que muitas vezes ocorre de modo contraditório em relação aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde, que incluem ações de seleção, capacitação e avaliação. (MALAGUTTI, BIAGOLINI, 2006)

Esta situação pode ser identificada através de queixas diversas:

Enf 2 – “... uma ACS que para mim não serve, pois não realiza o seu trabalho, sai para fazer visitas e vai para casa dormir e a equipe me cobra, mas eu não tenho autonomia sobre ele, mas o que eu podia fazer eu já fiz: já conversei com a equipe, passei para o gerente resolver, mas a gente não consegue”.

Enf 3 – “... no papel colocam o ACS como responsabilidade do enfermeiro, falam o tempo inteiro que é nossa responsabilidade, só no papel porque quando a gente quer agir, tem aquela coisa de política, não pode ser demitido porque trabalhou na campanha política”.

Enf 4 – “... eu tenho agentes que não tem perfil para o trabalho. A maioria dos meus agentes, se eu for falar de sete agentes que eu tenho, eu só tenho dois que gostam do trabalho [...] agora os outros estão aqui porque é bico [...] fingem que trabalham”.

Enf 5 – “a minha equipe de ACS é ótima, mas ótima até que ponto? O meu convívio com elas na unidade é ótimo, mas quando vou fazer uma visita ao usuário, eles relatam que faz meses que elas não passam na casa deles”.

As falas acima convergem para o que foi descrito na pesquisa realizada por Correia e Servo (2006), que identificaram interferências políticas locais na realização das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, mas muitas delas não relatam esta interferência. Atitudes relativas a interesses políticos locais (disfarçadas de cobrança de produtividade), dificultam a execução do trabalho em saúde (ALBURQUERQUE ; STOTZ, 2004).

Esta situação também é descrita por Merhy que considera o espaço da realização do trabalho em saúde como

espaço de disputa e constituição de políticas, múltiplo, desenhado a partir da ação de distintos atores-sociais que conforme interesses e capacidades de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar ou impor, uma certa conformação de um bem social – a saúde – objeto de ação intencional. (MEHRY, 2005,p.32.)

Neste espaço, o trabalho no PSF incorporou a coordenação do ACS às atividades do enfermeiro, gerando tensões devido à falta de apoio e interferências pela gerência, possibilitando a produção de ansiedade, estresse e outros fatores que levam ao sofrimento.

Esta situação coincide com o que Dejours *et al* (1994) descrevem sobre a organização do trabalho. Para os autores, a organização do trabalho muitas vezes limita as iniciativas do trabalhador, determina a divisão do trabalho e dos homens, resultando na confrontação do desejo do trabalhador e dos desejos do empregador. Quando a organização do trabalho não consegue gerenciar esse conflito, aumenta a carga psíquica do trabalhador, levando-o ao sofrimento.



### 3.1.3 O trabalho em equipe

A constituição de uma equipe de saúde não se estabelece somente pela contratação de trabalhadores de diferentes categorias, alocando-os em um mesmo espaço. O trabalho em saúde implica a interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, da reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas necessárias para o atendimento em saúde. (FORTUNA,1999).

Matumoto *et al* (2005) consideram o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relação (de trabalho, de poder de afeto, de gênero, entre outros fatores) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia a dia, com múltiplas possibilidades de significados de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Podemos dizer que o trabalho em equipe é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário.

Nesta pesquisa, alguns fatores que merecem destaque puderam ser identificados, entre eles o papel do auxiliar de enfermagem, que pode ser identificado nas falas seguintes:

Enf 1 – “O auxiliar de enfermagem acolhe o usuário e marca a consulta, para o enfermeiro ou para o médico”.

Enf 2 – “... o auxiliar da minha equipe atua como secretária de médico, ela não agenda, ela prefere mandar o paciente embora”.

Enf 3 – “o auxiliar de enfermagem faz grupos operativo comigo, me auxilia”.

Nos casos acima, o papel do auxiliar de enfermagem está basicamente relacionado com o acolhimento, é ele quem faz a escuta do usuário e determina quem vai atendê-lo, o médico ou o enfermeiro. Lembro que, nas entrevistas foram citados apenas os auxiliares de enfermagem, porque na Prefeitura de Ipatinga são contratados apenas auxiliares, mesmo que tenham a formação de técnicos de enfermagem.

Neste processo, o auxiliar de enfermagem está utilizando todo o seu “arsenal tecnológico”, ou seja, todo o seu conhecimento para a tentativa de resolução dos problemas do usuário. (FRANCO, 2006).

Para Matumoto (2003), a capacidade da equipe em acolher o usuário ou a família passa pela capacidade dos membros dessa mesma equipe acolherem-se, serem contínuos em suas diferenças, estarem dispostos a práticas transversais, serem capazes de implicar-se na realização de suas tarefas, num processo de auto análise e auto gestão, tendo em vista a produção de conhecimento acerca do modo de funcionamento enquanto equipe e da direcionalidade que sua produção apronta.

Não ficaram explícitos os casos em que o auxiliar de enfermagem vai fazer visitas domiciliares para verificação de pressão arterial, curativos ou glicemia capilar ou outra atividade que, sabidamente eles realizam, mas que não foram identificadas na pesquisa.

Em relação à auxiliar que “manda o paciente embora” sem acolher, esta ainda está reproduzindo um modelo que Franco *et al* (2006) chama de “acessório”, ou seja, aquele que apenas executa as funções predominantes no modelo médico hegemônico. Ainda de acordo com este autor, o papel do auxiliar hoje é o de assumir a plenitude de sua profissão em benefício do atendimento com qualidade e o enfermeiro atua garantindo a retaguarda do atendimento do auxiliar de enfermagem.

No que se refere ao trabalho do médico, pode-se observar que, na pesquisa, os enfermeiros não fazem referência a este profissional no acolhimento. Segundo Franco *et al* (2006) apesar dos médicos ficarem na retaguarda da equipe, eles também poderiam estar fazendo parte da equipe de acolhimento.

Em relação ao trabalho em equipe no PSF , Franco descreve que:

os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos conectivos com outras equipes e nas unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio da unidade.(FRANCO, 2006, p.431)

Na equipe de saúde da família há conexões em diferentes direções no trabalho de saúde, se um profissional identifica um problema com um usuário ele dispara um projeto terapêutico que irá envolver todos os profissionais ou outros serviços de saúde que operam para a realização da produção do cuidado. (FRANCO, 2006).

Mas na pesquisa observei alguns problemas em relação à equipe, identificados nas seguintes falas:

Enf 3 – “... então assim uma grande dificuldade da equipe que eu trabalho é essa: eu não tenho uma relação com a minha equipe, ela não funciona como equipe, a equipe na qual eu atuo sou eu e os agentes, entendeu? [...] mas eu tenho uma auxiliar que é um grande problema na minha equipe tem uma relação difícil com o enfermeiro [...] e a minha equipe sou eu sozinha, eu que saio para a rua, eu que faço grupo eu que penso sozinha”.

Enf 4 – “... a gente quer interagir com a equipe, trabalhar em equipe, todos falando a mesma língua, tentando organizar e fazer assim por que a gente ta aqui para trabalhar mesmo para atender o paciente da melhor forma se há essa discordância entre um profissional e outro acarreta problemas para mim e para outros membros da equipe e até para a unidade”.

Estas falas são coniventes com o que descreve Franco (2006): as relações, no trabalho em equipe, se dão através de pactuação entre os pares, e estas pactuações são resultados de tensões e conflitos que se produzem na constituição na gestão do cuidado, ou através de acordos previamente definidos. Para este autor “o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde onde o instituído e instituinte estão presentes significando processos permanentes de disputas” (FRANCO, 2006, p. 42).

Para Gomes *et al* (2005), o trabalho em equipe, devido à sua característica e heterogenicidade, com uma multiplicidade de atores com diferentes formações e responsabilidades, gera uma maior complexidade no trabalho em saúde. Mas mesmo com todas estas diferenças, segundo este autor, o trabalho em saúde deve ser idêntico a uma orquestra, todos trabalhando em harmonia, uma vez que o objeto de trabalho de todos os profissionais é o mesmo, ou seja, a produção de cuidado.

Neste contexto, Merhy *et al* apontam que:

no cotidiano do trabalho em saúde, os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no momento e em todo o tempo. (MERHY *et al* , 1997, p. 134)

Fortuna (1999) refere-se à equipe como relações de pessoas, relações estas estabelecidas num dado local e tempo com a finalidade de fazer saúde, sendo um trabalho de inter-relações, relações de poder, sociais, interpessoais, de complementaridade, de competições. De acordo com Assunção (2003), a organização do trabalho traz efeitos sobre a saúde do trabalhador, ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados.

De acordo com essa autora, a saúde dos trabalhadores está relacionada com as normas atuais do mercado, com a globalização exigindo que os trabalhadores se tornassem polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem margens para decidir sobre o seu processo de trabalho.

Para Dejours:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. (DEJOURS *et al*, 1994, p: 42)

### **3.2 Determinantes do prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro no PSF**

Nesta categoria o número de URs foi de 1643 o que correspondeu a 52,8% do material analisado. Os temas presentes nesta categoria e que obtiveram os maiores percentuais foram: relações institucionais, relações entre a equipe, relações com o usuário (Quadro 2)

Quadro 2 – Unidades de Registro e Temas – Determinantes do Prazer e Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro no PSF

Temas de Unidade de Significação	Nº UR	% UR	Categorias	Nº UR Categorias	% UR Categorias	Códigos/ Temas
Bom relacionamento com a equipe	145	3,5	Determinantes do Prazer e do sofrimento no trabalho do enfermeiro no PSF			
Trabalho do aux. de enfermagem	127	3,1				
Relações institucionais	185	4,5				
Trabalho em equipe	170	4,1				
Relação do enfermeiro com o usuário	113	2,7				
Falta de perfil de profissionais para a realização do trabalho na ESF	77	1,8		1643	52,8	1,4,13,14,15,20,27,,28,29,31,34,38
Sofrimento no trabalho	170	4,1				
Sinais e sintomas de sofrimento	139	3,4				
Cobrança de produção pela instituição	111	2,7				
Falta de autonomia do enfermeiro	136	3,3				
Prazer no trabalho	132	3,2				
Valorização do trabalho do enfermeiro	138	3,4				

Iniciaremos esta discussão apresentando os determinantes das situações de sofrimento, seguindo-se os relativos às situações de prazer.

### 3.2.1 Determinantes do sofrimento: relações institucionais

Diversas situações de sofrimento no trabalho foram descritas nas falas dos enfermeiros. Avançando na análise, buscamos identificar as explicações quanto aos determinantes destas situações, segundo o entendimento dos enfermeiros entrevistados.

Dentre as explicações, uma que surge como relevante refere-se à relação dos enfermeiros com a instituição Secretaria de Saúde e representantes da mesma, os gerentes, relação esta permeada por conflitos diversos, segundo as falas:

Enf 1 – “uma das dificuldades no trabalho é a relação com o gerente e a Prefeitura, tem coisas que a gente não consegue resolver [...] tem muitas coisas que a gente está sendo pressionada a participar. Outro problema são as cobranças: preventivo está baixo, produção está baixa, é só cobrança.”.

Enf 2 – “Na relação com gerência e secretaria é muito difícil [...] a gente não tem apoio gerencial [...] nós não temos autonomia”.

Enf 3 – “... então a última gerente que a gente teve aqui o relacionamento com ele era muito difícil, foi um processo muito difícil [...] tem gerente que não tem o mínimo de conhecimento sobre o que é saúde, caíram aqui de para quedas chegam e querem dar conta de administrar uma unidade de saúde, não se preocupam em perguntar como funcionam as coisas [...] não conhecem o papel do enfermeiro, mexem com a escala, desviam o nosso funcionário de função”.

Enf 4 – “a relação com a secretaria as vezes não é muito favorável, por que as vezes reivindicamos algo que não chega até nós, as vezes solicitamos um material que demora a chegar [...] eles cobram muito da gente, pega no pé, as vezes cobra as coisas que eles não estão aqui vivenciando, por exemplo, a questão do carro para o PSF o carro não é suficiente para minha equipe. Em relação à gerente ela tem nos ajudado muito, tem nos tratado muito bem, respeita a nossa profissão”.

A marca de autoritarismo nestas relações remete às formas de organização do trabalho de saúde, baseadas nas concepções tayloristas, nas quais prioriza-se a racionalização de gastos e a produção de ações/produtos, sem levar em conta as reais condições nas quais acontece o trabalho. Trata-se de concepções arraigadas nos modos de fazer das gerências de saúde, que apresentam dificuldades em mudar esta prática.

Percebe-se nas falas dos enfermeiros que, com frequência, a eles é imposta pela Secretaria uma situação que extrapola o âmbito das competências profissionais: atender toda a demanda do serviço, principalmente no que diz respeito ao acolhimento, inclusive tendo que atender aos clientes que ultrapassam o número

estipulado para as consultas médicas, a partir do lema “os pacientes não podem voltar sem respostas”:

Enf 1 – “o médico estipula o número de atendimento, quando acaba o número de consulta nós temos que atender, a Secretaria não deixa a gente voltar o paciente”.

Enf 2 – “... como acabou a consulta médica a auxiliar pergunta o que eu vou fazer, eu tenho que dar uma resposta e isso é pressionado pela Secretaria, não querem fila, não querem que o paciente volte, não querem reclamação, não pode mandar o paciente para o pronto socorro, querem que tudo funcionam às mil maravilhas”.

Enf 6 – “o meu problema é em relação ao número de consulta que o médico coloca, traz muito problema no acolhimento [...] então eu já tentei colocar isso para o gerente e ele falou para não mexer com isso [...] então já tentei conversar com o médico para ver a possibilidade de atender mais pessoas, a gente vai tentando resolver isso”.

Pode-se observar que os enfermeiros encontram dificuldade para romper com o que já está instituído. Entendo que isto se deve, em parte, ao fato de a grande maioria destes profissionais, como já foi caracterizado anteriormente, ser composta por recém-formados, com pouca experiência profissional.

São dados que coincidem com os da pesquisa realizada por Correia e Servo (2006), na qual identificaram que as enfermeiras, apesar de não relatar que as políticas do setor saúde interferem em seu trabalho, possuem algum nível de consciência a respeito desta interferência. Ainda de acordo com estas pesquisadoras, a todo o momento a enfermeira vivencia situações em que são tomadas de decisões políticas administrativas em seu ambiente de trabalho, visando detectar entraves existentes em busca de uma assistência de qualidade. O problema é quando estas decisões se desdobram em mais atividade prescrita.

Trata-se de situações que geram sofrimento, e que estão relacionadas não a características pessoais do trabalhador, mas ao trabalho em si. Isto coincide com o que Brant e Gómez (2005) descrevem como causadores de sofrimento no trabalho em serviços de saúde: mudanças gerenciais constantes, desorientação nos trabalhadores quanto ao exercício de suas funções. Os autores destacam que o sofrimento se

configura como uma forma de reação, manifestação da insistência em viver sob circunstâncias que na maioria das vezes não lhes são favoráveis.

O que causa sofrimento no trabalhador são sentimentos de impotência, descontrolo, falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. (KIRCHHOF, 1999)

Sato *et al* (2005) identificam que tensões vivenciadas cotidianamente pelas situações de pressão, falta de autonomia, controle excessivo no trabalho, intensificação marcante do ritmo de trabalho, carga de responsabilidade que ultrapassa a simples execução de tarefas, pressão por produção, constrangimentos cotidianos e ameaça de desemprego são fatores que interferem no processo de trabalho, podendo ser geradores de sofrimento.

Para Dejours (1994), a organização do trabalho muitas vezes limita as iniciativas do trabalhador, determina a divisão do trabalho e dos homens, resultando na confrontação do desejo do trabalhador e dos desejos dos empregados. Quando a organização do trabalho não consegue gerenciar esse conflito aumenta a carga psíquica do trabalhador levando ao sofrimento.

Este conflito marca um distanciamento entre a natureza do trabalhador e o seu trabalho, que já havia sido apontado por Marx (1974) como uma perversão, algo que contradiz a essência humana:

Primeiramente, ser o trabalho externo ao trabalhador, não fazer parte de sua natureza, e, por conseguinte, ele não se realizar em seu trabalho mas negar a si mesmo, ter um sentimento de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolver livremente suas energias mentais e físicas mas ficar fisicamente exausto e mentalmente deprimido. O trabalhador, portanto, só se sente à vontade em seu tempo de folga, enquanto no trabalho se sente contrafeito. Seu trabalho não é voluntário, porém imposto, é trabalho forçado. (MARX, 1974, p.116).

Outros elementos se configuram no conjunto de determinações, e, não sendo objeto deste estudo, demandariam análise mais aprofundada. Entre eles destacamos o fato de a enfermagem ser profissão eminentemente feminina – sabidamente, as mulheres tendem a assumir mais tarefas do que são capazes de realizar, além de acumular tarefas profissionais com tarefas domésticas.



Na perspectiva do modelo biomédico hegemônico e da constituição dos sistemas de saúde, a enfermagem tem lutado para obter reconhecimento social, e é inegável a importância do enfermeiro na sustentação do projeto do SUS. No entanto, em nome deste reconhecimento, não será que estamos tendendo a incorporar, de um modo acrítico, cada vez mais tarefas ao nosso trabalho, como forma de obter legitimidade?

### **3.2.2 Determinantes do sofrimento: relações em equipe**

Para Matumoto (2003), ocorrem conflitos entre os trabalhadores da equipe devido a diferença na compreensão sobre o que deve ser atendido, encaminhado ou dispensado, e por quem:

Enf 2 – “... eu tenho muito sofrimento no meu trabalho devido aos problemas de relacionamento na minha equipe [...] o auxiliar tem uma birra de enfermeiro e como ela é apadrinhada política, eu não posso fazer nada [...] em relação à Secretaria, não tenho apoio gerencial, até para detectar esse tipo de problema e resolver”.

Enf 4 – “... eu tenho um problema com a agenda do médico, o número de consultas dele, ele chega a hora que quer, e eu tenho que ficar segurando a barra com o usuário, já conversei com o gerente e ele não faz nada”.

Enf 10 – “atualmente não tenho nenhum sofrimento, mas houve uma época que eu estava sem médico e fiquei sobrecarregada, pois tinha momentos em que os pacientes me falavam mal, o auxiliar de enfermagem não trabalhava direito, eu atendia muito, fiquei muito sobrecarregada, mas foi só uma fase”.

Neste contexto, refletir sobre a sua atuação e estabelecer uma relação amorosa consigo e com os outros, despertar para o poder que existe em cada ser humano leva à fortificação, valorização como pessoa, sendo esses fatores para evitar o desgaste físico e emocional associados ao trabalho do enfermeiro. (COSTENARO e LACERDA, 2001).

Pedrosa e Teles (2001) em seu estudo sobre os consensos e divergências entre membros de uma equipe do PSF, constatou que as atividades de gerência de uma unidade de PSF representam uma carga excessiva de trabalho tanto para médicos

como para enfermeiros, e que as diferenças salariais são um elemento importante de discórdia na equipe.

Para Schraiber *et al* (1999), o trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, já que, em função das diferentes formações, as bases de julgamentos são também distintas e podem levar a decisões diferenciadas quanto ao cuidado.

A impossibilidade de ocorrer esta negociação se constitui em fonte de sofrimento, e pode estar relacionada a fatores diversos: corporativismo, questões pessoais, sobrecarga e fragmentação do trabalho, impedindo a instituição de diálogos. O fato de o acolhimento estar, no caso deste estudo, centrado apenas na enfermagem pode também ser um dos elementos que estão na raiz dos conflitos que emergem das falas dos sujeitos.

Acresce ainda, como complicador nas relações entre a equipe, o fato de não haver um entendimento consensual sobre o que significa trabalhar no PSF e no SUS:

Os princípios, diretrizes e a composição do SUS não são compreendidos e tampouco defendidos por toda a equipe de saúde. Não está claro, para os profissionais, a ligação entre o PSF e a efetivação do SUS. O desafio de construção do SUS deve ser assumido por todos os trabalhadores, caso contrário não o implementaremos. (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1490).

Desta forma, a relação entre os membros da equipe aparece como algo fragmentado e cristalizado, percebendo-se pouca disponibilidade ou capacidade, por parte dos enfermeiros, para enfrentar e modificar esta situação.

### **3.2.3 Determinantes do sofrimento: relações com o usuário**

O objeto de trabalho do enfermeiro é o cliente, paciente ou usuário, termos utilizados para descrever o mesmo sujeito aquele que se vai produzir o cuidado em qualquer esfera seja a nível ambulatorial ou hospitalar.

De acordo com Franco (2006) o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção de saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades de forma compartimentada.

Neste contexto a pesquisa identificou de acordo com os enfermeiros, uma ambigüidade no relacionamento com o usuário, como pode ser observado nas falas a seguir:

Enf 1 – “... quando a gente veio com o PSF para este bairro foi difícil, porque só depois de um ano e meio, dois anos que as pessoas começaram a ter vínculo, confiar no nosso trabalho e a coisa fluiu. Até então foi muito difícil”.

Enf 3 – “... tem uns usuários que brigam e xingam, mas a maioria te valoriza, eles sabem que você pode resolver o problema deles”.

Enf 4 – “nós temos claro que têm usuários que são agradáveis, que tratam a gente muito bem, já tem outros que querem obrigar a gente a realizar coisas que não é da minha competência”.

Enf 7 – “eu também não tenho problemas com usuário não [...] normalmente o problema é que eles querem consultas com o médico, mas as consultas com o médico são limitadas, a médica não consegue dar a atenção que eles querem”.

A relação com o usuário pode gerar no profissional enfermeiro sensações de impotência e falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Situações de trabalho penosas ou conflituosas, que não são resolvidas de forma satisfatória, são fonte de sofrimento para o trabalhador. (DEJOURS, 1994)

O contato contínuo com o sofrimento e com as agruras da população leva a sentimentos de impotência, frustração, e conflitos internos no profissional (MARCOLAN, 2007).

Além dos problemas na organização do trabalho, não podemos nos esquecer que, conforme vimos na caracterização dos profissionais estudados, a maioria não é de concursados, e sim de contratados. O funcionário público concursado goza da prerrogativa da estabilidade no emprego, ao contrário do contratado, que pode ter seu contrato suspenso com mais facilidade. O risco de perder o emprego exerce uma pressão enorme sobre o indivíduo para manter o posto de trabalho, sendo exigido

aumento da produtividade, sabe-se lá a que preço, afetando seu estado físico e psíquico, e submetendo-o a condições desfavoráveis. (MARCOLAN, 2007).

Essa situação foi descrita também por Dejours (1999), quando afirma que trabalhadores que vivem sob ameaça constante de demissão, junto com a precarização do trabalho, enfrentam, como consequência, a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo. O medo é utilizado pela direção das empresas como alavanca para fazer aumentar a produção.

Para Mishima *et al* (2003), os gestores do SUS com frequência restringem as contratações de pessoal em função de aspectos financeiros, mas deveriam ter em mente que estão presentes, no trabalho em saúde, outros parâmetros importantes, tais como o fato de este trabalhador lidar com a dimensão das relações intersubjetivas, e não apenas com questões técnicas.

Em relação à forma como o sofrimento se expressa, algumas falas trouxeram sinais e sintomas dramáticos:

Enf 1 – “... eu fico engasgada, muitas vezes sinto algo preso na minha garganta, aí eu choro. Choro muito”.

Enf 2 – “... eu tenho assim constantemente dor nas costas, eu sinto um peso, um bonde em cima de mim, meus ombros já não relaxam [...] há dois anos eu me afastei por dez dias. Eu não estava agüentando de dor de cabeça [...] eu estava a beira de uma estafa, estava entrando num processo de doença...”.

Enf 3 – “eu nunca adoeci, mas fico muito ansiosa, nervosa e isto afeta a minha alimentação, como demais aí eu engordo e eu acho que eu acabo me agredindo”.

Enf 5 – “... o que me faz realmente sofrer é não ser reconhecido, a gente se torna muitas vezes o alicerce das pessoas e alguns não acreditam no seu trabalho”.

Enf 7 – “eu sinto angústia, já fiquei internada no ano passado com gastrite e por não estar dando conta daqui, tive estresse”.

Enf 8 – “... devido ao excesso de trabalho houve uma época que eu fiquei muito desgastada...”.

Enf 9 – “eu tive transtorno de ansiedade e sofro de insônia até hoje”

Evidenciam-se situações-limite, que demonstram a presença de profundas contradições e ambigüidades no trabalho do enfermeiro do PSF, e forte impacto na saúde física e mental deste trabalhador. O aspecto individual, relativo à maneira como cada sujeito vivencia e lida com as dificuldades no trabalho também deve ser levado em conta:

as situações vivenciadas no ambiente de trabalho suscitam sentimentos intensos e contraditórios como piedade, compaixão, amor e ansiedade. Esses sentimentos conflituosos e dialógicos repercutem em forma de sofrimento psíquico e estão relacionados às doenças somáticas que aparecem sobretudo em pessoas que apresentam uma estrutura mental caracterizada pela sobrecarga ou ineficiência das defesas mentais. (PITTA, 2003, p:35).

O sofrimento gerado pelo trabalho pode levar a processos patológicos como o estresse e a síndrome de *burnout*, além de doenças psicossomáticas. Para Dejours (1994), não existe fadiga física que não esteja relacionada com a psíquica. Os distúrbios ostemusculares também estão relacionados aos fatores do cotidiano da vida profissional e extra-profissional, que levam ao estresse psíquico, somatizado em diferentes partes do corpo. Dejours (1992) menciona que quando a relação do trabalho com a organização é desestruturante, a energia que deveria ser descarregada na execução do trabalho é acumulada no aparelho psíquico, ocasionando uma reação de desprazer e tensão. Portanto, a progressão deste processo pode ocasionar alterações, desordens físicas e psíquicas no trabalhador, caracterizando-se muitas vezes sob a forma de estresse.

O sofrimento no trabalho do PSF está relacionado às condições de trabalho, ao ambiente, às relações com o usuário. Dentre as causas de insatisfação com as condições de trabalho no PSF, estão as queixas de trabalho estressante, devido às situações que os profissionais enfrentam diante das dificuldades de acesso da população e de suas condições de vida, sendo considerado também um trabalho penoso e perigoso para o pessoal da enfermagem diante das situações de violência que presenciam ou a que estão expostos nas suas atividades diárias com as famílias, comunidade e nas unidades de saúde. (MARSIGLIA, 2006).

Outros fatores relacionados pelo autor foram a falta de cooperação entre os colegas, falta de compreensão da população e relações conflituosas com a chefia, dificuldades para realização de visitas domiciliares.

Entende-se, portanto, que vários níveis de relações, internas e externas ao ambiente da unidade de saúde, atuam como determinantes de situações de sofrimento. Isto evidencia a marca relacional do trabalho de enfermagem, que depende mais da maneira como o trabalho vivo em ato se dá, do que da produção obtida, embora esta seja muitas vezes mais valorizada.

### **3.2.4 O prazer de trabalhar no PSF**

Todo ser humano busca o prazer para a sua vida quer seja pessoal ou profissional. De acordo com Barros e Barros (2007) o prazer é um estado de plenitude a ser conquistado, sendo necessário para esta conquista uma posição estável do sujeito em relação às suas necessidades, desejos e interesses.

Trabalho prazeroso é aquele que cabe ao trabalhador ser parte importante na sua construção, sendo entendido como tomar o trabalho como atividade humana que se realiza num processo contínuo, onde a criação implica no encontro consigo e com o outro. (DEJOURS, 1992).

No trabalho em saúde, mais especificamente na enfermagem, várias são as situações que geram prazer no trabalho, entre as quais citamos a melhora do quadro de um paciente, o nascimento de uma criança após a realização do pré-natal, o reconhecimento dos usuários/pacientes e do pessoal da gerência.

Para que isso aconteça, é necessário transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, aquele que a pessoa escolheu realizar. Para que esta transformação ocorra é necessário flexibilizar a organização do trabalho, dando uma maior liberdade ao trabalhador. (DEJOURS, 1999).

Esta flexibilização, de acordo com Mendes e Tamayo (2001), perpassa pela dimensão da autonomia intelectual e afetiva do trabalhador, e pela proteção das idéias e direitos do indivíduo. Outra dimensão citada a da hierarquia igualitária, que enfatiza a transcendência dos interesses individuais e organizacionais em favor de um

compromisso consciente, voluntário e responsável para promover o bem estar de todos. Uma terceira dimensão descrita é o ajustamento constante e harmonioso com o ambiente externo, onde a ênfase é buscar prosperidade por meio de auto - afirmação ativa para enfrentar as mudanças externas e dominar o ambiente social e natural.

Os sujeitos entrevistados descreveram da seguinte forma sua vivência de prazer ao trabalhar no PSF:

Enf 2 – “o reconhecimento da instituição pelo meu trabalho, quando ela solicita a execução de um trabalho e sabe que a gente vai conseguir executar”.

Enf 3 – “o reconhecimento das pessoas que a gente lida, que agente trabalha , é muito gratificante”

Enf 7– “a estrutura fixa do local de trabalho, com todos os instrumentos e equipamentos, que fazem com que eu resolva o problema do usuário”.

Enf 9 – “– os usuário vem e elogiam o seu trabalho. Eles têm freqüentado os grupos que estamos realizando, isto me dá prazer”.

Enf 10 – “uma coisa boa é a satisfação do usuário, o vínculo que criamos com eles [...] ou mesmo a confiança na avaliação que fazemos deles”.

Através destas falas podemos avaliar a importância da valorização, pelo usuário, do trabalho do enfermeiro. Para transformar o sofrimento em prazer no trabalho, é fundamental o resgate deste exercício do trabalho como algo além da simples mercadoria, perdendo sua condição de sofrimento necessário para a sobrevivência material e tornando-o lugar de expressão da subjetividade, criatividade e potencialidade do ser humano. O trabalhador tem de valorizar e ter valorizado o seu saber, para que possa intervir sobre o seu destino laboral. (CUNHA, 1999)

Para Mendes (2001), ao ser valorizado, é efetuado um reforço positivo na auto-imagem do trabalhador, relacionada ao orgulho pelo trabalho que realiza, à realização profissional, ao sentir-se útil e produtivo. A valorização do trabalho na enfermagem é traduzida por demonstrações de gratidão, comentários positivos a respeito do trabalho realizado, e o reconhecimento geral do dever cumprido, após a realização de tudo o que tinha de ser feito, apesar de um dia cansativo e excessivo. (BEN *et al.*, 2007).

Uma das coisas que importante para se ter prazer no trabalho é gostar do que faz. Isto foi identificado na fala de todos os enfermeiros, mas ficou mais nítido na do

enfermeiro 2, quando afirma: “apesar de todos os problemas eu ainda tenho prazer em trabalhar na enfermagem, pois eu amo ser enfermeira, se tivesse que escolher outra vez uma profissão eu escolheria ser enfermeira”.

Esse “gostar” parece estar relacionado ao fato de os enfermeiros encontrarem um sentido na sua prática profissional, que é o de colaborar para que outras pessoas vivam mais plenamente, com saúde. Trata-se de um sentido que é contrário à sensação de fragmentação e alienação, impostas pelo modo de produção que sustenta o modelo biomédico tradicional.

Neste contexto, o trabalho do enfermeiro é gerador de prazer, na medida em que ele pode perceber a relevância social do seu trabalho e o desenvolvimento de sua capacidade profissional. (KIRCHHOF, 1999).

O prazer acontece também quando o trabalho realizado, livremente escolhido e organizado, torna-se meio de relaxamento: após a tarefa concluída o trabalhador se sente recompensado. (DEJOURS, 1999).

Ao lado das situações geradoras de conflito e tensão, e da impossibilidade de negociar a forma como se dará o seu trabalho, o enfermeiro do PSF convive, também, com situações gratificantes e geradoras de sensações de bem-estar e plenitude. A vivência de prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem, portanto, é uma contradição a ser ainda explorada, e melhor compreendida.

### **3.3 As estratégias de enfrentamento**

Nesta categoria o número de URs foi de 234 o que correspondeu a 7,5% do material analisado. O que pode ser visualizado no quadro 3:



Quadro 3 – Unidades de Registro e Temas – Estratégias de Enfrentamento

Temas de Unidade de Significação	Nº UR	% UR	Categorias	Nº UR Cate eg ori as	% UR Cate goria s	Códigos/ Temas
Quer fazer o melhor – ameniza sofrimento fazendo o melhor	75	1,8				
Família como forma de evitar o sofrimento	57	1,4				
Atividade física como forma de amenizar o sofrimento	42	1,0	Estratégias de Enfrentamento	234	7,5	32,33,40,45
Busca religião como forma de evitar o sofrimento	24	0,5				
Relações com enfermeiros de outras equipes como forma de amenizar o sofrimento	36	0,8				

Em toda situação de trabalho, são desenvolvidos, pelo trabalhador, mecanismos de defesa, que o protegem, evitando que adoença. O adoecimento só vai aparecer quando estes mecanismos de defesa falharem. As estratégias defensivas têm o objetivo de tornar mais leve o convívio com situações potencialmente geradoras de ansiedade. As estratégias defensivas, estabelecidas coletivamente, podem fracassar e, nesse caso, a ansiedade se transforma em problema individual (DEJOURS, 1999; 1992)

Ao buscar compreender estas estratégias, busca-se uma compreensão do trabalhador como sujeito ativo no seu processo de trabalho, ainda que sofrendo tensões e limitações de diversas ordens. Muito embora seja necessário, para o campo da saúde do trabalhador, evidenciar as situações de opressão e exploração no trabalho, há que se considerar que os trabalhadores nunca estão passivamente esperando uma solução, e que procuram, de diversas maneiras, individuais e coletivas, tecer formas de reorganizar ações para minimizar os efeitos danosos do trabalho sobre sua saúde física e psíquica.

É, sobretudo, em função da existência destas estratégias que se deve entender a distancia entre o trabalho prescrito e o real, e não tanto, como pode ser sugerido numa primeira leitura, a uma eventual “desobediência” do trabalhador.

Quando o próprio ambiente de trabalho não pode proporcionar o desenvolvimento de estratégias para enfrentar o sofrimento, o trabalhador busca compensá-lo por meio de estratégias individuais, referidas a atividades de sua vida privada. É desta forma que se consegue explicar como trabalhadores que possuem cargas de trabalho exaustivas ainda conseguem se dedicar a atividades extra-profissionais diversas, tais como esportes, artesanato ou música. Nestas atividades, buscam expressar a criatividade cuja expressão é bloqueada no trabalho, tentando ressignificar sua vida por meio de outras ações.

Os depoimentos dos enfermeiros sobre como enfrentam as dificuldades e angústias do trabalho no PSF é um exemplo deste tipo de estratégia individual:

Enf 1 – “para aliviar o meu sofrimento eu busco a religião, ela ajuda bastante”.

Enf 2 – “... eu tento esquecer o serviço, quando saio daqui faço atividade física, tenho uma família maravilhosa, o que me ajuda muito, procuro compensar o meu estresse daqui com outras coisas [...] eu procuro fazer o meu trabalho o melhor possível [...] eu procuro dar o melhor de mim.”

Enf 5 – “eu procuro fazer uma outra atividade, não tomo remédio. Eu brigo e xingo, geralmente agrido as pessoas da minha família, mas depois peço desculpas e fica tudo bem”.

Enf 6 – “eu procuro tentar resolver o problema, corro atrás”.

As falas acima estão de acordo com o que Dejours (1994) preconiza em relação às estratégias defensivas, pois de acordo com ele estas levam a modificação, transformação e à patologização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Para este autor, por falta de poder vencer a rigidez de certas pressões organizacionais irreduzíveis, os trabalhadores conseguem graças às suas defesas, minimizar a percepção que eles têm dessas pressões, fontes de sofrimento.

Trata-se de estratégias utilizadas pelos trabalhadores para aliviar o sofrimento: investimento intenso na relação familiar, participação em atividades extra-

profissionais, a permanente necessidade de tranquilizar-se, a presença excessiva nos locais de trabalho fora do horário regular. (BARROS, 2003).

De acordo com Dejours (1994), os procedimentos defensivos podem ser utilizados em proveito da produtividade. Isso fica evidenciado na fala a seguir:

Enf 7 – “eu passo a trabalhar mais para tentar resolver os problemas.

A pressão por produtividade leva à repetitividade e à falta de pausa, sendo muitas vezes incompatível com a capacidade e limitação do ser humano, gerando fatores condicionantes ao adoecimento (Assunção, 2004). Num círculo vicioso, pode ocorrer um processo de distanciamento do trabalhador em relação ao seu trabalho, que se torna um “objeto” externo. Este processo de objetivação está no cerne da alienação do trabalhador em relação ao produto do seu trabalho, no caso, o cuidar. Tal fato apresenta-se como uma ruptura em relação ao modo pelo qual naturalmente os seres humanos se apropriam do seu trabalho, como extensão de seu corpo e sua vontade, tornando-o alheio ao sujeito que o produz.

Além do aumento da produção o trabalhador utiliza como estratégia trabalhar mais naquilo que ele gosta, deixando muitas vezes de realizar atividades das quais é encarregado, gerando situações, no caso do PSF, de conflitos.

Ainda de acordo com Cunha (1999) os mecanismos de defesa não constituem padrão de comportamento para todas as categorias profissionais ou organização e são fundamentais na preservação do trabalhador frente ao sofrimento.

A organização do trabalho muitas vezes limita as iniciativas do trabalhador, determina a divisão do trabalho e dos homens, resultando na confrontação do desejo do trabalhador e dos desejos dos empregados. Quando a organização do trabalho não consegue gerenciar esse conflito aumenta a carga psíquica do trabalhador levando ao sofrimento. (DEJOURS, 1994).

Pita (2003) destaca como estratégias defensivas psicológicas: distanciamento afetivo do paciente, esconder os seus sentimentos, simpatias e afinidades em relação às trocas que poderiam ocorrer durante a realização de suas atividades o uso da indiferença.

Nesse sentido, o sofrimento do trabalhador de enfermagem no PSF está diretamente ligado às relações com usuário e equipe, à organização do trabalho e á

falta de reconhecimento institucional pelo trabalho. A alienação, como afastamento do trabalhador do produto do seu trabalho, é, ao mesmo tempo, causa e efeito deste sofrimento.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do enfermeiro no PSF, monitorado pelo Ministério da Saúde e financiado por organismos internacionais apresenta-se como tentativa de inovação, e ao mesmo tempo, é trabalho prescritivo, pautado por cobranças de produtividade. Como tal, leva o trabalhador a vivenciar situações de prazer e de sofrimento.

A partir das falas, verifico que o trabalho prescrito do enfermeiro no PSF, que é aquele que deveria ser executado segundo as atribuições definidas nos documentos ministeriais, é superado pelo trabalho real, uma vez que as atividades cotidianas exigem que se dê conta de uma realidade mais complexa, repleta de situações muitas vezes não previstas ou prescritas. Entende-se que a distância entre o trabalho prescrito e o real pode ser, muitas vezes, uma forma de melhorar o trabalho, adequando-o à realidade concreta. Mas, no presente caso, o trabalho real apresentou-se, no dizer dos enfermeiros, como um conflito de sentimentos e vivências.

No contexto da produtividade, a subjetividade do trabalhador não é valorizada, uma vez que não se consegue mensurá-la. Os enfermeiros se referem a uma sobrecarga no seu trabalho, uma vez que têm de atender toda a demanda de consultas que “sobram” dos médicos, gerando dificuldades em efetuar tarefas privativas do enfermeiro, como a supervisão de enfermagem. Esta sobrecarga faz com que o enfermeiro se sinta frequentemente cansado e ansioso, por não ter condições técnicas de responder a toda a demanda do usuário.

A relação com os gestores também se apresenta como conflito, em função das várias interferências no trabalho dos enfermeiros, como por exemplo na coordenação dos ACS, ou devido à grande cobrança em relação ao cumprimento de metas. Estes conflitos não são sequer explicitados, e entendo que isto se dá em função do medo de perder o emprego, uma vez que a grande maioria dos profissionais não tem vínculo definitivo, ou seja, não foram efetivados através de concurso público. No balanço destas relações, o enfermeiro se angustia ou apresenta sinais e sintomas relacionados ao sofrimento psíquico.

A relação com o ACS, por sua vez, é marcada pela ambigüidade: pessoalmente, as relações são boas, mas não as relações de trabalho. O enfermeiro deseja, mas não consegue controlar o trabalho dos agentes. Embora o acompanhamento e avaliação do ACS seja uma das atribuições recentes do enfermeiro, corroborada pelo Ministério da Saúde, o fato é que este se vê com dificuldades para atuar segundo critérios técnicos, seja na admissão ou desligamento do ACS da equipe, seja quando é necessário usar de mecanismos de supervisão para uma ação mais efetiva no trabalho do ACS, ficando patente, aí, a falta de autonomia do enfermeiro. O relato sobre a influência de fatores político-administrativos locais na relação do enfermeiro com os ACS acompanha-se de sentimentos de impotência e preocupação.

Na relação com o usuário, destacam-se problemas como a falta de aderência aos tratamentos, o conhecimento de problemas sociais sobre os quais não é possível interferir, ou a falta de compreensão da população quando não é atendida em suas demandas imediatas, inclusive com conseqüências de violência física contra o enfermeiro. Fica explícita a sensação de falta de controle sobre seu processo e condições de trabalho, já que não se consegue realizar aquilo que foi planejado.

Por outro lado, a valorização profissional, quer pelos componentes da equipe, quer seja pelos gestores ou pela população atendida, faz com que o enfermeiro deseje, a cada dia, se dedicar mais ao seu trabalho. O mais importante, para o enfermeiro, é o resultado que ele alcança com os usuários, pois os mesmos constituem o seu objeto de trabalho.

Este resultado está ligado a fatores relevantes para se obter a mudança do modelo assistencial proposta pelo PSF – vínculo, acolhimento, promoção da saúde. Esta situação de prazer no trabalho, no entanto, só é vivenciada por ser a enfermagem profissão que valoriza, desde a formação, as dimensões das relações intersubjetivas, para além do cuidado técnico. Seria o caso de indagarmos se outras categorias profissionais conseguem também extrair prazer e bem estar a partir da valorização da vida em suas expressões mais sutis e delicadas, tal como expresso na frase trazida por um dos enfermeiros entrevistados, que se sente feliz “ao ver o sorriso de uma criança, o bem-estar de um recém-nascido”.

Ressalta-se o gostar do que se faz, o ser enfermeiro por gostar da profissão, e o reconhecimento do cuidar como algo inerente a ela. Esse “gostar do que se faz”, neste contexto, ganha importância: trazido à consciência e expresso no discurso, permite ao enfermeiro ressignificar sua prática, mesmo diante de todas as interferências negativas na execução do seu trabalho.

É, sobretudo, o desenvolvimento de tecnologias leves, relacionais, que está relacionado à satisfação e ao desenvolvimento de um trabalho no qual o enfermeiro possa contemplar os princípios da integralidade do cuidado. A compreensão e o dimensionamento da importância destas tecnologias para a mudança de modelo, e para o desenvolvimento do trabalho de equipe carecem ainda de estudos, no entanto, e aqui deixamos a sugestão de sua realização futura.

Apesar disso, não se pode esquecer de que condições básicas, em termos de insumos e de tecnologias duras e leve-duras, são também imprescindíveis para o desenvolvimento de um trabalho satisfatório pelo enfermeiro do PSF. Neste sentido, há que chamar a atenção para o fato de que, apesar de se inserir no nível denominado de Atenção Básica, que é de baixa complexidade tecnológica, o PSF desenvolve ações de alta complexidade cognitiva e relacional, e demanda, para sua realização, do acesso ao conjunto de procedimentos e ações que compõem a clínica ampliada (STARFIELD, 2003).

Além disso, sendo a enfermagem uma profissão marcada pela presença feminina, há que se considerar que, na nossa sociedade, as mulheres tendem a acumular funções profissionais e domésticas naturalmente, sem perceber muitas vezes o caráter injusto da sobrecarga de trabalhos diversos, que poderiam ser compartilhados em sociedade e em família. É difícil perceber os limites e contornos da dimensão de gênero na sobrecarga de trabalho de enfermagem, e esta dificuldade aponta para a necessidade de estudos futuros.

Nas estratégias tecidas para enfrentar o sofrimento, nota-se a importância da dimensão do apoio social e das redes de solidariedade. O ambiente familiar, sobretudo, destaque no escape das tensões geradas no trabalho. Outra situação que é utilizada é a busca da prática religiosa, por meio da qual buscam força para enfrentar as dificuldades no trabalho.

Chama a atenção, como fator negativo, o fato de o enfermeiro enfrentar o sofrimento por meio do aumento da produção, dedicando mais tempo ao trabalho - ou seja, trabalhando mais. A forma como os enfermeiros expressaram esta estratégia mostra que eles não estão conscientes deste processo de alienação – simplesmente aumentam a carga própria de trabalho, sem pensar nas conseqüências que irão provocar em sua própria saúde. Vale lembrar que a ruptura que a alienação provoca na economia psíquica do trabalhador já havia sido apontada por Marx (1974, p.127), ao pontuar que “quanto mais o trabalhador se desgasta no trabalho, tanto mais poderoso se torna o mundo de objetos por ele criado em face dele mesmo, tanto mais pobre se torna a sua vida interior, e tanto menos ele se pertence a si próprio”.

Na perspectiva do modelo biomédico, a fragmentação e a alienação do trabalhador de saúde podem não se constituir em um problema, na medida em que o trabalho de equipe é naturalmente fragmentado, e o cuidado, repartido entre os profissionais por meio de ações isoladas, já que a integralidade não é um pressuposto a ser contemplado.

Na medida em que a produção de procedimentos isolados é valorizada, quanto mais fragmentado, maior a possibilidade de que esta produção aumente, do ponto de vista quantitativo. Não surpreende que os modelos de administração de base taylorista ou fordista tenham sido tão prontamente adaptados ao setor saúde.

Com o esgotamento deste modelo, e a elaboração de propostas que visam a integralidade das ações de saúde, a alienação surge como um grande dificultador para o desenvolvimento de um cuidado integrado, em equipe, voltado para as necessidades do usuário.

Busca-se uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde, a fim de que as intervenções sejam mais efetivas. O cuidado, neste caso, deve estar voltado também em para quem cuida, reconhecendo-o como o elemento central da mudança, já que a base do trabalho de saúde é o trabalho vivo em ato, realizado pelo profissional. O que verificamos, no entanto, é que, visando dar conta do processo de mudança, num contexto que ainda se baseia no modelo biomédico tradicional, o enfermeiro está indo além dos seus limites como trabalhador, com sobrecarga física e psíquica de trabalho, e sem obter resultados satisfatórios quanto à efetiva transformação do cuidado em saúde.



Não se pode falar em mudança de modelo enquanto os trabalhadores de saúde tiverem de pagar, com sua saúde, a atenção às necessidades do usuário.

Os princípios que norteiam a proposta do PSF exigem novos profissionais, e novos enfermeiros. Isto não significa que a enfermagem deva abandonar pressupostos norteadores de sua história, mas ressignificá-los no contexto da atualidade, atualizando-os, desenvolvendo-se como profissão e como prática social, e zelando para a conquista e manutenção de condições dignas de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulete Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**. v. 8, n 15, p. 259 -274, mar/ago. 2004.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semirames Melani Melo. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ALVES, Marília; GODOY, Solange Cervinho Bicalho. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo – doença em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte. v. 5, n 1/2, p. 73-81, jan/dez. 2001.

AQUINO, Joel Maria de. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: consequência profissional e pessoal**. 2005.154f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ASSUNÇÃO, Ari Nunes; et al. O homem com ator central no processo de trabalho e no desenvolvimento tecnológico. **Revista Nursing**. São Paulo. v. 73, n. 7, jun. 2004

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.8, n. 4, p.1005-1018.2003.

BARALDI, Solange. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem**. 2005. 185f. Tese [Doutorado em Enfermagem] . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2005.

BARDAN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes, 1977

BARROS, Regina Benevides de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Da dor ao prazer no trabalho**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/reitoria/pqv/textobethbarrosdadoraoprazer>>. Acesso em: 25 maio 2007.

BARROS, Paloma Castro da Rocha; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégia defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **PsicoUSF**. São Paulo. v. 9, n. 1, p: 63 – 70, jun, 2003.

BECK, Carmem Lúcia Colombé. **O sofrimento do trabalhador : da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem**. Florianópolis: UFSC / Programa de Pós graduação em enfermagem. Florianópolis, 2001.199 p

BEN, Luiza Watanabe Dal; *et al.* **A percepção da relação sofrimento / prazer no trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem em internação domiciliaria.** Disponível em :< [http // calvados.c3sl.usfpr.br / ops2 / index.php / cogitare / article / viewFile / 1718 / 1426](http://calvados.c3sl.usfpr.br/ops2/index.php/cogitare/article/viewFile/1718/1426)>. Acesso em : 25 maio 2007.

BENITO, Gladys Amélia ; BECKER ,Luciana Corrêa ; DUARTE, Jefferson ; LEITE , Daniela Stuarde. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: v.58, n. 6, p. 635 – 640, nov/dez, 2005

BRANT, Luiz Carlos; GOMES, Carlos Minayo . O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.939 – 951, out/dez, 2005.

BRASIL. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990.Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes , e dá outras providências. Disponível em < [http ://www.bvsmis.saude.gov.br/html/pt/legislacao/sus.html](http://www.bvsmis.saude.gov.br/html/pt/legislacao/sus.html)>.Acesso em 30 mar 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família.** Disponível em: <[http //dtr2004.saude.gov.br](http://dtr2004.saude.gov.br) >. Acesso em: 22 abr 2003

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Norma Operacional em Saúde do trabalhador do SUS.** Portaria nº 3908, de 30 de outubro de 1988. In: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.Programa Saúde da Família.2002.(Cadernos de Atenção Básica, nº5).p 46

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção à Saúde do trabalhador.** Disponível em: < [http // www.saude.gov.br / saude / cidadão](http://www.saude.gov.br/saude/cidadão)>. Acesso em 26 mar 2007

BRITO, Jussara. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n. 4,p. 879-889, out/dez, 2005.

CAMPOS,Rosana T.Onoko; CAMPOS,Gastão Wagner de Souza. Co-Construção de autonomia:o sujeito em questão. In: CAMPOS,Gastão Wagner de Souza (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo : Ed. Hucitec ; Rio de Janeiro: ed Fiocruz, 2006. p. 669 – 688

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de . Normal e patológico, saúde – doença: revisitando Canguilhem. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **O acolhimento no centro de atenção psicossocial**. 2003.190 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CARDOSO, Sandra Maria de Mello. Consulta de enfermagem: um processo de comunicação enfermeiro / cliente na construção da cidadania. **.8º simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem**. Ribeirão Preto.2002. Disponível em < [www.proceedings.scielo.br](http://www.proceedings.scielo.br)> . Acesso em 22 em 2007.

CARRIJO,Clarissa Irineu de Souza,PONTES,Daniela de Oliveira,BARBOSA,Maria Alves.Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 2, p. 155-159 ,mar-abr, 2003.

CORREIA, Valesca Silveira; SERVO, Maria Lúcia Silva. Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, 4 , p. 527-531 ,Jul - Ago, 2006.

COSTA, Cristina Rodrigues; FRANCOLI,Lislaine Aparecida ; CHIESA, Anna Maria. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF\PACS nas grandes metrópolis: análise da gerência. In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA,Sônia M.R.C de (orgs) **enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 123-165

COSTA, Iraci Alves da. **Estudo sobre possíveis associações entre níveis de estresse e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre bancários da cidade do Recife** . 2000.115f. Dissertação [ Mestrado em Saúde Coletiva] Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães . Fundação Oswaldo Cruz .Recife, 2000.

COSTENARO, Regina G. Santini ; LACERDA, Maria Ribeiro. **Quem cuida de quem cuida?Quem cuida do cuidador?** Santa Maria – RS: Centro Universitário Franciscano, 2001.196 p

COUTINHO NETO, Oscar Bandeira . **Estudos sobre carga de trabalho e processo de desgaste da auxiliar de enfermagem de um hospital universitário de Pernambuco**. 1998. 95f Dissertação [ Mestrado.em Saúde Publica ] Instituto Aggeu Magalhães . Fundação Oswaldo Cruz. 1998

CUNHA,Elenice Gonçalves. **Análise da dicotomia sofrimento e prazer em um programa de demissão voluntária**. 1999. 143 f. Dissertação [ Mestrado em Administração]. Escola de Administração. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.

\_\_\_\_\_ Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999

\_\_\_\_\_ Christophe. A angústia. In: **O corpo entre a biologia e a psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988

\_\_\_\_\_ Christophe. O fator humano. Rio de Janeiro: Fgv, 2005. 104p

DEJOURS, Christophe *et al.* **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria das Graças. O desafio de implementar ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.10, n. 4, p.817-828, 2005

DIMATOS, Anna Maria Massad. **Prazer no trabalho**. 1999. 112f. Dissertação [Mestrado em Engenharia]. Escola de Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1999.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. 144p

FAUSTINO, Regina et al. O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.8, n. 4, p. 464-469, out/dez, 2004.

FERREIRA, Mário César ; MENDES, Ana Magnólia. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer – sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de psicologia**. Natal - RN, v.6, n.1, p.93-104, 2001.

FORTUNA, Cinira Magali. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. 226f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

FRANCO, Túlio Batista, MERHY Emerson Elias. Programa Saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: MERHY, Emerson Elias (org). **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, SP : Hucitec, 2006, p. 55-124

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley da Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim - MG. In:

MERHY, Emerson Elias (org). **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, SP : Hucitec, 2006, p.37-54

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro :CEPESC, 2006. p. 459-473

FRANCOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita . O perfil epidemiológico na prática do enfermeiro no programa de saúde da família. In: BRASIL, Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde, **Manual de Enfermagem: Programa de saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. A instituição como obstáculo ao prazer no trabalho da enfermagem. In: Jornada Mineira de Enfermagem, 13, 1994, Belo Horizonte. **Anais da XIII Jornada Mineira de Enfermagem: Trabalho na enfermagem sofrimento ou prazer**: Associação Brasileira de Enfermagem – MG, 1995. p.21 - 33

GOMES, Rafael da Silveira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs). **Construção Social**. Rio de Janeiro :CEPESC/ UERJ; ABRASCO, 2005. p. 105 - 116

GOMES, Romeu, A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.67-80

GOMEZ, Carlos Minayo; COSTA, SMF Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro .v.13, (supl.2), p.21-32, 1997

GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós – Graduação em enfermagem, 2001. 195 p.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v 1, n. 2, p. 75-88, jun, 2000.

HOUSSAIS, Antônio; VILLAR, Mauro de Sales ; FRANCO, Francisco Manoel de Mello . **Minidicionário housais da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2004. p.726 .

JESUS, Daniele Sandra da Silva de *et al* . Cuidar do outro de si mesmo: a compreensão de uma equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5, n.1/2, p. 20-26, jan/dez, 2001.

JUNIOR, Carlos Alberto da Silva Frias. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.**1999.137f. Dissertação [ Mestrado em Saúde Coletiva ] - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro,1999.

KIRCHHOF,Ana Lúcia Cardoso. O trabalho da enfermagem: uma análise e perspectiva . **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.6 , p. 669-673, nov/dez , 2003.

\_\_\_\_\_ Ana Lúcia Cardoso. **Tendências temáticas sobre a relação trabalho e saúde: a contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros ( 1990-1994 )** . Pelotas -.RS: Universitária. Florianópolis: UFSC, 1990. 203 p

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: ed. Brasiliense, 2006. 87p

LAURREL, Asa Cristina. A saúde – doença como processo social. **Revista Latino Americana de Salud**. México,v. 2, p. 7-25,1982

LIEDKE, Elida Rubini. Processo de trabalho. In CATTAN, A.D. **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1999, p.1881-182

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo ; LUNARDI, Valéria Lerch; SPRICIGO, Jonas . O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto,v.9,n. 2, p. 91-96, mar,2001.

LUZ, Madel Therezinha. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro :CEPESC, 2006. p .27-34

MADEIRA, Lélia Maria; ALVES, Marília. **O processo saúde – doença e o trabalho**. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. S/D. Mimeografado

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganelo. Os saberes da enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília (DF) , v. 57,n. 3, p. 357- 360, maio/jun, 2004

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec. , 2005, 372 p

MALAGUTTI, William; BIAGOLINI, Rosangela Elaine Minéo. Gerenciamento de recursos humanos para o sistema único de saúde. In: SANTOS,Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia M.R.C de (orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP : Manole, 2006. p.166-197

MARCOLAN, João Fernando. Trabalho e produção de sofrimento nas organizações de saúde. In: SANTOS,Álvaro da Silva; MIRANDA,Sônia M.R.C de (org). **A**

**enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri, SP: Manole, 2006. p. 198-224

MARQUES, Dalvani ; SILVA, Eliete Maria. A enfermagem e o programa de saúde da família: uma parceria de sucesso ? . **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília-DF, v. 57,n.5, p. 545 - 550, set/out, 2004.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** São Paulo-SP : Nova Cultura, 1988,v.1,294p.

\_\_\_\_\_, K. "Manuscritos Econômicos-Filosóficos". In: **Os Pensadores.** São Paulo: Abril, 1974.

MARSIGLIA, Regina Maria Gifoni. Auxiliares de enfermagem: mercado de trabalho, perfil, satisfação e expectativas no programa de saúde da família na cidade de São Paulo. **Trabalho, Educação, e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 109 – 130, 2006.

MARZIALE, Maria Helena Paluci. A violência no setor saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n. 2, p.147-148, mar/abr,2004.

MATUMOTO, Sílvia. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.** 2003. 214.f .Tese [Doutorado em enfermagem] – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003

MATUMOTO, Sílvia; FORTUNA, Cinira Magali; MISHUMA, Silvana Martins; PEREIRA, Maria José Batista ; DOMINGOS, Nélcio Augusto Mesquita. Supervisão de equipes no PSF: uma reflexão acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface.** Botucatu, v.9, n.16, set/out, 2005.

MAZZILLI, Cláudio. Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem dejouriana. **Revista de Administração.** Disponível em: < [www. Sif.org.br](http://www.sif.org.br)>. Acesso: 30 abr 07

MENDES, Ana Magnólia; TAURAYO, Álvaro. Valores organizacionais e prazer – sofrimento no trabalho. **PsicoUSF.** São Paulo, v.6, n. 1, p. 39-46, jan / jun, 2001. Disponível em < [http://pepsic.bvs.psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid\\_1413-8271&lng\\_pt&hrm\\_iso](http://pepsic.bvs.psi.org.br/scielo.php?script=sci_serial&pid_1413-8271&lng_pt&hrm_iso)>. Acesso em 26 mar 2007

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo - SP: Hucitec, 2005.189p.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO , Rosana (orgs). **Agir em saúde.** São Paulo - SP : ed.Hucitec, 1997. p.71-112

MERHY, Emerson Elias *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e



gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde**. São Paulo-SP :Hucitec , 1997. p.113-150

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias (org). **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, SP : .Hucitec, 2006. p.15-35

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica – Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.p. 83-105

MISHIMA, Silvana Martins; *et al*.Trabalhadores de saúde : problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor /trabalhador , pp.137-156. In: Ministério da saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Fiocruz. Rio de Janeiro.2003.137-156p.

NETO, Otávio Cruz, O trabalho de campo como descoberta de criação. In : MINAYO,Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis:Vozes, 2002. p.51-66

NOGUEIRA, Roberto Passos. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor ; MOREIRA,Maria Cecília G.B. (Orgs). **Saúde, Trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1977. p.41-47

NUNES, Márcia Batista Gil. **Estresse nos trabalhadores de enfermagem**.2000.110f.Dissertação [Mestrado em Enfermagem].Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2000.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1,Jan.2001

OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Análise de conteúdo temática: uma proposta de operacionalização**. Texto didático e instrumentos. Rio de Janeiro, 2005. Mimeo

PAULA, Aline Fernandes de; *et al* . Processo de trabalho em enfermagem: relação passado, presente, futuro.**Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.51,n.1/2,p. 67- 72, jan/dez, 2001.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 35, n. 3, 2001 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

89102001000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov 2007. doi: 10.1590/S0034-89102001000300014

PEREIRA, Cláudia Maria de Oliveira; ALVES, Marília . A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 57, n. 3, p. 311-315, maio/jun, 2004.

PINHEIRO, Roseni ; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira . Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade ? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. IN: PINHEIRO , Roseni ; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Construção social da demanda : direito à saúde , trabalho em equipe , participação em espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ ; ABRASCO, 2005.p.11-31

PIRES, Denise.**Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume,1988. 254p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003. p. 198

POLIT ,Denise F.; BECK, Cheryl Tatano ; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos avaliação e utilização**. Porto Alegre, RS: Artmed ,2004 .p.45

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA.Secretaria de Saúde. Disponível em: < [http://inst\\_vis.asp?cd=7](http://inst_vis.asp?cd=7)>. Acesso em 23 mar 2007

ROCHA, Semirames Melani Melo. **O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica** . 1990.180f.Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.São Paulo,1990.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; ASSIS, Marluce Maria de Araújo. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no PSF em Alagoinhas – Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.9, n. 2, p. 273 – 285, jul/dez, 2005.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de saúde da família : a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.13, n. 6, p. 1024 -1034, nov/dez, 2005 .

ROSSI, Flávia Raquel ; LIMA , Maria Alice Dias da Silva.Acolhimento : tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília,DF, v. 58, n. 3, p. 305 – 310, maio/jun. 2005

SAFIANO, Cleisy Mari; Sarquis, LEILA Maria Mansano; FLLI, Vanda Elisa Andrés; GRAMOZZI, Leticia Morgana. O processo saúde doença – vivenciado pelos

trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.8, n. 2, p. 87 - 91, 2003. Disponível em :< <http://calvados.c3sl.ufpr.br>>. Acesso em: 05 mar 2007

SATO, Leny; BERNARDO, Márcia Hespanhol. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro,v.10, n. 4, p:869-878, 2005

SANTANA, Milena Lopes, CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.10, n.1, p. 33-35, jan/jul , 2001

SANTOS, Álvaro da Silva. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem : reflexão e conceitos importantes. In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia M.R.C de (org). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri,SP : Manole, 2007. p.1- 40

SANTOS, Viviane Camargo. **A relação trabalho e saúde dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família da região de Vila Prudente – Sapopemba : um estudo de caso, 2007**.2007. 146f. Dissertação [ Mestrado em Enfermagem ] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo,2007.

SAUPE, Rosita. ; CESTARI, Maria. Elisabeth. O trabalho coletivo na construção do projeto político pedagógico dos cursos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p. 22 – 26, 2002.Disponível em: < [http://www.fen.br/revista/revista4\\_2/index.html](http://www.fen.br/revista/revista4_2/index.html)>. Acesso em 29 fev 2007

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al* . Health planning, management and evaluation: identifying problems. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Nov 2007.

SCHIMITH, Maria Denise and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494., Nov./Dec., 2004 ISSN 0102-311X.

SERVO, Maria Lúcia Silva; ARAÚJO, Priscila Oliveira de. O estresse e o processo de trabalho de supervisão da enfermeira de unidade de saúde da família:uma revisão teórica. **Diálogos & Ciência –Revista da Rede de Ensino FTC**, Salvador, ano V , n. 10, maio, 2007.

SILVA, Vanda Elisa Felli da; KURGANT, Paulina; QUEIROZ,Vilma Machado de. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 51, n. 4, p. 603-614, out/dez,1988.

SOUTO, D. F. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Senac Nacional.2003

SOUZA, Maria Fátima de. **A cor – agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2003.141p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. In: Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

TAHARA, Ângela Tamiko Sato; VEIGA, Kátia Conceição Guimarães; CRUZ, Enêde Andrade da ; TELES, Maria José Santos. Administração e planejamento em serviços de saúde: concepções de graduandas de enfermagem sobre disciplina. **Revista Gest. Ação**. Salvador, v.8, n. 3, p. 319-327, set/dez, 2005 .

TAVARES, Daniela Sanches. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicosocial do contexto do trabalho em um tribunal judiciário federal**. 2003. 152f . Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo,São Paulo,2003.

TRIVINOS, Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**.São Paulo: ed.Atlas, 1987.175 p.

VANDERLEI, Maria Ieda Gomes. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho de gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão**. 2005.246f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 2005.

VIANA, Paula Cambraia Mendonça; BARROS, Sônia. O processo saúde doença mental: a exclusão social . **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte,v. 6, n.1/2,p. 86-90, jan/dez, 2002

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ



**CENTRO BIOMÉDICO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**COORDENAÇÃO DE PÓS – GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **O Trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho** que tem como objetivos descrever e analisar criticamente o processo de trabalho do enfermeiro no PSF, e seu impacto na sua saúde, na identificação de situações geradora de prazer e sofrimento no trabalho; identificar os nós críticos que dificultam e tornam o trabalho do enfermeiro fragmentado; descrever os determinantes que contribuem para as situações e vivências de sofrimento e prazer no trabalho da enfermagem; identificar formas de resistência desenvolvida pelo enfermeiro para enfrentar as situações de sofrimento no processo de trabalho; contribuir para o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática. A pesquisa terá duração de doze (12) meses e será realizada no ano de 2007. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Todo o desenvolvimento da pesquisa respeitará a resolução nº 196/96 do CNS – Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos). Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participação em grupo focal onde que é uma metodologia onde faremos algumas perguntas e as respostas das mesmas serão gravadas e filmadas para análise posterior. Declaro que as fitas serão ao término da pesquisa doadas para arquivo de memória do Centro de Memórias Professora Nalva do Curso de enfermagem da UERJ. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá nenhum risco de qualquer natureza relacionados com sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são : melhoria na qualidade do serviço de enfermagem, fazer com que o enfermeiro conheça o que o faz sofrer e com isso trabalhar de forma que o mesmo não interfira na qualidade do seu trabalho e na sua qualidade de vida. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador principal ,podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

#### Valéria Maria dos Reis

Rua Copacabana, 1160  
 Bairro Giovanini – Coronel Fabriciano – MG  
 CEP; 35170-098  
 Telefone: 3841-1186 – 96327748  
 E – mail: [valmr@uai.com.br](mailto:valmr@uai.com.br) -  
[valeriamaria@unilestemg.com.br](mailto:valeriamaria@unilestemg.com.br)

Ipatinga \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2007

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer tipo de punição ou constrangimento.

---

assinatura do sujeito da pesquisa

**APÊNDICE B – ENTREVISTA****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ****CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
COORDENAÇÃO DE PÓS – GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM****ENTREVISTA****1 – Caracterização do Profissional:**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo : \_\_\_\_\_

Tempo de exercício na profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de exercício no PSF: \_\_\_\_\_

Nº de empregos: \_\_\_\_\_

**2 – O que você faz da hora que chega a hora que vai embora?****3 - Como esta a sua relação com : equipe, outros funcionários da unidade de saúde, Secretaria de Saúde, gerente, usuários ?****4 – Como é vista a organização do serviço ?****5 – Quais são as dificuldades que você sente ?****6 – Você sofre quando está trabalhando ?****7 – O que você sente quando está sofrendo ?****8 – O que te dá prazer quando está trabalhando ?****9 – Como identifica este prazer ?**

## APÊNDICE C - QUADROS-SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Quadro 1 - Unidades de Registro e temas na Análise de Conteúdo

Código de Unidade de Registro (UR)	Temas / Unidades de Significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total de UR na Entrevista	Total de Entrevista
1	Horário da chegada	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	10
2	Acolhimento	5	7	5	7	6	5	4	6	5	7	57	10
3	Escala semanal	3	6	5	6	5	5	6	6	4	6	52	10
4	Trabalho do aux. de enfermagem	11	13	11	10	14	14	15	11	13	15	127	10
5	Trabalho do enfermeiro	9	11	8	16	18	16	18	15	12	17	134	10
6	Consulta de enfermagem	5	8	10	20	23	23	24	22	26	25	186	10
7	Queixas do usuário	10	11	8	5	10	09	07	06	10	07	83	10
8	Equipamentos – Materiais necessários para realização do trabalho	1	2	2	1	4	3	3	4	2	2	20	10
9	Conduta de enfermagem na realização do trabalho	3	5	7	9	11	10	15	15	13	18	106	10
10	Necessidade de atualizações-treinamentos	3	4	4		2	00	00	00	00	00	13	04
11	Uso de protocolo no trabalho do enfermeiro	3	4	4	6	9	8	9	7	9	9	78	10
12	Falta de protocolo no trabalho do enfermeiro	3	5	4	3	6	10	12	11	13	13	80	10
13	Relação do enfermeiro com o usuário	9	13	15	13	15	12	13	15	12	16	113	10
14	Trabalho em equipe	16	20	23	20	15	14	13	17	14	18	170	10
15	Dúvida se na realização do trabalho e função do enfermeiro	15	18	20	6	7	15	17	15	12	11	136	10

16	Rotinas – organização do serviço do serviço	7	10	13	18	23	22	15	15	18	12	143	10
17	Competência do enfermeiro	9	11	14	22	17	18	22	24	25	28	190	10
18	Falta de consulta médica	9	14	16	15	20	4	5	5	4	3	95	10
19	Pouco tempo de instituição da ESF	4	1									5	02
20	Relações institucionais	18	22	25	13	15	16	18	22	21	15	185	10
21	Falta de respeito com o trabalho do enfermeiro	5	9	15	8	7	5	7	6	5	5	72	10
22	Falta de conhecimento no papel do enfermeiro	7	11	14	9	16	9	6	5	5	6	88	10
23	Trabalho do ACS- relações com o ACS	11	14	10	8	10	9	8	9	10	7	96	10
24	Trabalho na ESF	10	13	16	18	22	23	22	27	26	25	202	10
25	Falta de autonomia do enfermeiro	14	13	15	15	13	15	18	16	15	17	136	10
26	Dificuldade na realização do trabalho na ESF	20	22	18	22	15	11	10	09	09	10	146	10
27	Bom relacionamento com a equipe	10	3	7	15	18	15	22	20	19	16	145	10
28	Falta de perfil de profissionais para a realização do trabalho na ESF	10	16	13	9	5	5	8	6	5	0	77	09
29	Sufrimento no trabalho	20	26	18	23	15	16	14	13	13	12	170	10
30	Quer fazer o melhor - ameniza sofrimento fazendo o melhor	4	8	9	13	6	7	8	9	5	6	75	10
31	Prazer no trabalho	6	8	10	17	18	12	13	18	14	16	132	10
32	Família como forma de evitar sofrimento	4	6	6	6	5	6	7	6	5	6	57	10
33	Atividade física	2	5	6	7	3	4	2	4	5	6	42	10





**Quadro 2 - Demonstrativo da construção de Categorias na Análise de Conteúdo**

Temas de Unidade de Significação	Nº UR	% UR	Categorias	Nº UR Categorias	% UR Categorias	Códigos/Temas
<b>Trabalho na ESF</b>	<b>202</b>	<b>4,9</b>	<b>O Trabalho do Enfermeiro do PSF e as situações de prazer e sofrimento no trabalho</b>			
<b>Competência do enfermeiro</b>	<b>190</b>	<b>4,6</b>				
<b>Consulta de enfermagem</b>	<b>186</b>	<b>4,5</b>				
<b>Dificuldade na realização do trabalho na ESF</b>	<b>146</b>	<b>3,5</b>				
<b>Rotinas – organização do serviço do serviço</b>	<b>143</b>	<b>3,5</b>		<b>12</b>	<b>39,9</b>	<b>24,17,6,26,16,515,9</b>
<b>Trabalho do enfermeiro</b>	<b>134</b>	<b>3,3</b>				
<b>Dúvida se na realização do trabalho e função do enfermeiro</b>	<b>136</b>	<b>3,3</b>				
<b>Conduta de enfermagem na realização do trabalho</b>	<b>106</b>	<b>2,6</b>				
<b>Bom relacionamento com a equipe</b>	<b>145</b>	<b>3,5</b>	<b>Determinantes do Prazer e do sofrimento no trabalho do enfermeiro no PSF</b>			
<b>Trabalho do aux. de enfermagem</b>	<b>127</b>	<b>3,1</b>				
<b>Relações institucionais</b>	<b>185</b>	<b>4,5</b>				
<b>Trabalho em equipe</b>	<b>170</b>	<b>4,1</b>				
<b>Relação do enfermeiro com o usuário</b>	<b>113</b>	<b>2,7</b>				
<b>Falta de perfil de profissionais para a realização do trabalho Na ESF</b>	<b>77</b>	<b>1,8</b>		<b>16</b>	<b>52,8</b>	<b>1,4,13,14,15,20,27,,28,29,31,34,38</b>
<b>Sofrimento no trabalho</b>	<b>170</b>	<b>4,1</b>				
<b>Sinais e sintomas de sofrimento</b>	<b>139</b>	<b>3,4</b>				
<b>Cobrança de produção pela instituição</b>	<b>111</b>	<b>2,7</b>				
<b>Falta de autonomia do enfermeiro</b>	<b>136</b>	<b>3,3</b>				
<b>Prazer no trabalho</b>	<b>132</b>	<b>3,2</b>				
<b>Valorização do trabalho do enfermeiro</b>	<b>138</b>	<b>3,4</b>				
<b>Quer fazer o melhor -</b>	<b>75</b>	<b>1,8</b>				

ameniza sofrimento fazendo o melhor			<b>Estratégias de Enfrentamento</b>			
Família como forma de evitar o sofrimento	57	1,4				
Atividade física como forma de amenizar o sofrimento	42	1,0		23 4	7,5	32,33,40, 45
Busca religião como forma de evitar o sofrimento	24	0,5				
Relações com enfermeiros de outras equipes como forma de amenizar o sofrimento	36	0,8				

## ANEXO A - CARTA DE ACEITE DA PREFEITURA DE IPATINGA



### PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### PLANO DE COOPERAÇÃO PARA PROJETO TÉCNICO-CIENTÍFICO NÍVEL MESTRADO

Projeto de Pesquisa: “Cartografia do Cotidiano do Enfermeiro no PSF e a Relação Sofrimento/Prazer” no Trabalho”

Área de Concentração: Enfermagem

Instituição Responsável: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERF

Período: março/2007 a maio/2007

Orientando: Valério Maria dos Reis

Orientador Principal: Profa. Dra. Helena Maria Scherlowski David

A Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga/MG, compromete-se, na Coordenação de Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão na área de Saúde, a fornecer subsídios técnicos para a execução do referido Projeto de Pesquisa - “Cartografia do Cotidiano do Enfermeiro no PSF e a Relação Sofrimento/Prazer”, sob responsabilidade do orientando Valéria Maria dos Reis, nas seguintes condições:

- acesso facilitado às unidades básicas de saúde e de Programa de Saúde da Família do município de Ipatinga/MG
- arquivamento físico de dados
- acesso a ambulatórios de atendimento e grupos de trabalho específicos que facilitem o trânsito da pesquisa

Este Plano de Cooperação Técnica-Científica deve ser substituído por Convênio a ser formalizado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga e a orientanda, após a aprovação do Protocolo de Pesquisa no COEP na referida universidade.

Cordialmente,

  
Marcus Vinicius Rodrigues Silva

CRM 27.550

Coordenador de Projetos de Pesquisa, Extensão e Ensino

Secretaria Municipal Saúde de Ipatinga

Em 30.01.2007

**ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UERJ**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



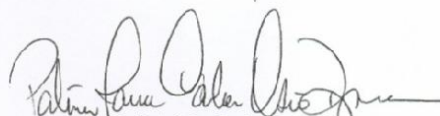
Rio de Janeiro, 30 de março de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Prof<sup>a</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
Para: Aut. Valéria Maria dos Reis  
Orient. Prof<sup>a</sup>. Helena Maria S. L. David

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1707-CEP/HUPE) " CARTOGRAFIA DO COTIDIANO DO ENFERMEIRO NO PSF E A RELAÇÃO SOFRIMENTO / PRAZER NO TRABALHO " aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>ª</sup>., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
Prof<sup>a</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

## ANEXO C – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2006.

Of – 153/FENF/2006

*Ao Hospital Universitário Pedro Ernesto  
Com vistas ao Comitê de Ética e Pesquisa*

**Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa**

Prezados Senhores:

Solicitamos autorização para que a enfermeira *Valéria Maria dos Reis*, aluna regulamente matriculada no Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem desta Faculdade, possa coletar na Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga - MG, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Título: Cartografia do Cotidiano do Enfermeiro no PSF e a Relação Sofrimento/Prazer no Trabalho.  
Método Utilizado: Análise Cartográfica/Análise de Conteúdo  
Tipo de pesquisa: Qualitativa  
Técnica utilizada: Grupo Focal  
Período: março a abril/2007  
Orientador(a): Dr. Helena Maria Scherlowski Leal David

Certos da colaboração de V.S.<sup>a</sup>., apresentamos protestos de distinta consideração.

  
BENEDITA MARIA RÊGO DEUSDARÁ RODRIGUES  
Diretora

/jms







# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)