

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARIANGELA GOBATTO

Santa Maria, RS, Brasil

2013

MARIANGELA GOBATTO

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Cuidado, Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre** em Enfermagem

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck

Co-orientadora: Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

elaborada por
Mariangela Gobatto

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

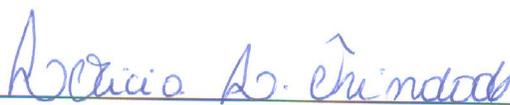
COMISSÃO EXAMINADORA:



Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (Presidente/Orientadora)



Teresinha Heck Weiller, Dra. (Coorientadora)



Letícia de Lima Trindade, Dra. (UDESC/SC)



Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)



Isabel Cristina dos Santos Colomé, Dra. (UFSM- CESNORS)

Santa Maria, 26 de abril de 2013.

AGRADECIMENTOS

Esperei muito por este momento e, por diversas vezes, cheguei a duvidar que ele chegasse!!!

Contudo, ele chegou... E para que se tornasse possível, muitas pessoas foram indispensáveis, as quais quero agradecer profundamente.

Dessa forma, **agradeço:**

Em primeiro lugar a **Deus**, pelo dom da vida e o discernimento nas escolhas que resultaram neste momento. Momento este que, para ser compreendido, remete-me a uma jornada sobre a qual quero recordar, mesmo que sucintamente. Embora essa jornada tenha iniciado há muito tempo e inclua muitos personagens, destaco o período em que iniciei minha carreira docente na FADEP, Faculdade de Enfermagem de Pato Branco, onde algumas pessoas tiveram influência direta nesta conquista. A começar pela então coordenadora do curso de Enfermagem, Dra. **Maria Elena Nery**, a quem tenho profundo respeito e admiração, que sempre acreditou em minha capacidade e me fez acreditar que este era um sonho possível.

À amiga **Patrícia Tuerlinckx Noguez**, que sempre me instigou a ir em frente.

À grande amiga **Vanusa Pietrovski**, com quem sempre dividi as expectativas, angústias e incertezas. Agradeço a compreensão e o apoio. Tenha certeza que o seu carinho e a amizade foram imprescindíveis.

À grande amiga **Letícia de Lima Trindade**, com quem tudo começou e agora se encerra. Sua presença na minha banca muito me honra!

À **Rosane e Mário Trindade**, pelo carinho e acolhimento em seu lar. Tenho plena convicção que sem vocês esse sonho teria sido adiado.

À amiga **Graciela Cabreira Gehlen**, pelo apoio, carinho e especialmente pela contribuição na fase final deste estudo. Seu exemplo de garra e dedicação foi inspirador.

A amiga **Márcia Gabriela Rodrigues de Lima**, pela delicadeza e solidariedade no processo de tradução dos resumos. Muito obrigada pela sua disponibilidade.

Aos colegas de mestrado meu especial reconhecimento pela acolhida, pelos momentos de partilha, descontração e construção de saberes. Com vocês celebro este momento de muita felicidade.

Agradeço de coração aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pelas trocas significativas, estímulos e contribuições preciosas para qualificação deste estudo.

À professora Dra. **Carmem Lucia Colomé Beck**, minha orientadora, por ter me acolhido tão prontamente, pela grande generosidade, por investir tempo e incansável paciência para que este estudo se realizasse, e por não ter em nenhum momento desistido de mim. Meu carinho, admiração e eterna gratidão. Foi um prazer esse período de convivência, que me enriqueceu intelectualmente, mas principalmente como pessoa.

À professora Dra. **Teresinha Heck Weller**, também minha orientadora, pelo incentivo e confiança em mim depositada. Agradeço pela acolhida em seu lar, compreensão e, especialmente, pelo exemplo de garra e determinação. Tens minha eterna admiração e gratidão!!!

Às professoras da Banca Examinadora, pelas contribuições nesse estudo.

Aos meus colegas do curso de Enfermagem do IFPR, **Daiane Antonioli, Micheli de Jesus Ferreira, Sidnei Teixeira Júnior e Gimene Cardozo Braga**, agradeço a compreensão e o apoio.

Aos meus pais **Nelson e Dulce**, pelo amor, orações, incentivo, amparo e exemplos de Conduta, Dignidade e Fé.

Ao meu esposo **José Henrique**, pelo apoio, compreensão e amor incondicional! Essa conquista é tão minha quanto tua, afinal, compartilhaste comigo todos os

momentos: de incertezas, de alegrias, de ansiedade. Soube compreender as ausências, incentivou-me nos momentos difíceis, fez-me desistir de desistir. Obrigada pelo incentivo e as idas e vindas à Vitorino nas madrugadas.

Às minhas filhas **Maryéle** e **Caroline**, pela compreensão, incentivo e apoio! Vocês são e sempre serão minha maior fonte de inspiração e motivação!

Aos meus irmãos **Adriane** e **Diógenes**, cunhadas **Rosane** e **Maria do Horto**, minha sogra **Maria**, que sempre se preocuparam com minhas idas e vindas, e pela compreensão de que eu sempre “tinha muita coisa para fazer”. Sei que sempre torceram por mim. Obrigada de coração.

À minha tia **Rosa Lourdes**, pelas orações e incentivo nesta jornada, mas, sobretudo, pela presença na minha vida!

À minha filha **Caroline**, bolsista do Programa de Iniciação Científica do IFPR, e à acadêmica **Jéssica Auda**, voluntária do programa, pelo trabalho de transcrição das falas e auxílio na busca de artigos nas bases de dados.

À direção do IFPR, pelo incentivo e apoio, o que possibilitou a realização deste estudo.

Meu agradecimento **ESPECIAL**, às enfermeiras do estudo que gentilmente aceitaram compartilhar comigo suas vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

Cada pessoa que passa em nossas vidas,
passa sozinho; é porque cada pessoa é única e
nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa
em nossa vida passa sozinha, e não nos deixa só, porque
deixa um pouco de si e leva um pouco de nós. Essa é a mais
bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não
se encontram por acaso.

Charlin Chaplin.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

AUTORA: MARIANGELA GOBATTO
ORIENTADORA: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
COORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER
Santa Maria, 26 de abril de 2013.

Este estudo teve como objeto de estudo o prazer e sofrimento do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde (ABS) de um município da região sudoeste do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa fundamentado na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho da escola Dejouriana e teve como objetivo conhecer as vivências coletivas de prazer e sofrimento dos enfermeiros e as formas de enfrentamento utilizadas, identificar a percepção dos enfermeiros acerca do trabalho na atenção básica e caracterizar o perfil sócio-demográfico e laboral. Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros das Unidades Convencionais de Saúde, das unidades de Saúde da Família e do Programa de Agente Comunitário de Saúde. Foi utilizado o critério de saturação dos dados para delimitação do número de participantes, totalizando 08 enfermeiros. O método de análise foi Análise Temática de Conteúdo de Bardin. Como instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa foram utilizados a observação não participante e entrevistas semiestruturadas. Os princípios éticos foram respeitados, de forma a proteger os direitos dos participantes, com a formalização da participação por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As categorias oriundas da análise dos dados são descritas e discutidas em dois artigos, que compõem a essência do presente trabalho. Artigo 1: Percepções do trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde; Artigo 2: O trabalho dos enfermeiros na atenção básica à saúde: vivências de prazer e sofrimento. Os resultados apontam que o perfil sócio-demográfico e laboral constitui-se de enfermeiros com média de 36 anos de idade, todos do sexo feminino, com tempo de trabalho na ABS que variou entre um ano e meio a dezenove anos. Quanto à percepção sobre o trabalho, as enfermeiras elencaram a efetividade da assistência e o reconhecimento em relação à utilidade do trabalho, advindo principalmente do usuário, ao modo como enxergam sua realização. Identificou-se que o prazer se associa à relação que estabelece com os usuários e as tarefas, uma vez que possibilitam a percepção de um trabalho importante para o outro. O sofrimento está vinculado à falta de reconhecimento, à ingerência e à falta de comprometimento no trabalho multidisciplinar. Verificou-se, ainda, o predomínio de estratégias defensivas evidenciando a inexistência de um coletivo de trabalho no qual o sofrimento não é ressignificado, visto que é apenas afastado. Concluiu-se que os resultados do estudo tornaram visíveis as forças que perpassam esse contexto com profundas repercussões sobre a organização do processo de trabalho e as relações neste âmbito da assistência, circunscrevendo e conformando um modo operatório descontextualizado das necessidades em saúde da população e desprovido de encantamento aos olhos dos enfermeiros. Ratifica-se a tese da Psicodinâmica do Trabalho ao concluir que a organização do trabalho na ABS deve favorecer a construção da identidade, a realização, a expressão da criatividade, o reconhecimento e a liberdade, que permitem ao trabalhador tornar-se sujeito de seu trabalho e, quem sabe, se reencante com a profissão. Assim, os enfermeiros poderão adequar o que deve ser feito aos seus desejos.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Master's Thesis
Post-Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

PLEASURE AND SUFFERING IN THE NURSES' WORK IN PRIMARY HEALTH CARE

AUTHOS: MARIANGELA GOBATTO
ADVISOR: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
CO-ADVISOR: TERESINHA HECK WEILLER
Santa Maria, April 26, 2013.

The object of study is the pleasure and suffering of the nurses' work in Primary Health Care (PHC) of a municipality in southwest region of the state of Paraná. It is a descriptive study with a qualitative approach based on Work Psychodynamics of the Dejour School and it was aimed to characterize the socio-demographic and labor profile, to identify the perception of nurses about the work in primary health care, to analyze the collective experiences of pleasure and suffering of nurses and ways of coping. The subjects of study were nurses of Conventional Health Units, Family Health Strategy Units and Community Health Agents Program (CHAP). I was used the criterion of data saturation for delimitation of the number of participants totaling eight nurses. The analysis method was contents. The instruments of data collection were the semi-structured interviews and non-participant observation. The non-participant observation of the nursing activities included the nurses' work with users of the health unit and the health team. The ethical principles were respected to protect the rights of participants, with the formalization of participation through the Consent Inform. The categories derived of the data analysis are described and discussed in two articles of this work. Article 1: perception of the nurses' work in primary health care; Article 2: the nurses' work in primary health care: experiences of pleasure and suffering. The results indicate that the socio-demographic and labor profile consisted of nurses with average of 36 years old, all female with working time in PHC ranging from one year and a half to 19 years. The nurses list about the perceptions of works the assistance's effectiveness and recognition at usefulness of the work, happened mainly from the user, the way they see their realization. It was identified that the pleasure is associated with the relationship established with users and tasks, because they allows the perception of an important work to another. The suffering is linked to the lack of recognition, administrative interference and lack of involvement in multidisciplinary work. It was also verified that the prevalence of defensive strategies evidence the absence of a collective work where the suffering do not have meaning new, because it is just away. It was concluded that the study results became visible the forces that underlie this context with profound implications for the organization of the work process and the relationships in this area of care circumscribing and conforming a operative way descontextualized of the health needs of population and devoid of incantation to the eyes of nurses. It was confirmed the thesis of Work Psychodynamics when conclude that the work organization in PHC should benefit the construction of identity, realization, creativity expression, recognition and freedom that allow to the worker to become subjects of their work and perhaps re-encharnted by the profession. Thus the nurses will adjust what should be done to their wishes.

Keywords: Nursing. Occupational Health. Primary Health Care. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 PERCURSO METODOLÓGICO	17
2.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	17
2.2 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA	18
2.3 INSTRUMENTOS E COLETA DOS DADOS.....	18
2.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	22
2.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	24
ARTIGO 1	26
ARTIGO 2	53
3 DISCUSSÃO	102
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	111
ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

A década de 80 constituiu um marco para a Saúde Pública no Brasil na medida em que, impulsionada pelo processo de redemocratização e pela luta da sociedade brasileira pela consolidação de seus direitos sociais inaugura, o que Campos (2006, p. 135) denomina de “um novo surto de crescimento da rede básica”, instaura medidas de racionalização do gasto em saúde, privilegiando-se a Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a municipalização da prestação de serviços de saúde.

Essas mudanças tinham como pano de fundo a Declaração de Alma Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, que apontava a APS como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os povos (ABRAHÃO, 2007).

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) marca a reformulação da lógica assistencial com a expansão de novas unidades em comunidades de baixa renda, nos quais os:

“Centros e Postos de Saúde passaram a ser privilegiados como estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população. Isso incluía não só as atividades de prevenção e realização de exames periódicos, mas passou-se também a prestar assistência nas áreas básicas: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia” (CAMPOS, 2006, p. 136).

O ideário formulado pelo MRS estabelecia como diretrizes gerais a *universalização* da atenção à saúde, a *integralidade* das ações assistenciais, a *regionalização* e a *hierarquização* dos serviços de saúde implementados pela *descentralização* para o município da gestão do sistema de saúde e o *controle social*. Ao mesmo tempo, buscava-se o reconhecimento da saúde como direito do cidadão assumido plenamente pelo Estado, tornando-se de relevância pública (BRASIL, 2003).

Deste modo, este contexto trouxe em seu bojo um novo olhar à saúde, vinculado a uma nova compreensão do processo saúde-doença. Considerada um marco histórico na assistência à saúde, incorporou a concepção de direito básico de

cidadania e a saúde passou a ser vista em uma dimensão ampliada, constituindo um novo sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A implantação do SUS no país representou não apenas a re-estruturação e redefinição das políticas públicas em saúde, mas, sobretudo, legitimou um movimento popular contrário à política até então hegemônica, materializado por meio da Reforma Sanitária (FEUERWERKER, 2005), consolidando o processo de descentralização da saúde e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro (CAMPOS, 2006, p. 136).

Com isso, o SUS propôs-se a direcionar o fluxo dos usuários aos serviços, tendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta preferencial de entrada do usuário no sistema, por meio do estabelecimento de relações contínuas entre os profissionais de saúde e a comunidade (MONTENEGRO, 2010).

Adota-se neste estudo a ABS como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p.7).

Esta nova forma de organização dos serviços de saúde da rede básica dá origem a uma nova proposta que se baseia na mudança do modelo assistencial, o qual altera a dinâmica de organização da rede. Desta forma, a ênfase se dá nas ações de promoção da saúde e prevenção da doença, implicando uma abordagem multiprofissional em oposição à centralidade de ações individuais e curativas (BRASIL, 2006; PAIM, 2003).

Para fazer frente a esse desafio, ou seja, substituir o modelo assistencial médico-centrado, é criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente identificado como ESF (BRASIL, 2006). A Estratégia Saúde da Família objetiva priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das famílias, na perspectiva da integralidade e de forma continuada. Além disso, traz como prerrogativa a consolidação dos princípios básicos do SUS de universalidade, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização e participação social. Apresenta ainda “novos princípios de trabalho em equipe, vínculo de corresponsabilidade com as famílias, territorialização, resolutibilidade e intersetorialidade” (PASSOS, 2011, p. 19).

As políticas de saúde implementadas a partir da operacionalização da Estratégia Saúde da Família - ESF visam à amplitude do acesso às ações de saúde, à integralidade da assistência e à resolução de grande parte dos problemas de saúde dos indivíduos, tendo como fio condutor a reorientação do modelo assistencial. Sob esta perspectiva, a saúde transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais (BRASIL, 2010).

O empenho de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a implantação da ESF. Teve início em 1994 em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 (CAMPOS, 2006), e vem se estendendo na grande maioria dos municípios brasileiros. Em agosto de 2011, havia 32.079 equipes de ESF em 5.284 municípios (BRASIL, 2011), representando 94,95% dos municípios do país e oferecendo cobertura a 53,11% da população, estimada em 190.732.694 habitantes pelo censo de 2010 (IBGE, 2010).

Este panorama sinaliza que a proposta vem sendo considerada pelos gestores locais de saúde e avalizada pelo Ministério da Saúde (MS). Porém, na sua maioria, estes municípios possuem um histórico de oferta de serviços de saúde que se traduz na existência de diferentes modalidades de ABS, as quais convivem com diferentes lógicas assistenciais, o que denota a existência de dois modelos assistenciais no Brasil, que convivem historicamente de forma contraditória e complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário (PAIM, 1994).

Paim (1994) referencia o PACS e o PSF, as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitária e epidemiológica como exemplos do modelo sanitário, enquanto que, para o autor, a versão mais conhecida do modelo hegemônico é representada pelo modelo médico assistencial privatista, centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos especializados.

Mendes (2002) refere que há várias formas de organização dos sistemas de saúde e que, contemporaneamente, elas se agregam em duas opções alternativas, as quais são denominadas de sistema integrado de serviços de saúde e de sistema fragmentado, respectivamente. Nesta perspectiva, é possível verificar os dois

modelos assistenciais operando simultaneamente, os quais conformam e direcionam a assistência à saúde a seu modo.

As unidades de ESF – USF contam com equipes em conformidade com as normas do MS e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. Já as Unidades de Convencionais de Saúde – UCS¹, no município estudado, contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e pessoal de administrativo. Existe em algumas UCS a presença de médicos de diversas especialidades, dentre as quais oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas.

Nesta, a demanda atendida apresenta-se como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Neste caso, não há adstrição de clientela e a delimitação da área de abrangência refere-se, em alguns casos, às ações de vigilância à saúde e, em outros, não atende a critérios técnicos.

A superação desta lógica de atenção que congrega dois modelos de assistência à saúde na mesma rede assistencial e que operam em distinta sintonia como se fossem dois universos em paralelo configura-se em um grande desafio em termos gerenciais, técnicos e operacionais, uma vez que a opção “pautada pela ESF, remete, em última análise, à construção da saúde em nível mais alto possível, de igualdade e de solidariedade social” (ABRAHÃO, 2007, p. 2).

Visualiza-se a ABS como um nível privilegiado para a organização da rede de serviços públicos à saúde e para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, centradas na correspondência com os interesses do usuário. No entanto, David et al. (2009, p. 207), ao referirem-se ao processo de expansão das estratégias de reorganização da ABS no Brasil, na década de 90, afirmam que:

“os processos de trabalho vêm passando por mudanças significativas no que se refere às dimensões teórico-conceituais e metodológicas, sem correspondência quanto às condições concretas para a produção das ações de saúde nas unidades e serviços”.

¹ Unidades Convencionais de Saúde têm como características o atendimento à demanda espontânea de usuários por atenção médica e também podem desenvolver um conjunto de ações programáticas com menor ou maior grau de organização (MENDES, 2001).

Para as autoras, os modos de organização dos processos de trabalho para atender às demandas da população e aos pressupostos que orientam as políticas de reorganização da ABS, somados aos riscos ocupacionais já conhecidos, comprometem a saúde do trabalhador (DAVID et al., 2009).

Nesta abordagem, os profissionais de saúde deparam-se com problemas complexos que, muitas vezes, escapam à capacidade de intervenção neste nível de assistência. Entre os profissionais que atuam neste cenário, destaca-se o trabalho da enfermagem, inserido na interface dos demais trabalhadores em saúde, circunscrito na intersubjetividade e com delimitação nada precisa em relação a atividades gerenciais e assistenciais.

Sobre a organização do trabalho, Dejours (2007, p. 24) afirma que “esta exerce sobre o indivíduo uma ação específica, enquanto moduladora de sentimentos e emoções, cujo impacto é o aparelho psíquico”. Nesse sentido, em se tratando da enfermagem, o aspecto organizacional remete não apenas à dimensão objetiva, mas, sobretudo, à dimensão subjetiva, a qual decorre de características do processo de trabalho em que se insere a enfermagem. Este se constitui por uma divisão fragmentada do trabalho; insuficiência de recursos humanos e materiais; rígida estrutura hierárquica; complexidade das ações executadas; prolongadas jornadas de trabalho, levando a condicionamentos que, muitas vezes, automatizam a ação e o pensamento (MADEIRA, 2010).

Os fatores relacionados ao trabalho apresentam potencial para causar danos à saúde física, social e psicológica do enfermeiro (MADEIRA, 2010) e, conseqüentemente, podem “comprometer a saúde da produção” (DEJOURS, 2007, p. 17).

Tem-se como pressuposto que o trabalho convoca o corpo inteiro e a inteligência para enfrentar o que não é dado pela estrutura técnico-organizacional, configurando-se como um dos espaços de vida determinantes na construção e na desconstrução da saúde (ASSUNÇÃO, 2003). Em função desse argumento, entende-se que o campo da saúde tem potencializado a carga de trabalho dos profissionais de um modo geral e, particularmente, dos profissionais da enfermagem, extrapolando os 'muros' da instituição em uma tênue delimitação entre o prazer e o sofrimento.

Tendo como base esse contexto, realizou-se este estudo sustentado nos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho da Escola Dejouriana, para

compreender o prazer e o sofrimento vinculados à organização do trabalho do enfermeiro, uma vez que na visão da Psicodinâmica do Trabalho, os movimentos psicoafetivos, induzidos pela evolução dos conflitos intersubjetivos e intrassubjetivos que se desenvolvem nos locais de trabalho, podem desencadear um processo de sofrimento e, ao mesmo tempo, de luta contra o sofrimento.

Para Dejours (1994), merece especial atenção o modo como essa luta contra o sofrimento se faz a um só tempo coletiva e individualmente, conduzindo ao ocultamento ou à identificação do sofrimento sob forma de patologia ou ao enfrentamento efetivo de dinâmicas causais enraizadas nas situações de trabalho.

Refletindo sobre as consequências disso para o trabalhador, o autor aponta que “o conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho coloca, face a face, o projeto espontâneo do trabalhador e a organização do trabalho que limita a realização desse projeto e prescreve um modo operatório preciso” (DEJOURS, 1994, p. 26).

Este modo operatório próprio expressa a necessidade de responder às exigências físicas, cognitivas e psíquicas inerentes às tarefas e às condições de trabalho impostas ao trabalhador pela organização do trabalho. Do ponto de vista social, o trabalho envolve diferentes sujeitos em interação com determinado contexto, resultando na produção de significações psíquicas e de permanente construção e desconstrução das relações sociais. Por esta razão, as influências deste contexto podem fluir em diferentes direções, a depender do confronto entre o sujeito e a sua atividade, relação essa que determina a qualidade do bem-estar psíquico do trabalhador.

A forma como o trabalho é realizado possibilita a percepção da atividade como significativa ou não influenciando, deste modo, no sentido particular que ela assume para cada sujeito, sendo a partir da construção deste sentido específico que emergem vivências de prazer e de sofrimento. O trabalho, portanto, é visto face à coexistência de duas forças que se opõem, sendo as vivências de prazer e sofrimento entendidas como o sentido do trabalho e resultantes de uma relação dialética (MARTINS, ZEITOUNE, 2007).

Deste modo, pode-se inferir que o trabalho pode ser, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de sofrimento, criando uma dinâmica de luta constante de prazer e evitação do sofrimento, objetivando a manutenção do equilíbrio psíquico.

Ao apreender o pressuposto da Psicodinâmica do Trabalho, reconhece-se a centralidade do trabalho na estruturação do ser humano, visto que:

“o trabalho não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, ele é também um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e historicização do sujeito” (DEJOURS, 1994, p. 143).

Nesta perspectiva, intervir na organização do trabalho, atribuindo relevância à singularidade e subjetividade das relações humanas, é uma contribuição para o processo de saúde, pois possibilita aos sujeitos subverter o sofrimento, transformando-o em algo que tem sentido. O sofrimento, portanto, é visto como uma espécie de drama que mobiliza o indivíduo no mundo e no trabalho em busca de condições de saúde. Nesta busca, o indivíduo lança mão de estratégias, sejam individuais sejam coletivas para fazer frente a este sofrimento. Assim, nem o sofrimento, nem as estratégias são patológicas, e constituem-se saídas para a busca da saúde (DEJOURS, 1994).

O interesse no tema desta pesquisa surgiu a partir da trajetória profissional da pesquisadora, em diferentes atuações no mundo do trabalho. Inicialmente como enfermeira da Vigilância Sanitária, no município de Pato Branco, no Sudoeste do estado do Paraná, nesse período, vivenciei o cotidiano do trabalho das equipes de saúde na atenção básica em UCS e, em USF, por meio da avaliação, análise e fiscalização dos ambientes de trabalho.

Nesse contexto, foi possível acompanhar o desafio de articular a dimensão assistencial com uma organização comprometida com uma lógica de produção de cuidados, marcada pela divisão do trabalho e tecnicidade acentuada, somada à precarização dos vínculos de trabalho, bem como o sofrimento relatado diante da impotência frente à organização do processo de trabalho.

E mais recentemente como professora e supervisora de atividades teórico-práticas junto ao Instituto Federal do Paraná, em um câmpus situado em um município próximo, novamente se evidenciou uma organização de trabalho marcada por uma direcionalidade técnica, com pouca correspondência com as necessidades dos usuários e com profissionais desmotivados, caracterizando uma prática fragilizada para a formação acadêmica.

Assim sendo, a importância do estudo sobre as vivências subjetivas de prazer e sofrimento, bem como da investigação acerca das especificidades do processo de trabalho dos enfermeiros na ABS, fundamenta-se na perspectiva de indicar as condições que contribuem para a promoção de saúde destes profissionais. Logo, é desejável favorecer transformações no cotidiano da prática pedagógica capazes de orientar as relações entre os atores, educando e educador, objetivando a aplicação do conhecimento produzido para transformar a realidade social.

O **objeto deste estudo** é o prazer e sofrimento do enfermeiro no contexto de trabalho da Atenção Básica à Saúde, destacando-se como questão norteadora: *como os enfermeiros percebem o prazer e o sofrimento no cotidiano do trabalho em atenção básica à saúde?*

Para respondê-la, essa pesquisa apresenta como **objetivos**: conhecer as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde e identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para potencializar o prazer e minimizar o sofrimento no seu trabalho; descrever o trabalho do enfermeiro desenvolvido na Atenção Básica à Saúde; identificar o perfil dos enfermeiros do cenário pesquisado.

Acredita-se que a busca por respostas a tais indagações possam colaborar na reflexão do processo de trabalho do enfermeiro neste contexto, a fim de contribuir para o reencontro dos sujeitos com o trabalho, de modo a favorecer a elaboração de um modo operatório criativo capaz de ajustar o funcionamento psíquico do enfermeiro ao trabalho prescrito e beneficie o aumento da resistência ao constante risco de desestabilização, bem como a sua identidade (SANTOS, TAHARA, 2009).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o método utilizado nesta pesquisa a fim de contemplar os objetivos propostos para esta investigação. Assim, são apresentadas as características do estudo, cenário e sujeitos da pesquisa, instrumentos e coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

2.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

No que tange a investigação das condições de trabalho, estão sendo difundidas correntes teórico-metodológicas que privilegiam uma visão global e a dinâmica do processo de trabalho e incorporam o conhecimento e a participação dos trabalhadores como estratégicos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Assim, para a realização desta pesquisa optou-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa uma vez que, conforme Minayo (2010), esta abordagem possibilita o estudo dos significados, percepções e desejos, fenômenos humanos que permitem a compreensão do ser humano em suas relações com o mundo.

As pesquisas descritivas, segundo Gil (2010), objetivam a descrição de determinada população, sendo que o interesse é descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los e interpretá-los de forma a conhecer sua natureza, sua composição, processos que os constituem ou se realizam.

Leopardi (2001) corrobora essa afirmação ao afirmar que por meio desse tipo de pesquisa é possível compreender o problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam. Assim, acredita-se que as pesquisas descritivas mostram-se apropriadas para o estudo da saúde do trabalhador, já que se pretende apreender a totalidade das interações das pessoas que participam do processo saúde-doença em seu ambiente de trabalho.

Por essa razão, esse método permitiu conhecer a realidade do trabalho dos enfermeiros na ABS e compreender, sob a perspectiva destes profissionais, as vivências de prazer e sofrimento no cotidiano de seu trabalho profissional.

2.2 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um município localizado na região sudoeste do estado do Paraná. A rede pública de assistência à saúde no município vem passando por alterações tanto em nível de reestruturação física das unidades de saúde existentes, com ampliações e construção de novas unidades, bem como na re-estruturação e ampliação do número de equipes de ESF. Destaca-se que, no segundo semestre de 2012, foram concluídas mais duas unidades básicas.

Assim sendo, a rede pública de saúde do município, no período de realização da pesquisa, era composta por 13 Unidades de Saúde, duas com equipe de PACS e sete unidades de ESF (uma das unidades era composta por duas equipes de saúde).

O atendimento de urgência e emergência é prestado pela Unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM) que funciona 24 horas por dia.

A rede ambulatorial especializada foi constituída pela gestão pública municipal por meio da contratualização dos serviços diretamente com os profissionais, ou seja, sem a participação do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

O serviço de internação, de cirurgia de média e alta complexidade é oferecido pelos dois hospitais privados existentes no município que prestam serviços para o SUS.

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros das Unidades Convencionais de Saúde (UCS) e Unidades de Saúde da Família (USF) que compõem, atualmente, um universo de 22 enfermeiros, dos quais 11 atuam nas UCS e 11 na USF.

Participaram da pesquisa oito enfermeiros, selecionados a partir do seguinte critério: atuar nas UCS e USF por, no mínimo, um ano, o que é justificado através do entendimento de que esse período de tempo possibilita algumas vivências de prazer e sofrimento no trabalho, qualificando os dados coletados.

Como critério de exclusão destaca-se estar afastado do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

2.3 INSTRUMENTOS E COLETA DOS DADOS

Como instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa foram utilizados a observação não participante e entrevistas semiestruturadas.

A fase de coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2012, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a qual ocorreu no período de julho a agosto de 2012.

Foi entregue para cada enfermeiro participante que aceitou fazer parte do estudo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), (Anexo 2), garantindo o anonimato, o caráter sigiloso das informações e o direito de se retirar da pesquisa em qualquer etapa da mesma.

O trabalho de campo iniciou com a observação não participante, nos horários da manhã e tarde, totalizando 56 horas. Cada período de observação não participante teve duração de, em média, cinco horas.

Para identificar a unidade a ser observada e a sequência em que ocorreriam as observações, foi realizado um sorteio. As observações relativas às atividades das enfermeiras incluíram a atuação junto aos usuários na unidade de saúde e à equipe.

Para o registro das observações foi utilizado um diário de campo, estruturado a partir de um roteiro (ANEXO A). Este continha uma parte descritiva com o registro detalhado dos acontecimentos, isto é, a descrição da unidade observada; a rotina e a organização do trabalho da enfermagem; as atividades observadas e a parte reflexiva, contendo os comentários pessoais da pesquisadora, as impressões, tais como os sentimentos, problemas, dúvidas relativas à estratégia utilizada e à forma de registro.

Esta situação provocou, por diversas vezes, a retomada dos objetivos da observação, pois, como salienta Minayo (2004), a observação é ancorada em quatro elementos básicos: conhecimento prévio do contexto; consentimento dos participantes; definição dos elementos a serem observados; cenário e comportamentos.

Minayo (2007) argumenta que, para o grupo observado, a personalidade e comportamento do observador importam mais do que a base lógica de sua pesquisa, visto que as pessoas querem ter certeza de que não serão prejudicadas e que seus segredos não serão revelados. Fica evidente, portanto, a necessidade de uma interação, baseada na confiança que pode permear o relacionamento entre pesquisados e pesquisador.

No transcorrer do período de observação, constatou-se que as enfermeiras acostumaram-se com a presença da pesquisadora e passaram a demonstrar interesse pela pesquisa.

Os registros limitaram-se a anotações breves durante a observação, com a utilização de signos para expressar situações de sofrimento ou de alegria, por perceber-se que, algumas vezes, o registro durante a realização da atividade provocava certo estranhamento, embora houvesse o acordo entre os sujeitos para as anotações. Com isso, decidiu-se complementar os registros ao término da atividade observada, ou ainda ao final do turno, com a preocupação sempre presente da transcrição fiel dos acontecimentos.

As anotações do diário de campo foram digitadas e ordenadas à medida que foram sendo realizadas numa sequência temporal. Para facilitar o manuseio, foram identificadas como diário 1, diário 2, diário 3, diário 4, diário 5, diário 6, diário 7, diário 8, diário 9, diário 10, correspondente ao número de observações realizadas.

O tempo limite para as observações não participantes foi estabelecido a partir da saturação dos dados, quando as informações tornaram-se reincidentes (POLIT; HUNGLER 1995).

A escolha da entrevista semiestruturada foi feita tendo em vista que converge com a investigação qualitativa, ao permitir um encontro social entre pesquisador e pesquisado, numa relação de interação (LEOPARDI, 2001), na qual o sujeito tem a possibilidade de discorrer sobre suas vivências, permeado pelo foco principal da pesquisa.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho:

“a partir da troca interlocutória e da discussão pesquisadores-trabalhadores emerge uma parte importante do iceberg da realidade, mascarada na profundidade das estratégias coletivas em face da organização do trabalho” (DEJOURS, 1994, p. 142).

As entrevistas foram agendadas ao término das observações não participantes com datas e horários estabelecidos pelos enfermeiros, de acordo com a rotina de cada unidade. Foram todas realizadas pela pesquisadora, sendo que todos os participantes da pesquisa optaram pela realização da mesma no local de trabalho.

No momento de agendar a entrevista, explicava-se a sua finalidade e que seu conteúdo seria relativo às atividades diárias realizadas pelos enfermeiros. Foram entrevistados oito enfermeiros utilizando-se, para delimitar a suficiência dos dados e encerrar a etapa empírica, o critério de saturação (POLIT; HUNGLER, 1995). Assim, deu-se por encerrada a etapa de coleta de dados por meio de entrevistas, quando se considerou que as informações tornaram-se reincidentes e deram mostras de exaustão.

A entrevista semiestruturada foi aplicada individualmente aos sujeitos da pesquisa, a partir de um roteiro previamente desenvolvido (APÊNDICE B), após a observação não participante.

As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o embasamento teórico da investigação e os objetivos propostos para o estudo. Assim sendo, o roteiro foi composto por questões relativas ao perfil profissional e por questões específicas acerca do prazer e sofrimento no trabalho.

As entrevistas foram transcritas e digitadas por uma acadêmica do nono período de enfermagem, bolsista do Programa de Iniciação Científica – PIIC, do Instituto Federal do Paraná, câmpus Palmas, sendo, posteriormente, conferidas pela pesquisadora.

Para preservar o anonimato dos enfermeiros, seus extratos de falas foram identificados por código composto pela letra “E” (Enfermeiro), seguida de números arábicos (E1, E2, E3 ... E8).

2.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise de dados procura expressar o verdadeiro significado dos dados coletados, na qual a interpretação do ‘corpus da pesquisa’ requer do pesquisador a capacidade de síntese. Para a análise dos dados coletados em relação aos objetivos propostos pela pesquisa, adotou-se um processo organizativo sistematizado e respaldado em Bardin (2009) que propõe a Análise Temática de Conteúdo.

Leopardi (2001, p. 241) corrobora com esta informação ao mencionar que este método de tratamento dos dados busca “compreender os conteúdos manifestos e ocultos podendo organizar os dados em unidades léxicas (palavras significativas) ou categorias (classes de dados definidos por uma expressão ou palavra)”. Ao complementar sua concepção a respeito da análise de conteúdo, a autora refere que

o termo é mais que um procedimento técnico, pois faz parte de uma histórica de busca entre teoria e prática no campo das pesquisas sociais.

Para Bardin (2009, p. 42), a Análise Temática de Conteúdo é definida 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 inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A autora citada refere que:

“esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e o seu contexto ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens)” (BARDIN, 2009, p. 42).

Na análise dos dados desta pesquisa foram seguidas as etapas proposta pela autora: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, seguidos da interpretação.

A pré-análise consistiu-se no momento de organização do material, ou seja, da transcrição das entrevistas e dos registros do diário de campo, os quais constituíram o corpus da pesquisa.

A leitura flutuante teve como finalidade propiciar o contato do pesquisador com o material a ser analisado, deixando-se impregnar pelas impressões, proporcionando o aprofundamento da leitura das falas dos enfermeiros pesquisados.

No que se refere aos documentos utilizados na pesquisa, foram selecionadas as entrevistas e as observações não participantes realizadas com os enfermeiros.

Quanto aos núcleos de significados que foram buscados nos discursos, foram considerados os temas, ou seja, utilizado o nível semântico, considerando-se a frequência com que palavras, frases e temas apareceram nas observações e entrevistas (BARDIN, 2009).

Neste sentido, para identificação dos núcleos de significado, foram utilizadas diferentes cores no decorrer dos dados, as quais contribuíram na contagem da frequência.

A preparação do material é a última etapa da pré-análise. Foi realizada rigorosamente, transcrevendo fielmente o que foi verbalizado e observado. Os dados brutos foram agregados em núcleos de significação que permitem uma descrição

exata das características dos conteúdos. Esta consiste na categorização, que “é em síntese, o ato de recortar, classificar e ordenar ideias ou fatos, segundo semelhanças” (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999, p. 34).

A categorização neste estudo foi realizada caracterizando-se como um procedimento de agrupamento de dados, considerando-se e reunindo aquilo que era comum entre eles.

A exploração do material consistiu na etapa mais longa e exaustiva. Envolveu a revisão e a ratificação das decisões tomadas na pré-análise, seguida da codificação, momento em que os dados brutos foram transformados de forma organizada. Para operacionalizar a ordenação e separação das estruturas de relevância assim como seu reagrupamento em núcleos, foram construídos quadros sinópticos para cada questão.

Os quadros agrupavam os seguintes dados: essência da fala, extrato da fala, autores relacionados, reflexões pessoais e dados da observação não participante. Esta etapa facilitou o procedimento analítico do material empírico, possibilitando a imediata visualização da recorrência dos dados e da associação de categorias, facilitando o processo de interpretação dos mesmos.

Apesar de terem sido observados e entrevistados enfermeiros das UCS e da ESF, os resultados foram analisados conjuntamente, tendo em vista a homogeneidade dos mesmos.

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foi o último passo da Análise Temática de Conteúdo. As interpretações que levaram às inferências foram no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa, verdadeiramente, o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais (FERREIRA, 2000). Esta dinâmica exigiu constante retorno ao referencial teórico que sustenta o estudo para subsidiar a reflexão.

Os dados das observações foram frequentemente confrontados com os dados das entrevistas, de modo que a análise viabilizasse a interpretação do conteúdo da fala dos enfermeiros objetivando, portanto, identificar não apenas a mensagem manifesta, mas, sobretudo, os significados que subjazem às entrelinhas e permeiam as nuances dos discursos e suas entonações.

Para caracterização sócio-demográfica e laboral dos enfermeiros participantes do estudo, foi utilizada a estatística simples.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A fim de assegurar os preceitos éticos, esta pesquisa foi desenvolvida em concordância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – MS a qual estabelece diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para proteger os participantes da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos da beneficência, do respeito à dignidade humana e da justiça (POLIT; BECK, 2011) e utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade dos Dados. O TCLE continha explicação clara e completa sobre os objetivos da pesquisa, a finalidade a que se destinava e os procedimentos utilizados para a coleta de dados, assegurando que o indivíduo receberia esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas relativas ao estudo, tendo a liberdade de recusar-se a dar informações ou mesmo de não participar em qualquer momento que desejasse. Esse termo era assinado pelos enfermeiros participantes da pesquisa e pela pesquisadora, sendo uma via entregue aos primeiros e outra mantida com a pesquisadora.

O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE/UFSM), submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde do município pesquisado para autorização no que se refere ao desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP-UFSM), recebendo o número de CAAE 00573612.3.0000.5346.

Os dados oriundos desta pesquisa ficaram sob a guarda da pesquisadora responsável na sala 1304, 3º andar, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, Universidade Federal de Santa Maria/RS e serão guardados por um período de cinco anos, sendo posteriormente incinerados.

ARTIGO 1²

PERCEPÇÕES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

² Artigo formatado segundo as normas da revista **Cuidado é Fundamental (online) B2** Ressalta-se que este artigo, assim como o seguinte, não se encontra no formato final para ser enviado ao referido periódico. Dessa forma, o número de laudas, bem como a formatação final será realizado no momento da submissão ao periódico.

PERCEPÇÕES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a percepção dos enfermeiros acerca do trabalho na Atenção Básica de um município do interior do Paraná, e caracterizar o perfil sócio-demográfico e laboral.

MÉTODOS: trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa fundamentada na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho da Escola Dejouriana. Os sujeitos do estudo foram oito enfermeiros das Unidades Convencionais de Saúde, Unidades de Estratégia Saúde da Família e de Programa de Agente Comunitário da Saúde. Foram utilizadas a entrevista semiestruturada e observação não participante. **RESULTADOS:** o perfil sócio-demográfico e laboral constitui-se de enfermeiros com média de 36 anos de idade, todos do sexo feminino, com tempo de trabalho na Atenção Básica que variou entre um ano e meio a 19 anos. **CONCLUSÃO:** quanto à percepção sobre o trabalho, as enfermeiras elencaram a efetividade da assistência e o reconhecimento em relação à utilidade do trabalho, advindo principalmente do usuário, ao modo como enxergam sua realização.

Descritores: Enfermagem; Trabalho; Atenção Primária à Saúde.

PERCEPTION OF THE NURSES' WORK IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the perception of nurses about the work in Primary Health Care of a municipality inside the state of Paraná, and to characterize the socio-demographic and labor profile. **METHODS:** It is a descriptive study with a qualitative approach based on Work Psychodynamics of the Dejour School. The subjects of the study were eight nurses of Conventional Health Units, Family Health Strategy Units and CHAP. It were used the semi-structured interview and non-participant observation. **RESULTS:** the socio-demographic and labor profile consisted of nurses with average of 36 years old, all female with working time in Primary Health Care ranging from one year and a half to 19 years. **CONCLUSIÓN:** the nurses list about the perceptions of works the assistance's effectiveness and recognition at usefulness of the work, happened mainly from the user, the way they see their realization.

Descriptors: Nursing; Work; Primary Health Care.

LA PERCEPCIÓN DEL TRABAJO DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la percepción de los enfermeros acerca del trabajo en la atención primaria de un municipio del interior del Paraná e caracterizar el perfil socio-demográfico y laboral. **MÉTODOS:** se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo

fundamentada en la Psicodinámica del Trabajo de la Escuela Dejouriana. Los sujetos del estudio fueron ocho enfermeros de las Unidades Convencionales de Salud, Unidades de Estrategia Salud de la Familia y de PACS. Fueron utilizadas la entrevista semiestructurada y la observación no participante. RESULTADOS: el perfil socio-demográfico y laboral se constituye de enfermeros con promedio de 36 años de edad, todos mujeres, con tiempo de trabajado en la Atención Primaria entre un año y medio a 19 años. CONCLUSIÓN: sobre la percepción del trabajo, las enfermeras listan la efectividad de la asistencia y el reconocimiento acerca de la utilidad del trabajo, originado principalmente del usuario, en la forma como ven su realización.

Descriptores: Enfermería; Trabajo; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O ideário formulado pelo movimento da “Reforma Sanitária” nos anos 70 estabelecia como diretrizes gerais a *universalização* da atenção à saúde, a *integralidade* das ações assistenciais, a *regionalização* e a *hierarquização* dos serviços de saúde implementados pela *descentralização* para o município da gestão do sistema de saúde inovando com a introdução do *controle social*. Ao mesmo tempo, buscava-se o reconhecimento da saúde como direito do cidadão assumido plenamente pelo Estado, tornando-se, portanto, de relevância pública.¹

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS - representou não apenas a reestruturação e redefinição das políticas públicas em saúde, mas, sobretudo, legitimou um movimento contrário à política até então hegemônica, materializado por meio da Reforma Sanitária, traduzido pela ação popular,² consolidando o processo de descentralização da saúde e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro.³

Com isso, o SUS propõe-se a direcionar o fluxo dos usuários aos serviços, tendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta preferencial de entrada no sistema, por meio do estabelecimento de relações contínuas entre os profissionais de saúde e a comunidade.⁴

Neste contexto, a ABS é definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.^{5:7}

O esforço para a reorientação do modelo de atenção à saúde com a implantação da ESF teve seu início em 1994, associado ao já existente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),³ o qual vem sendo estendido para a grande maioria dos municípios brasileiros. Em agosto de 2011, havia 32.079 equipes de ESF em 5.284 municípios,⁶ representando 94,95% do território nacional com cobertura de 53,11% da população, estimada em 190.732.694 habitantes, pelo censo de 2010.⁷

Mendes,⁸ ao refletir sobre o papel da atenção primária de saúde no Brasil, aponta que, com a implantação da ESF, instala-se o que denomina de ciclo da atenção básica à saúde. Este é resultante da ampliação da cobertura de serviços de saúde, com mais de 30 mil equipes de ESF distribuídas no território nacional, produzindo como resultado importante a qualificação das estruturas, dos processos e dos resultados junto à ABS.

Aponta ainda, recentemente, nos diferentes espaços de produção e reflexão sobre o SUS fragilidades em relação ao programa. Aponta a existência de sentimento dos trabalhadores de saúde de desencantamento em relação à proposta da ESF, especialmente frente às fragilidades identificadas no cotidiano de não efetivação de suas diretrizes, em função de seu custo e da baixa resolutividade frente aos problemas do cotidiano da população brasileira.⁸

Dentre os desafios colocados para a mudança do modelo de atenção junto às equipes de AB/ESF no Brasil, vêm sendo apontados os limites das condições objetivas que as equipes de trabalhadores encontram nos cenários das suas práticas.

O trabalho é entendido como uma atividade eminentemente humana, de caráter intencional, finalístico e permeado pela cultura, atendendo a diferentes funções, desde a garantia de sobrevivência até a autorrealização. Pode-se afirmar ainda que o trabalho representa um dos fatores constituintes da identidade e que a experiência de reconhecimento pode favorecer o equilíbrio psicológico e potencializar o alcance da felicidade.⁹⁻¹¹

Tem-se com isso, que a forma como o trabalho é realizado possibilita a percepção da atividade como significativa ou não, sendo que a partir da construção deste sentido específico é que emergem vivências de prazer e de sofrimento.

Assim, nesta pesquisa, o trabalho é considerado como categoria central, pois parte da prerrogativa que, além de ser estruturante psíquico, é fator preponderante para a evolução da sociedade, o que levou-nos a questionar: Como os enfermeiros percebem o prazer e o sofrimento no cotidiano do trabalho em atenção básica à saúde?

Para respondê-la, se traçou como objetivo nesse estudo identificar as características sócio-demográficas, laborais e a percepção do trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo modelo teórico é fundamentado na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho da escola Dejouriana.

O universo dos sujeitos foi composto por 22 enfermeiros, sendo 11 das Unidades Convencionais de Saúde (UCS) e 11 das unidades de Saúde da Família (USF). Assim sendo, foram sorteados 08 enfermeiros que atuavam em UCS e, em USF, em um município da região sudoeste do estado do Paraná.

O critério de inclusão foi atuar na ABS por, no mínimo, um ano, o que se justifica através do entendimento de que esse período de tempo permite que os participantes possam se remeter, de forma mais tangível, à experiência na rede básica de saúde. Como critério de exclusão destaca-se não estar atuando nas unidades de saúde no período da coleta dos dados.

Como instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa foram utilizados a observação não participante e entrevistas semiestruturadas. A escolha da unidade a ser observada e a sequência em que ocorreu deveu-se ao critério de sorteio. A observação não participante das atividades das enfermeiras incluiu a atuação dos enfermeiros junto aos usuários da unidade de saúde e junto à equipe de saúde.

O tempo para as observações não participantes foi estabelecido a partir da saturação dos dados, quando as informações tornaram-se reincidentes.¹²

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria UFSM, protocolo CAAE nº 00573612.3.0000.5346, conforme as normas da Resolução 196/1996, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e discussão deste estudo foram dispostas em duas seções; na primeira foram apresentadas as características sócio-demográficas e laborais dos enfermeiros e na segunda as percepções dos enfermeiros acerca do trabalho na ABS.

O perfil sócio-demográfico dos enfermeiros da ABS envolveu os dados de idade e sexo. Quanto aos dados laborais, os mesmos caracterizaram-se por: locais de atuação; tempo de formação; tempo de trabalho na atenção básica; vínculo empregatício junto a instituições de ensino; realização de cursos de capacitação de curta duração e formação complementar.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E LABORAIS

A descrição do perfil dos enfermeiros, a partir das características sócio-demográficas e laborais, objetiva subsidiar a compreensão do trabalho do enfermeiro no contexto da ABS.

Com relação aos dados sócio-demográficos, a idade dos enfermeiros que atuam nas unidades variou entre 25 e 49 anos, sendo a média de 36 anos, apontando para profissionais experientes, com vivência no mundo do trabalho em saúde.

Quanto ao sexo, todos os entrevistados são do sexo feminino, perfil esperado tendo em vista que a enfermagem é uma profissão exercida majoritariamente por mulheres desde a sua origem, uma vez que, historicamente, considerou-se que os cuidados aos doentes, social e culturalmente, mostravam-se mais apropriados ao trabalho feminino.¹³

A predominância do sexo feminino encontrada entre os trabalhadores de enfermagem neste estudo corrobora com o resultado de diversos outros estudos,^{14,15} tanto para aqueles profissionais que atuam em Saúde da Família quanto para aqueles que atuam no cenário hospitalar. Estes dados também são corroborados pelo relatório final de empregabilidade e trabalho dos enfermeiros¹⁶, que aponta que 90,91% dos trabalhadores que atuam junto ao PSF são mulheres.

Cabe uma reflexão sobre a condição feminina e as implicações deste dado no objeto deste estudo, ou seja, na saúde do trabalhador. A divisão sexual do trabalho é apoiada pelo discurso culturalmente construído e socialmente aceito da fragilidade e sensibilidade feminina. A divisão sexual do trabalho é um princípio organizador da produção capitalista e essa divisão do trabalho vale para todas as sociedades e se reflete também no campo da saúde.

Pesquisadores mencionam que¹⁷ as características psicológicas da mulher as fazem vivenciar, diferentemente dos homens, o sofrimento psíquico e os sistemas defensivos. E aponta como aspectos diferenciais o sofrimento suplementar das mulheres, as possibilidades de deslocamento da problemática psicopatológica e a derivação da violência das relações de trabalho contra as mulheres.

Desta forma, é possível considerar a importância desses fatores para a trabalhadora de enfermagem no desenvolvimento de seu trabalho, visto que o impacto do trabalho nas mesmas compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho (relações sociais e organização do trabalho, carga de trabalho, entre outros) sobre a sua saúde.

Com relação aos dados laborais, no que se refere aos locais de atuação, três enfermeiros atuam em Unidades de Saúde da Família, dois em unidades de Programa de Agente Comunitário de Saúde e três em Unidades Convencionais de Saúde, denominada

como Núcleo Integrado de Saúde III - NIS III, classificação adotada pelo Ministério da Saúde para designar unidades às quais compete o atendimento ambulatorial nas áreas de clínica médica e pediátrica; especialidades médicas e odontológicas. Compõe também este núcleo laboratório de análises clínicas e radiografia e ambulatório de Saúde da Mulher.

No sistema de saúde no município estudado, a exemplo do que ocorre na grande maioria dos municípios do país, persiste a disputa entre as duas grandes vertentes: de um lado o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais como o PACS e PSF e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) em contraposição ao modelo hegemônico, o modelo médico-assistencial privatista, com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.¹⁸

No que se refere ao tempo de formação, variou entre três e 20 anos, com uma média de 9,1 anos. Assim, pode-se dizer que este grupo caracteriza-se pela presença de enfermeiros formados recentemente, assim como outros formados há mais tempo. Ressalta-se o fato como relevante para a ESF por acreditar que os profissionais graduados recentemente têm contato com currículos de cursos generalistas e com ênfase na promoção, prevenção e nas ações básicas de saúde, inclusive com discussões e realização de aulas práticas e estágios supervisionados nestes locais. Há que se considerar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), aprovadas entre 2001 e 2004 romperam com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação em saúde, especialmente na formação de enfermeiros, nas quais constou que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.¹⁹

Com relação ao tempo de formação na graduação, observou-se que, com exceção de um enfermeiro, os demais cursaram a graduação após a criação do ESF (1994) e, portanto, espera-se que a sua atuação profissional seja alicerçada em princípios claros de compromisso com a comunidade.

A ESF, como modelo de ABS, organiza-se de acordo com os preceitos do SUS. Contudo, possui algumas características particulares: abordagem comunitária, cujo trabalho multiprofissional pauta-se na dimensão do cuidado familiar e a família é o foco central; competência cultural que implica a necessidade de outros conhecimentos e habilidades para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde e o profissional como fonte de recursos para uma população, constituindo-se num aliado na busca de recursos.

Com a implantação da ESF, é possível que os cursos de graduação em enfermagem tenham incluídos em suas estruturas curriculares disciplinas direcionadas para as atividades de prevenção e promoção da saúde da população de acordo com preceitos da estratégia. Entretanto, as observações não participantes realizadas apontam para uma

prática ainda centrada na doença, com ênfase nas ações curativistas. Esta prática é corroborada por autores²⁰ ao afirmarem que as Escolas de Enfermagem não têm conseguido formar profissionais capazes de enfrentar os desafios de uma sociedade em permanente transformação.

Deste modo, pode-se inferir que a implantação da ESF por si só, não garante a modificação da lógica de atendimento, uma vez que, pode-se atuar na ESF e continuar reproduzindo o modelo biomédico.

No que se refere às políticas educacionais, a graduação na área da saúde não contempla uma orientação integradora entre ensino e trabalho voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, no qual esteja incluído o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.¹⁹

Os dados sobre o tempo de trabalho na atenção básica identificam enfermeiros com menos de dois anos de trabalho até 19 anos, sendo a média de 4,6 anos. Destes enfermeiros, apenas um vivenciou as mudanças de modelo de atenção à saúde com a proposta da ESF no município e os demais iniciaram sua atuação profissional na rede após a implantação deste modelo. Pode-se destacar que a rede de saúde do município pesquisado vem apresentando uma expansão gradativa da ESF, estabelecendo, a partir de 2004, a contratação dos profissionais via concurso público, apresentando, conseqüentemente, maior número de profissionais com pouco tempo de serviço. Esta é uma realidade cada vez mais presente, visto que a cada dia mais municípios aderem à Estratégia e criam novos postos de trabalho para profissionais de saúde da família.²¹

Com relação à formação complementar dos enfermeiros, identifica-se que três possuem especialização, um está cursando uma segunda especialização e dois enfermeiros possuem duas especializações integralizadas e a terceira em andamento. Identificou-se também que um está cursando a primeira especialização e apenas um enfermeiro não possui nenhuma especialização.

Os cursos realizados pelos enfermeiros da pesquisa são na área de: Terapias Alternativas, Urgência e Emergência, Saúde da Família, Auditoria em Serviços de Saúde, Docência e Administração Hospitalar.

Merece destaque o fato de que dois enfermeiros estão cursando a Especialização em Gestão em Saúde Pública e outros dois o Curso de Saúde da Mulher, ambas oferecidas pela Universidade Aberta em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Podem-se apontar como possíveis razões para a busca de atualização dos enfermeiros a facilidade de acesso aos cursos, visto que os mesmos são oferecidos pelo governo do estado ou,

ainda, a atuação dos enfermeiros na gestão ou na co-gestão das ABS e ESF e no planejamento das atividades nas diferentes áreas assistenciais.

Nessa perspectiva, autores²² referem que a gestão do serviço de saúde deve proporcionar as condições para a qualificação profissional para que os profissionais possam melhor desenvolver suas atividades e, conseqüentemente, beneficiar a organização, a clientela e a sociedade.

Assim, com relação à participação dos enfermeiros no Curso de Especialização em Gestão Pública, pode-se dizer que a mesma é pertinente, tendo em vista que, por delegação da gestão municipal, os enfermeiros assumem na atenção básica a gestão destes serviços de saúde. Situação semelhante é encontrada por Rocha e Zeitouné²³ ao analisar as características dos enfermeiros que atuavam no PSF, em Floriano no estado do Piauí, no qual os 24 enfermeiros que atuavam no ESF têm sob sua responsabilidade a coordenação das unidades de saúde.

As ações de gerenciamento realizadas na USF nem sempre estão previstas como função da enfermeira da equipe, mas que surgem como demandas da prática.²¹

Dentre os enfermeiros identificou-se que dois possuem vínculo empregatício junto a instituições de ensino atuando como docentes em cursos de nível médio e superior. Este dado remete a enfermeiros com diferentes práticas e exigências, pois sugere que estes aliam a sua prática assistencial à “formação prática na dialética com a teoria”.²⁴ Isso possibilita ao enfermeiro a compreensão histórica das práticas sociais e não a mera reprodução de uma prática tecnicista, transformando as informações em conhecimentos significativos para o cotidiano de seu trabalho.

Quanto à realização de cursos de capacitação de curta duração, dentre os entrevistados, identifica-se que três realizam cursos promovidos pela Regional de Saúde do Estado do Paraná, um relata ter realizado curso ofertado pelo gestor municipal e os demais realizaram os cursos por iniciativa própria.

Os dados revelam fragilidade em relação à política de educação permanente na medida em que metade dos enfermeiros manifesta ter buscado por conta própria a sua atualização para o trabalho.

É partindo da realidade dos serviços vivenciada pelos trabalhadores, gestores e usuários que o SUS será transformado. Ao administrar o serviço, o gestor precisa priorizar e incorporar a qualificação de seus trabalhadores. Sob esta perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 pela Portaria GM/MS nº 198, e recentemente alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, é definida como um dispositivo que busca favorecer mudanças nas práticas do trabalho em saúde, que articula o sistema de saúde com as instituições formadoras na identificação de

problemas cotidianos para a formulação de processos educativos que respondam à realidade e necessidades do SUS. Em conformidade com os documentos do Ministério da Saúde, os programas que compõem a PNEPS privilegiam a aprendizagem no trabalho, no próprio cotidiano do serviço em saúde.²⁵

Os programas elaborados com base na PNEPS partem do pressuposto da aprendizagem significativa por aproximar o mundo do trabalho ao mundo da educação, no qual o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS, permitindo, deste modo, que “o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas. Por isso tem sentido, é útil e mais próximo da realidade para o profissional”.²⁶

Deste modo, a proposta de educação permanente possibilita mudanças nas estratégias de organização e no modo de operar em saúde, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão e do controle social, devendo, portanto, ser encarada como uma importante estratégia de gestão.

Entende-se, com isso, que esta não deva ser uma preocupação exclusiva do profissional, tampouco que sejam definidas a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, a partir dos problemas de organização do trabalho, levando-se em consideração a necessidade de uma assistência de qualidade.

Neste estudo, constatou-se que a gestão municipal não possui uma política para a gestão da educação na saúde, limitando-se a incentivar a participação nos cursos oferecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

Para Lopes et al.,²⁶ deve-se assegurar a possibilidade de avançar no processo criando um cenário com os espaços mobilizados para a mudança, tendo em vista que “a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido com a saúde”. Assim, ações isoladas e pontuais não contribuem para as mudanças que alinhem a reorientação dos serviços às necessidades concretas em saúde.

Na medida em que a instituição assumir efetivamente a gestão da educação em saúde, poderá contribuir para que os profissionais de saúde articulem conhecimentos e ações resolutivas, convertendo em benefícios tanto para a satisfação das necessidades dos usuários quanto para os profissionais da ABS.

PERCEPÇÕES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A forma como o trabalho é realizado possibilita a percepção da atividade como significativa ou não, influenciando, deste modo, no sentido particular que ela assume para

cada sujeito, sendo que a partir da construção deste sentido específico é que emergem vivências de prazer e de sofrimento.

O trabalho, portanto, é visto face à coexistência de duas forças que se opõem, sendo as vivências de prazer e sofrimento entendidas como o sentido do trabalho e, assim, resultantes de uma relação dialética.²⁷

Deste modo, pode-se inferir que o trabalho pode ser, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de sofrimento, criando uma dinâmica de luta constante de prazer e evitação do sofrimento, objetivando a manutenção do equilíbrio psíquico. A Psicodinâmica do Trabalho reconhece que a centralidade do trabalho estrutura o ser humano, visto que “o trabalho não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, ele é também um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e historicização do sujeito”.^{28:143}

A partir deste pressuposto, buscou-se inquirir dos enfermeiros quais as atividades desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho na ABS e a percepção deste trabalho, visto que o significado do trabalho é determinado pelas escolhas e experiências do indivíduo e pelo contexto organizacional e ambiental no qual ele trabalha e determinam, portanto, as vivências de prazer e sofrimento neste trabalho.

Quando solicitado aos enfermeiros relatar o seu trabalho, os mesmos referiram que este se faz a partir de atividades como:

[...] coleta de preventivo, consulta de pré-natal de baixo risco, algumas dúvidas que elas (usuárias) tenham [...] relacionadas à saúde da mulher, aplicação e entrega de anticoncepcionais, [...], a sala de vacinas é de minha responsabilidade, orientações em geral, controle do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), tudo o que vem de problemas no dia-a-dia eu acabo resolvendo [...] (E1).

sou responsável por dois programas [...], atendimento aos pacientes e solicitação de insumos, cobrança das unidades de saúde em relação à busca ativa de pacientes faltosos, atendimento geral da unidade, triagem, assim, consulta de enfermagem, mas a maioria é uma triagem, você encaminha para o médico, [...], sondagem vesical, visita domiciliar aos acamados (E2).

ele vai tanto da parte administrativa, gestão de pessoal, a parte da manutenção e a assistência também. Faço atendimento, visita domiciliar, atendimento a livre demanda, alguns atendimentos agendados, trabalho de grupo, que é o caso do grupo de tabagismo, [...] e além disso eu faço todo trabalho administrativo, como organizar férias da equipe, solicitar materiais, equipamentos, manutenção, fazer pedidos de alguns insumos que

são específicos para unidade, além do atendimento à livre demanda, e substituo férias de colegas (E4).

A partir das falas, é possível identificar aspectos significativos em relação ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. O primeiro relaciona-se à amplitude das ações de enfermagem, o que inclui a realização de atividades que extrapolam o núcleo de competência dos enfermeiros. Dentre as ações executadas pelos enfermeiros do estudo, identificaram-se atividades habitualmente executadas pelos profissionais de nível médio de enfermagem, como por exemplo, a aplicação de método contraceptivo.

Assim, pelos achados deste estudo, por meio dos depoimentos e por ocasião da observação não participante, pode-se perceber a influência das condições de trabalho, em especial da falta de trabalhadores de enfermagem. Ao realizar o trabalho básico de enfermagem, ou seja, procedimentos como curativos, aplicação de injetáveis, os enfermeiros deixam de lado atribuições privativas e essenciais para a construção de um projeto de intervenção voltado para a emancipação da profissão.

Estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre/RS ²⁹ identificou situação semelhante, na qual os enfermeiros deixam de executar ações próprias de sua competência profissional em virtude do trabalho básico de enfermagem.

Outro aspecto significativo identificado por ocasião da observação diz respeito às práticas de atenção desempenhada por trabalhadores de enfermagem direcionadas ao atendimento individual e ações voltadas a grupos como hipertensos, diabéticos, dentre outros.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos ³⁰⁻³² realizados por Matumoto et al. (2011); Assis, Santos, Cerqueira (2003); Ermel, Fracolli (2006). Em todos os estudos o trabalho dos enfermeiros voltava-se à organização e manutenção da infraestrutura do serviço, à organização do trabalho da enfermagem e ações de saúde individual e coletiva submetidas ao modelo hegemônico, embora este possa não ser exatamente aquele que desejam ou que projetaram.

Os enfermeiros no âmbito da ESF devem realizar práticas assistenciais tais como as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência Básica (NOAS 2002). Estas ações incluem cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; consulta de enfermagem; solicitação de exames complementares; prescrição/transcrição de medicações conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão. ³³

No que se referem a atividades administrativas, de coordenação, supervisão e gerência de programas de saúde, projetos governamentais, não governamentais e/ou de

ação comunitária, destacam-se a organização de serviços e planejamento em saúde que envolve a elaboração, coordenação e execução de projetos de intervenção e impacto no setor da saúde.

Com relação às práticas educativas, a formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a capacitação de agentes comunitários de saúde e o desenvolvimento de processos de educação permanente dos profissionais de saúde, além de atividades comunitárias de educação para a saúde, são as atividades evidenciadas neste quesito.

A partir dessa descrição, pode-se perceber que, com a implantação da ESF, o enfermeiro tem seu papel ampliado dentro da equipe de saúde, responsabilizando-se pela atenção à saúde, contribuindo para a organização desta atenção e para a compreensão e comprometimento com a saúde como direito individual e coletivo,²⁹ assumindo, portanto, um papel de destaque para o alcance das mudanças pretendidas.

Na proposta de enfrentamento do processo saúde-doença do indivíduo ou da coletividade na perspectiva de reorientação do modelo assistencial, coube ao profissional enfermeiro a execução de ações administrativas/gerenciais, de assistência, de educação e comunicação, compreendendo os três níveis de atenção à saúde, promoção, prevenção e recuperação.

Porém, o cotidiano de trabalho dos profissionais da ABS encontra-se constituído e delimitado por um contexto sócio-histórico, o qual determina também as necessidades em saúde e que pode apresentar-se de diferentes formas; como exemplo, solicitação de consultas médicas, curativos, imunização entre outros, as quais podem ou não ser reconhecidas e capturadas como objeto de trabalho.

Este processo de reconhecimento das necessidades pelos trabalhadores é permeado pela concepção do processo saúde-doença e pelo projeto que se defende e determina deste modo, o seu objeto de ação, o qual pode ser o indivíduo biológico ou a sociedade, numa dinâmica de transformação mútua.³⁴

Pires^{35:743} contribui para a compreensão deste panorama ao afirmar que:

majoritariamente, a prática assistencial, a produção de conhecimentos e a formação profissional têm sido fortemente influenciadas pela ciência positivista e pelos padrões da biomedicina, de modo que no âmbito do trabalho coletivo em saúde, a enfermagem tem tido pouca força para se contrapor ou diferenciar-se do modelo hegemônico.

Ao adentrar neste cenário, encontramos uma enfermagem em meio a tensões, tentando romper com o modelo tradicional da assistência por meio da operacionalização de programas que defendem a saúde como direito, e que se propõe a garanti-lo por meio

de princípios organizativos, de acesso, universalidade, equidade e integralidade, em uma rede assistencial conformada pela lógica capitalista, da racionalidade técnica, da fragmentação das ações e da alienação do trabalhador.³⁶ Assim, a enfermagem ora atua aplicando resistência à situação, ora limita-se a reproduzi-la.

Ao abordar o trabalho nesse nível de atenção à saúde, observa-se que, desde a idealização das políticas públicas de saúde delimitadas por um contexto sócio-histórico e político, até as definições dos processos de trabalho pelas portarias e normativas, os profissionais envolvidos no processo de operacionalização são impelidos, frequentemente, a uma posição de mero executor.

A fala a seguir expressa a dificuldade encontrada pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho frente à organização da assistência:

[...] às vezes nos falta tempo porque a demanda é muito expressiva. Às vezes, a gente acaba “espremendo” o tempo para dar conta da demanda [...] (E3).

[...] no dia-a-dia é desgastante porque a gente tem que correr atrás e a estrutura, às vezes, não permite. Falta médico, falta vaga, falta profissional, às vezes aquele profissional não está disponível naquele momento [...] (E8).

Merhy e Franco,³⁷ analisando o processo de trabalho na ESF, apontam fragilidades na sua forma de estruturação, organização e gestão que comprometem a remodelagem da assistência. Dentre as fragilidades apontadas pelos autores, destaca-se que, embora a equipe passe a ser a ‘porta de entrada’ do serviço de saúde, o programa não possui um esquema para atendimento da demanda espontânea, contrapondo-se ao modelo de atenção à saúde que se pretende centrado no usuário.

No que se referem ao direcionamento das práticas multidisciplinares, os autores ressaltam que não há dispositivos capazes de romper com a dinâmica médico-centrada, haja vista a impossibilidade de operar nos fazeres do cotidiano de trabalho de cada profissional, os quais definem o perfil da assistência.

Os autores referem-se ainda ao alto grau de normatividade na implementação do programa, desde a estruturação das equipes aos diversos modos de fazer o programa, regulamentações que, de certo modo, o engessam. Essas normas devem ser seguidas rigorosamente, sob pena de o município ficar de fora do sistema de financiamento das equipes de ESF.

Ao relacionarem as necessidades de saúde da população e a autonomia dos enfermeiros na ABS, evidenciam-se as dificuldades encontradas por esses profissionais, visto que o grau de autonomia neste contexto é que, frequentemente, tem determinado o processo de trabalho desses.

Este embate pode comprometer o desempenho dos enfermeiros, com repercussões danosas à sua saúde mental, uma vez que, para o trabalhador “consentir em cooperar supõe, pelo menos em parte, reprimir sua inteligência e sua própria subjetividade”.²⁸

Quando questionados sobre como percebem seu trabalho, as respostas denotaram ambiguidade. Diante da demanda de trabalho e das circunstâncias na qual ele é realizado, os enfermeiros evidenciam sobrecarga de trabalho, embora o reconheçam como delicado, diferente, individual e prazeroso:

[...] eu percebo como um trabalho minucioso, delicado, ao mesmo tempo diferente, individual [...], eu percebo meu trabalho também de uma forma sobrecarregada, é cansativo, às vezes torna-se até repetitivo. É prazeroso e cansativo [...] (E3).

[...] eu gosto, acho muito bom, às vezes é cansativo, realmente, é cansativo, tem dias que eu saio daqui carregada de notícia ruim, como tem dias que o paciente te trata muito bem, tu te sentes realizada [...] (E1).

[...] sinto que, às vezes, existe uma sobrecarga e que você acaba não desenvolvendo tão bem quanto gostaria [...] (E4).

Depende. Tem horas que é desgastante, é muita coisa, é muita atribuição para uma só pessoa, mas gratificante quando você vê o resultado positivo da maioria das suas atividades (E6).

As manifestações acima revelam que os enfermeiros do estudo identificam no cotidiano de seu trabalho sobrecarga; reconhece que o mesmo é repetitivo, de grande amplitude e complexidade diante das necessidades de saúde da população atendida, o que, de certo modo, deixam-nos insatisfeitos. Entretanto, sentem-se recompensados diante dos indicativos da efetividade da assistência prestada, ou seja, embora a mobilização de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas gere esforço em demasia, a gratificação advém quando os usuários retribuem com um tratamento afetivo.

A sobrecarga referida pode ser atribuída à demanda crescente da população em buscar, nos serviços de saúde, soluções para necessidades em uma sociedade complexa nos seus aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais. Associa-se a

este cenário, o fato de que o enfermeiro tem assumido o papel de agente articulador dessas demandas com a estrutura do serviço e com os demais profissionais. Desta forma, assume a ‘porta de entrada’ no serviço, seja por meio do acolhimento nas USF, na triagem na UCS, seja na classificação de risco instituída nos serviços de pronto atendimento. Além disso, atuam como referência para os demais membros da equipe no encaminhamento de problemas e solicitações.²⁹

O enfermeiro representa um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde, ampliando a visibilidade sobre a sua prática.³⁸

Analisando as falas, verifica-se que os enfermeiros buscam na efetividade das ações realizadas e no reconhecimento o sentido para o desgaste vivenciado. Dejours³⁹ esclarece que, diante da impossibilidade de elaborarem nas organizações condições favoráveis para dominação do sofrimento, os indivíduos buscam no reconhecimento o sentido para o sofrimento, transformando-o em prazer.

Deste modo, a flexibilização do processo de organização do trabalho constitui-se como um condicionante para a obtenção de satisfação por possibilitar o emprego de aptidões psicoativas, psicossensoriais e psíquicas, propiciando ao trabalhador a demonstração de suas habilidades e, conseqüentemente, a diminuição de sua carga psíquica, ou seja, do sofrimento.²⁸

Percebe-se, com isso, que a maneira como o trabalho é desenvolvido e o produto gerado tem impacto sobre o que pensam e na maneira como percebem sua liberdade e sua autonomia. Para Morin,^{40:16} “é importante que a organização das tarefas e das atividades torne-se favorável à eficiência e que os objetivos visados, assim como os resultados esperados, sejam claros e significativos para as pessoas que o realizam”.

Neste delineamento, estudos^{41:12} corroboram que “o significado que o indivíduo experimenta no mesmo, seria decorrente de características específicas das tarefas que, ao serem percebidas como algo enriquecedor, gerariam como resultados: eficácia, satisfação e motivação intrínseca”, e complementam que, quando há um significado no trabalho e as suas funções são cumpridas como retribuição, o trabalhador experimenta sentimento de gratificação e prazer.

Nesta perspectiva, a Psicodinâmica do Trabalho postula que a forma como as tarefas são definidas, divididas e distribuídas, o controle, a ordem, a direção e a hierarquia caracterizam a organização do trabalho, a qual pode ser segmentada em divisão do trabalho, que se refere à divisão de tarefas entre os trabalhadores e em divisão dos homens, relacionada à divisão das responsabilidades, ao sistema hierárquico, às modalidades de comando, relações de poder. Para Dejours,⁴² a divisão do trabalho suscita

o sentido e o interesse pelo trabalho, enquanto que a divisão dos homens mobiliza os investimentos afetivos, a solidariedade e a confiança.

Por outro lado, esta estrutura organizacional nos aspectos relativos à divisão e conteúdo das tarefas, o sistema hierárquico e as relações sócio-profissionais estão subordinados a padrões específicos do sistema de produção, estabelecendo, portanto, uma relação de interdependência.⁴³

Assim, em decorrência do modo de produção capitalista, instalou-se no mundo do trabalho e no trabalho em saúde modos de produção em massa, a padronização dos procedimentos, o estabelecimento de metas, a fragmentação na organização do trabalho, a inserção maciça de tecnologia de ponta, a flexibilização das relações trabalhistas, dentre outras. Desta forma, pode-se observar que “a lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional”.^{44:87}

Esta forma de organização “acentua a divisão entre trabalho intelectual (médico) e o trabalho manual (profissões em enfermagem)”. O modelo médico-hegemônico, ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativa individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais, cujo objeto de prática não é privilegiado por esse modelo assistencial, como é o caso das ações desenvolvidas pelos enfermeiros.^{45:33}

O depoimento a seguir sinaliza a desqualificação percebida pelo enfermeiro no cenário estudado:

[...] agora que a gente está sem médico, a preocupação e o que a gente ouviu aqui é: o que vocês fazem agora que não tem médico? O que vocês ficam fazendo aí? Todo momento as pessoas querem saber, claro que é importante essa falta do médico, mas tem outras coisas que a unidade oferece [...]. Então eu acho que essa visão tem que mudar [...] porque Estratégia Saúde da Família tem outra visão, não é? (E7).

Este depoimento demonstra que ainda prevalece no imaginário popular, embora não apenas neste, a supremacia do trabalho médico, sedimentada na história da organização das profissões como detentora legal do saber em saúde, a qual lhe confere poder social e prestígio.³⁵

Uma parcela da população, e mesmo de alguns profissionais da saúde, tende a minimizar a dimensão do cuidado na prática dos enfermeiros, reduzindo-os a uma questão de subordinação e até de desvalorização profissional³⁵. Deste modo, social e culturalmente, o cuidar não mantém o mesmo *status* do curar.

Quando as tarefas evoluem na direção das tarefas imateriais, isto é, quando não há produção de bens materiais, no qual o produto gerado é ‘invisível’, é agravada a

invisibilidade da contribuição deste trabalhador e, conseqüentemente, do reconhecimento do seu trabalho⁴², levando a outro risco que é a perda da identidade e, conseqüentemente, ao adoecimento⁴⁶.

Ao perceber que seu trabalho é desvalorizado, o enfermeiro pode perder a motivação para continuar engajado. Até mesmo as atividades corriqueiras perdem sentido, tornando-se desgastantes ao ponto de automatizar suas ações. O fazer torna-se um fardo difícil de suportar, desencadeando um círculo vicioso que leva à subjugação do trabalho e, quando isto ocorre, imprime-se raiva ao produto, ficando o trabalho desprovido de afeto e, conseqüentemente, insuportável. Sob esta perspectiva, o sofrimento é capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade levando a conflitos mentais.⁴²

As falas a seguir expressam o sofrimento vivenciado pelos enfermeiros perante a desvalorização do seu trabalho:

Eu não sei hoje em dia, tem horas que eu me perco, porque é uma coisa tão intensa no dia-a-dia, que eu não sei até qual a importância disso, por exemplo, a triagem, as vezes eu fico me questionando [...]. Então na unidade onde as pessoas procuram, é a enfermeira, então eu vejo assim que, de repente, a pessoa chegando aqui eu sou obrigada a atender, eu não tenho como dizer não é comigo, vai embora, então eu atendo tudo o que chega na unidade. Eu nunca entendi se isso é o certo, se é o serviço certo para o enfermeiro, sabe? por isso eu me perco! Me perco na minha condição, exatamente (E2).

Então, [...] é a mesmice. Eu estava falando para as meninas (equipe de enfermagem) semana passada, eu odeio entregar medicação. Eu não me formei para entregar medicação, (risos), e toda hora você tem que entregar medicação, porque as pessoas são muito viciadas em medicação. Elas vêm sem receita, elas acham que você tem que dar a medicação (E7).

A partir dos depoimentos acima fica desvelado o sentimento de frustração dos enfermeiros diante de situações que denotam desvalorização, a qual tem como um de seus condicionantes a imaterialidade do trabalho em saúde e que remete à necessidade de uma reflexão acerca do produto final do trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde na rede básica caracteriza-se como sendo um serviço eminentemente relacional, que inclui a produção e manipulação de afetos e implica o contato humano.⁴⁶. Neste trabalho, o produto gerado é intangível e indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade⁴⁴ e difere da finalidade do trabalho que tem na ação orientadora sua melhor expressão. Para simplificar, utilizamos do exemplo dado por Souza et al.⁴⁷ para os quais a finalidade do trabalho na

emergência é a cura do indivíduo e que o produto seria o resultado da ação, neste caso, o alívio da dor.

Sendo assim, o resultado do trabalho não é materializável, sendo o produto final a própria prestação da assistência. Esta peculiaridade torna complexo o entendimento dos elementos deste processo de trabalho para o enfermeiro. Os depoimentos acima evidenciam a falta deste entendimento, visto que a triagem e a entrega de medicamentos não são percebidas como produtos resultantes do trabalho do enfermeiro, sendo consideradas inadequadas para serem realizadas pelo enfermeiro e, portanto, produtoras de insatisfação.

Aliado a esse aspecto, defende-se que pequenas mudanças na organização do processo de trabalho nessas unidades, como a implementação do acolhimento, pode trazer benefícios não apenas aos usuários, mas, sobretudo, aos profissionais. Para isso, considera-se o desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro subjetivo, em que a entrega de medicação e a triagem podem resultar na criação de vínculos e fortalecimento de laços produtores de saúde e possibilitar, deste modo, a visualização de resultados tangíveis por meio da efetividade da assistência.

O acolhimento aqui é compreendido como tecnologia das relações, também denominada de tecnologia leve, a qual, em conjunto com a formação de vínculo e a atenção integral, é considerada ação agenciadora da humanização em saúde.⁴⁸

Percebe-se, com isso, a importância e a necessidade do trabalhador contribuir para a organização de seu próprio trabalho, especialmente àquelas que possibilitam a superação das contradições entre o trabalho prescrito e real, despertando o afeto e o desejo no trabalhador.

Ao integrar-se à concepção, ao planejamento, à organização e à implementação das atividades relacionadas ao seu trabalho, o trabalhador mobiliza consciente e inconscientemente estratégias para enfrentamento de todo tipo de situação, sejam mais ou menos desafiadoras, recrutando esforços para que os objetivos sejam alcançados. E, nesta dinâmica, há maior comprometimento com os resultados, uma vez que a satisfação advinda é tida como recompensa, não apenas pela colaboração com o processo de organização do trabalho, mas pela transformação do seu eu, pois “o trabalho se inscreve na dinâmica de realização do ego” visto que “este sofrimento não foi em vão, [...] e fez do indivíduo uma pessoa diferente daquela que ela era antes do reconhecimento.”^{49:55}

Assim, ele poderá mobilizar recursos cognitivos como a criatividade, substrato importante para a transformação do sofrimento em prazer. Os trabalhadores que executam suas atividades com prazer poderão assumir atitudes mais positivas frente aos desafios no trabalho e, indubitavelmente, poderão contribuir para uma assistência mais qualificada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao sistematizar algumas considerações finais, retomam-se as inquietações iniciais, procurando compreender o trabalho do enfermeiro da ABS de um município do interior do Paraná, a partir de características sócio-demográficas e laborais, e da percepção destes acerca das práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho.

Essas práticas inseridas em um conjunto particular de condições que se relacionam o espaço físico, recursos materiais e de pessoal próprias de cada unidade de saúde, são vividas por eles de modo singular, com uma atribuição de sentidos próprios à expressão de sua subjetividade.

E é neste contexto, conformado pelo modelo de organização do trabalho prescrito pela organização e pelas relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho, que emergem vivências de prazer ou de sofrimento.

O perfil sócio-demográfico e laboral dos enfermeiros da ABS identificou que são enfermeiros com média de idade de 36 anos, todos do sexo feminino, três trabalhadores atuam na USF, dois em unidades de PACS e os demais em UCS, denominada como NIS III.

O tempo de formação variou entre três e 20 anos, com uma média de 9,1 anos. O tempo de trabalho na ABS variou entre um ano e meio a 19 anos, sendo a média de 4,6 anos, demonstrando que apenas uma enfermeira vivenciou as mudanças de modelo de atenção à saúde com a proposta da ESF no município.

Quanto à formação, observou-se que, com exceção de um enfermeiro, os demais cursaram a graduação após a criação do ESF (1994). Em relação à formação complementar dos enfermeiros, identificou-se que três possuem especialização, um está cursando uma segunda especialização; dois enfermeiros possuem duas especializações integralizadas e a terceira em andamento, um está cursando a primeira especialização e apenas um não possui nenhuma especialização. Os cursos realizados são nas áreas de: Terapias Alternativas, Urgência e Emergência, Saúde da Família, Auditoria em Serviços de Saúde, Docência e Administração Hospitalar.

Identificou-se ainda que dois enfermeiros possuem vínculo empregatício junto a instituições de ensino atuando como docentes, um em curso de nível médio e outro em curso de nível superior. Quanto à realização de cursos de capacitação de curta duração, identificou-se que três realizam cursos promovidos pela Regional de Saúde do Estado do Paraná, um realizou curso ofertado pelo gestor municipal e os demais realizaram os cursos por iniciativa própria.

A fim de conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do trabalho desenvolvido na ABS, partiu-se da descrição do trabalho desenvolvido sob a perspectiva de que a forma

como o trabalho é realizado favorece a percepção da atividade como significativa ou não, influenciando, deste modo, o sentido particular que ela assume para cada sujeito, sendo, a partir da construção deste sentido específico, que emergem vivências de prazer e de sofrimento.

Quanto às atividades realizadas, destaca-se que as ações relatadas são compatíveis com as ações preconizadas pelo documento do MS³³, as quais foram agrupadas nas categorias formuladas pelo documento: práticas assistenciais; administrativas, de coordenação, supervisão e gerência; práticas educativas, demonstrando a amplitude das ações de enfermagem.

Entretanto, dois aspectos significativos foram evidenciados nas falas e corroborados por ocasião da observação não participante que se relacionam à realização de atividades que extrapolam o núcleo de competência dos profissionais de enfermagem e às práticas de atenção direcionadas ao atendimento individual e ações voltadas a grupos prioritários caracterizados por risco biológico, como hipertensos, diabéticos, entre outros.

Este cenário sinaliza para a forte influência da ciência positivista e pelos padrões da biomedicina³⁵ em uma rede assistencial conformada pela lógica capitalista, da racionalidade técnica, da fragmentação das ações e da alienação do trabalhador³⁶; embora se busque a operacionalização de programas que defendem a saúde como direito e que se propõem a garanti-lo por meio de princípios organizativos, de acesso, universalidade, equidade e integralidade.

O confronto estabelecido neste cenário permeado por crescentes demandas da população em saúde, aliado ao engessamento provocado pelo alto grau de normatividade na implementação do programa, somadas à inexistência de dispositivos que permitam a organização do atendimento da demanda espontânea, tem gerado sobrecarga aos enfermeiros do estudo e, conseqüentemente, insatisfação com o trabalho desenvolvido.

Na tentativa de atribuir sentido ao seu trabalho, os enfermeiros da ABS elencaram a efetividade da assistência e o reconhecimento em relação à utilidade do trabalho ao modo como enxergam sua realização.

Nesse sentido, destaca-se que o trabalho na ABS acontece nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, devendo constituir-se como um espaço de construção de uma prática que se traduza na resolutividade, na integralidade, na equidade, o que implica uma organização dos serviços alinhada não apenas ao enfrentamento das necessidades de saúde conhecidas, tangíveis, situadas na dimensão biológica, mas que contemple as demais dimensões integradoras do ser humano, determinando, portanto, as práticas profissionais nesta área.

Os estudos da Psicodinâmica mostram que o prazer no trabalho pode ser obtido por via direta, decorrente da identificação com o trabalho; ou por via indireta, a partir da resignificação do sofrimento no trabalho, estando estritamente relacionado à mobilização subjetiva. Porém, o prazer adquirido dessa forma pode ter curta duração, ressurgindo o sofrimento ante a recorrência dos fatores desencadeantes.⁵⁰

Deste modo, defende-se que a organização do trabalho na ABS deve favorecer a construção da identidade do enfermeiro, a realização, a expressão de sua criatividade, o reconhecimento e a liberdade, que permitam ao trabalhador tornar-se sujeito de seu trabalho e, quem sabe, reencantando-se com a profissão.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Direito sanitário e saúde pública. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília (DF); 2003; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitosanitario_Vol1.pdf; Acesso em: 04 nov. 2011.

2 Feuerwerker L M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comunic. Saúde, Educ., Botucatu (SP), v. 9. n. 18. p. 489-506, set.-dez. 2005.

3 Campos CEA. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam e Com. 2006 jul; 6(2).

4 Montenegro L C . A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

5 Ministério da Saúde (BR). Portaria número 648, 28 de março de 2006. Brasília (DF); 2006.

6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito sanitário e saúde pública. Brasília (DF); 2003. [citado em 04 nov. 2011]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitosanitario_Vol1.pdf>.

7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 - 2011. [citado em out 2011]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_>.

8 Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

9 Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.

10 Mendes AM Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1999.

11 Mendes AM. Satisfação e prazer no trabalho: A perspectiva da psicodinâmica. Revista Psicologia Online. 2004 fev.

12 Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

13 Collière MF. Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

14 Rocha BS et al. Enfermeiros Coordenadores de Equipe Programa Saúde da Família: Perfil Profissional. Rev. Enferm. UERJ. 2009. 17(2):229-33.

15 Lopes MJM, LEAL SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos Pagu. 2005 jan. (24):105-125.

16 Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil. Relatório Final 2006. Rio de Janeiro; 2006. [citado em 16 mar 2013]. Disponível em: http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf.

17 Franco T. A centralidade do trabalho na visão da Psicodinâmica de Dejours. Caderno CRH, Salvador. 2004 mai. 41(17):309-321.

18 Resck ZMR. A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.

19 Carvalho YM, Ceccim R B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. [citado em dez 2012] Disponível em: <https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>.

20 Alves S M, Penna, CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enf. 2004; 57(4):441-6.

21 Faustino RLH et al. O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. REME - Rev. Min. Enf. 2004 out; 8(4):464-469.

22 Nascimento IJ, Leitão RER, Vargens OMC. A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro.2006 jul; 14(3):350-6.

23 Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. R Enferm UERJ, 2007 jan. 15(1):46-52.

24 Moraes CAM. Enfermeiro Educador, Enfermeiro Professor: Formação e Práticas Educativas [dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2004.

25 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e promoção da saúde. Brasília (DF); 2007.

26 Lopes SES et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas em saúde. Com. Ciências Saúde. 2007; 18(2):147-155.

27 Martins ERC, Zeitoune RCG. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007 dez; 11(4):605-10.

28 Dejours C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas; 1994.

29 Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008 set; 16(5).

30 Matumoto S et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011 jan; 19 (1).

31 Assis MMA, Santos DG, Cerqueira EM. A prática da enfermeira no processo de municipalização da saúde: ampliando o espaço profissional. *Rev. Baiana de Enfermagem, Salvador.* 2003 jan; 18(½):111-123.

32 Ermeli RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(4):533-9.

33 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de descentralização de gestão da assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM N. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

34 Matumoto S, Mishima S, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2001 jan; 17(1):233-241.

35 Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev. Bras. enferm.* 2009 set; 62(5).

36 Rios IC. *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.* São Paulo: Áurea, 2009.

- 37 Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrado nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*. 2003 set; 27(65).
- 38 Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(3):441-8.
- 39 Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.T. (Org). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas; 1993.
- 40 Morin EM. Os sentidos do trabalho. *ERA*. 2001 jul; 41(3).
- 41 Coda R, Fonseca GL. Em busca do significado do trabalho: Relato de um estudo qualitativo entre executivos. *Rev. Bras.de Gestão de Negócios - FECAP*.2004 abr; (14).
- 42 Dejours C, Sznelman L. (org.). *Christopher Dejours: Da Psipatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004.
- 43 Mendes. AM. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol. cienc. prof.* 1995; 15(1-3): 34-38.
- 44 Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2ª.ed. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT: Annablume; 2008.
- 45 Lima AD. *O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática [Dissertação]*. Bahia: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2011.
- 46 Traesel ES. *A psicodinâmica do reconhecimento: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores de enfermagem em um hospital no interior do Rio Grande do Sul [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007
- 47 Souza SS et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(3):449-55.
- 48 Mehry EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec; 2005

49 Martins JT. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

50 Mendes AM. Da Psicodinâmica a psicologia do trabalho. In: MENDES, A.M. (Org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

ARTIGO 2³**O TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO**

³ Artigo formatado segundo as normas da revista **Gaúcha de Enfermagem (B1)** Ressalta-se que este artigo não se encontra no formato final para ser enviado ao referido periódico. Dessa forma, o número de laudas, bem como a formatação final, será realizado no momento da submissão ao periódico.

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar as vivências coletivas de prazer e sofrimento dos enfermeiros e as formas de enfrentamento utilizadas. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, realizado na ABS de um município no interior do Paraná. Estudo realizado com oito enfermeiros das UCS, Unidades de ESF e PACS, sendo utilizada entrevista semiestruturada e observação não participante para coletar os dados. E para análise, foi utilizada a Análise Temática de conteúdo. Identificou-se que o prazer associa-se à relação que estabelece com os usuários e as tarefas, uma vez que possibilita a percepção de um trabalho importante para o outro. O sofrimento está vinculado à falta de reconhecimento, à ingerência administrativa e à falta de comprometimento no trabalho multidisciplinar. Verificou, ainda, que o predomínio de estratégias defensivas evidencia a inexistência de um coletivo de trabalho em que o sofrimento não é ressignificado, visto que é apenas afastado.

Descritores: Enfermagem; Trabalho; Atenção Primária à Saúde.

O TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO

ABSTRACT

The study aims to analyze the collective experiences of pleasure and suffering of nurses and ways of coping. It is a descriptive study with a qualitative approach based on Work Psychodynamics realized in PHC of a municipality inside state of Paraná. Study realized with eight nurses from HCU, FHS Units and CHAP, being used the semi-structured interviews and non-participant observation for data collection. It was used for analysis the content analysis. It was identify that the pleasure is associated with the relationship established with users and

tasks because allows the perception of an important work to another. The suffering is linked to the lack of recognition, administrative interference and lack of involvement in multidisciplinary work. I was also verified that the prevalence of defensive strategies evidence the absence of a collective work where the suffering do not have meaning new, because it is just away.

Descriptors: Nursing; Work; Primary Health Care.

THE NURSES' WORK IN PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCES OF PLEASURE AND SUFFERING

RESUMEN

El estudio objetiva analizar las vivencias colectivas de placer y sufrimiento de enfermeros y las formas de enfrentamiento utilizadas. Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, fundamentado en la Psicodinámica del Trabajo, realizado en la APS de un municipio en interior del Paraná. Estudio realizado con ocho enfermeros de UCS, Unidades de ESF y PACS, siendo utilizada entrevista semi-estructurada y observación no participante para recolección de datos. Para análisis se utilizó el análisis de contenido. Se identificó que el placer se asocia con la relación establecida con usuarios y tareas, ya que permite la percepción de un trabajo importante al otro. El sufrimiento está vinculado a la falta de reconocimiento, ingerencia administrativa y falta de compromiso en el trabajo multidisciplinar. Se observó también que el predominio de estrategias defensivas revela la ausencia de un colectivo de trabajo donde el sufrimiento no es resignificado, pues es sólo dejado fuera.

Descriptores: Enfermería; Trabajo; Atención Primaria de Salud.

TRABAJO DE LOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: VIVENCIAS DE PLACER Y SUFRIMIENTO

INTRODUÇÃO

Este artigo consiste na apresentação dos resultados de uma dissertação que teve como base teórica os pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, fundamentada por Dejours⁽¹⁻⁵⁾, e objetivou analisar as vivências coletivas dos enfermeiros na Atenção Básica à Saúde (ABS) e as formas de enfrentamento utilizadas.

A ABS é definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”^(6:19).

Os serviços de ABS trazem como prerrogativa um novo modelo assistencial, cujo olhar se volta na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença e na inclusão do usuário como sujeito protagonista da produção de saúde, implicando na reestruturação e organização das práticas de cuidado, no favorecimento da produção de vínculo, no trabalho em equipe e na produção da cidadania.

Os profissionais de saúde que atuam na ABS representam um importante recurso de melhoria da assistência à saúde da população. E, neste contexto, devem atuar na perspectiva da vigilância à saúde, como proposta de reorientação do modelo assistencial, pautando-se nos pressupostos da promoção da saúde e da humanização⁽⁷⁾.

Escolheu-se o contexto da enfermagem na ABS, mais especificamente do enfermeiro, dada a importância deste profissional como agente articulador e promotor da saúde, por meio

de atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações em saúde. Além disso, este trabalhador tem ocupado espaços estratégicos para a implementação de políticas sociais, em especial de saúde⁽⁸⁾, e tem tido papel de destaque na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁹⁾.

Neste sentido, é consenso que o cuidado constitui-se no núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem^(10,11), credenciando-a para a mobilização e interlocução com os demais agentes para a efetivação deste cuidado.

Neste âmbito da assistência, o processo de trabalho dos enfermeiros caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações que apresentam maior proximidade com os usuários, o que tem trazido maior visibilidade e importância social e política para os profissionais⁽¹²⁾.

Entretanto, embora em duas décadas seja notável a ênfase na mudança do modelo de atenção atribuída pelos gestores, seja a nível federal, estadual ou municipal, por meio da implantação de uma nova política, que tem no seu eixo discursivo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a sua consolidação, não há como desconsiderar a influência de fatores sociais, econômicos e políticos, bem como do espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho em saúde, na definição da estruturação e organização dos serviços e do funcionamento e do perfil assistência respectivamente⁽¹³⁾.

Neste sentido, diversos autores^(14,13,15,16) apontam a fragilidade da organização das redes de serviços e a reprodução do modelo biomédico dominante, que distanciam a disposição de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada.

No modelo biomédico, o núcleo cuidador ocupa um papel irrelevante e complementar, na medida em que enfraquece a dimensão cuidadora do trabalho em saúde e subordina os demais profissionais à lógica dominante⁽¹⁷⁾.

A prática da enfermagem na ABS, não imune à lógica dominante e inserida em um conjunto particular de condições que se relacionam no espaço físico, recursos materiais e de

peçoal próprias de cada unidade de saúde, “tem tido pouca força para se contrapor ou diferenciar-se do modelo hegemônico^(18:743).

O cotidiano de trabalho dos enfermeiros na ABS possui características próprias do trabalho em geral e expressa a necessidade de cumprir uma finalidade útil. Para tal, possui um conjunto de normas e rotinas que o norteia, pressupõe hierarquização e fragmentação e está subordinado ao modo capitalista de produção as quais, por si, tensionam as relações imbricadas neste ato.

Entretanto, os resultados não constituem mercadorias passíveis de comercialização, mas são serviços produzidos entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção se dá no próprio ato e o produto é a própria realização da atividade⁽¹⁹⁾.

O trabalho em saúde entendido, portanto, na perspectiva de um processo de produção do cuidado⁽²⁰⁾, apresenta como principal peculiaridade intensa relação interpessoal e dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato⁽¹⁷⁾, caracterizando-o como eminentemente relacional, coletivo e circunscrito sócio-historicamente em todos os momentos em que é realizado⁽²¹⁾.

Associam-se também à prática de enfermagem peculiaridades que incluem normatização, hierarquização, desvalorização profissional e social, remuneração inadequada⁽²²⁾, que, somadas à crescente demanda populacional em busca de atendimento nas unidades de saúde, sejam em Unidades de Saúde da Família (USF) ou em Unidades Convencionais de Saúde (UCS), com complexas e variadas necessidades em saúde e as deficientes condições de trabalho, podem desencadear formas variadas de danos à saúde psíquica destes trabalhadores⁽²³⁾.

Ao avaliar o trabalho dos enfermeiros na ABS, Beck et al.^(24:494) concluíram que “há entraves no cotidiano laboral que podem ser traduzidos como problemas de difícil solução, o que pode comprometer a saúde do trabalhador e o desenvolvimento das atividades. Executar o

trabalho na tentativa de burlar essas dificuldades, trabalhar com falta de recursos materiais e humanos, além do descontentamento da comunidade, é uma tarefa árdua e pode contribuir para a sobrecarga física e mental do trabalhador”.

A partir desta análise, observa-se que no cotidiano de trabalho do enfermeiro na ABS problemas de dimensão objetiva e subjetiva interagem entre si e podem desencadear alterações nos processos biopsíquicos. Neste sentido, a psicodinâmica do trabalho esclarece que tanto o modelo de organização do trabalho prescrito, como as relações subjetivas que permeiam a relação do binômio homem-trabalho, tem papel fundamental na determinação de vivências de prazer, com consequências para a produtividade⁽²⁵⁾.

O MS também reconhece esta relação quando afirma que “o trabalho ocupa um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas”, visto que ao favorecer a livre utilização das habilidades dos trabalhadores proporciona prazer, bem estar e saúde. Por outro lado, quando desprovido de significação, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça, seja à integridade física ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico.

Dejours⁽²⁶⁾ aponta como principais agravantes do sofrimento no trabalho: impedimento para o uso da inteligência criativa; a recusa generalizada da utilização necessária dessa inteligência e a ausência de reconhecimento em relação aos esforços empreendidos na execução das atividades. Por outro lado, afirma que as fontes de prazer emergem da possibilidade de utilizar a inteligência criativa sem encontrar obstáculos por parte da organização e, principalmente, no reconhecimento da contribuição dada à organização.

Por estas razões, a compreensão das situações desencadeadoras de prazer e sofrimento na perspectiva dos enfermeiros na ABS e as formas de defesa utilizadas neste enfrentamento constituem o ponto de partida para a interferência na tensão existente entre as exigências do campo da saúde e a idealização dos profissionais acerca das suas ações profissionais⁽²⁷⁾.

Deste modo, faz-se importante salientar que não há uma dicotomia entre as fontes de prazer e as de sofrimento. Elas parecem se relacionar como um continuum, tratando-se de aspectos similares e que, quando presentes, produzem efeitos de satisfação, mas quando ausentes ou em excesso, trazem sofrimento, podendo acarretar até mesmo problemas físicos⁽²⁸⁾.

Visto desse modo, pode-se inferir que o prazer e o sofrimento coexistem no ambiente de trabalho, podendo haver predomínio de um sobre o outro, implicando um movimento constante de luta do trabalhador na busca do equilíbrio psíquico⁽²⁹⁾.

Contudo, os pressupostos da psicodinâmica do trabalho fazem emergir aspectos da história de vida do trabalhador e o grau de investimento psíquico como determinantes para a compreensão e consequentes modos de reação dos mesmos às situações de trabalho, o que para Dejours^(29:18) representa “o paradoxo psíquico do trabalho”. Para alguns se constitui fonte de equilíbrio, para outros é causa de fadiga. Ou seja, o trabalho pode ter como consequência sentimentos de satisfação, gratificação pessoal/profissional, ansiedade e medo, dependendo do sentido a ele atribuído.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, cujo modelo teórico está fundamentado na psicodinâmica do trabalho da escola Dejouriana. As pesquisas qualitativas em saúde são adequadas devido à natureza do objeto a ser pesquisado, na medida em que possibilitam o estudo dos significados, percepções e desejos, fenômenos humanos que permitem a compreensão do ser humano em suas relações com o mundo, na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam^(30, 31).

O estudo foi desenvolvido com os profissionais de enfermagem da rede de atenção de saúde de um município do interior do Paraná, que compõem um universo de 22 enfermeiros, dos quais oito participaram da pesquisa. Como critérios de inclusão foram eleitos estar atuando na ABS por, no mínimo, um ano e estar em campo por ocasião da coleta de dados.

Para a análise dos dados coletados, adotou-se um processo organizativo sistematizado e respaldado em Bardin (2009) que propõe a Análise Temática de Conteúdo.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados observação não participante e entrevista semiestruturada. A escolha da unidade a ser observada e a sequência em que ocorreu deveu-se ao critério de sorteio. A observação não participante ocorreu quando da realização de procedimentos junto aos usuários e em atividades junto à equipe.

O tempo destinado para as observações não participantes foi estabelecido a partir da saturação dos dados, quando as informações tornaram-se recorrentes e os objetivos do estudo foram alcançados. Foram entrevistados oito enfermeiros, utilizando-se para delimitar a suficiência dos dados e encerrar a etapa empírica o critério de saturação⁽³²⁾.

A pesquisa foi registrada junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria UFSM, protocolo CAAE nº 00573612.3.0000.5346, em conformidade com a Resolução 196/1996⁽³³⁾ que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ressalta-se que o estudo dos aspectos Psicodinâmicos da relação ser humano-trabalho não pode desconsiderar que as vivências de prazer-sofrimento decorrentes da organização do trabalho são dialéticas e, por isso, não podem ser estudados separadamente, visto que podemos identificar elementos específicos da organização do trabalho que favorecem uma ou

outra vivência, assim como a dinâmica delas decorrente⁽²⁵⁾. Entretanto, neste estudo, optou-se pelo desmembramento, visando aprofundar a compreensão.

Assim, com base no referencial teórico e metodológico de Análise Temática de Conteúdo⁽³⁴⁾ e dos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, foram elencadas três categorias de modo a abranger o que se pretendia mostrar em cada uma delas tendo-se, porém, a consciência de sua limitação em expressar todos os elementos encontrados no campo: Vivências de sofrimento no trabalho do enfermeiro na ABS; Vivências de prazer no trabalho do enfermeiro na ABS e Estratégias de enfrentamento no combate às dissonâncias no trabalho na perspectiva dos enfermeiros no contexto da ABS.

Contudo, analisar as vivências de prazer e sofrimento advindos do trabalho em saúde, em particular do trabalho dos enfermeiros na ABS na perspectiva da Psicodinâmica do trabalho implica, impreterivelmente, o entendimento de algumas ideias centrais que subsidiaram este artigo.

Primeiro, o trabalho como construto de identidade pessoal e social e, portanto, com significado que extrapola a mera execução. O trabalho transcende o concreto, o *fazer* e se instala na subjetividade, no *ser*, resultando na realização de si mesmo⁽³⁵⁾. Deste modo, ele não requer apenas o engajamento do corpo, mas, sobretudo, da personalidade para fazer frente às tarefas delimitadas por pressões materiais e sociais⁽³⁸⁾.

O sentido de autorrealização dos sujeitos está conformado a um plano de vida idealizado, pressupondo a sua viabilização por meio do reconhecimento social, da inserção em grupos, da visibilidade, do acesso a direitos sociais e ao consumo⁽³⁶⁾. Porém, segundo o autor, é diante do real do trabalho que este plano pode ou não encontrar condições de canalização.

Nesta perspectiva, o trabalho tem a centralidade enquanto elemento estruturante ou patológico, a depender das situações específicas e do tipo de relação psíquica estabelecida

pelo sujeito com o trabalho, mais especificamente entre a dimensão da organização do trabalho.

Para a psicodinâmica, o processo de trabalho é visto em sua dupla dimensão, condições de trabalho e organização do trabalho; porém, tem como base analítica a organização do trabalho, isto é, a divisão de tarefas, por um lado, e a divisão de homens por outro.

Segundo, o reconhecimento da dinâmica de trabalho de sujeitos em relação no processo de produção de saúde. Para Martins^(21:56), “o cotidiano de trabalho dos enfermeiros na ABS é considerado eminentemente relacional, coletivo e circunscrito sócio-historicamente em todos os momentos em que é realizado”.

O trabalho na ABS acontece, portanto, nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, conformando-se em um modo de trabalhar específico, pertencente à esfera da produção não material em que o consumo se dá imediatamente no momento de sua realização⁽¹⁹⁾, denominado de trabalho vivo em ato⁽³⁷⁾. Este objetiva o cuidado ao indivíduo visando à manutenção e à recuperação de saúde, no qual os diversos saberes se complementam, tornando essa prática coletiva pressupondo complementaridade.

Terceiro, trabalhar pressupõe o confronto com o real, implicando frustração e sofrimento. Para a psicodinâmica, há uma distância entre a organização prescrita conformada pelo planejamento, objetivos das tarefas, regras, normas, procedimentos técnicos, estilos de gestão, pressões e modo operatório e o real do trabalho “que se revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, à técnica, ao conhecimento”^(38:28). Assim, o real revela-se ao sujeito sempre afetivamente e de forma desagradável^(38, 39).

O sofrimento resultante do encontro com o real do trabalho pode ter dois destinos: tornar-se patogênico ou criativo. O primeiro decorre da impossibilidade de elaboração nas organizações, de condições favoráveis para se beneficiar do trabalho para a dominação do

sofrimento. No segundo caso, o sofrimento é transformado em prazer, fortalecendo sua identidade^(40,41).

E quarto, por meio da valorização e do reconhecimento, é possível (re)significar o trabalho e o sofrimento, viabilizando a transformação do sofrimento em prazer e contribuindo para a saúde mental⁽⁴²⁾.

Vivências de sofrimento no trabalho do enfermeiro na ABS

A atividade de trabalho é determinada pelas características do trabalhador, pelas regras de funcionamento da instituição, pelo status e espaço de negociação, pela tarefa prescrita e a efetivamente realizada. Disso resulta “um modo operatório particular, proveniente de uma negociação interna do trabalhador para compatibilizar a tarefa prescrita com suas características pessoais e atender aos objetivos da produção”^(43:15).

Com isso, a atividade de trabalho demanda “uma carga de investimento, ao mesmo tempo, físico, cognitivo e psíquico”^(43:16). A carga psíquica, é resultante das exigências dos modos de adaptação do trabalhador à organização do trabalho, como também da incongruência entre o desejo do trabalhador e a organização prescrita pelo trabalho⁽²⁹⁾. O modelo de gestão, por sua vez, ao restringir a liberdade dos sujeitos, retira a possibilidade do mesmo de fazer uso de ações necessárias para fazer frente ao trabalho prescrito⁽⁴⁴⁾ e favorece o sofrimento.

Na perspectiva da Psicodinâmica, a satisfação com o conteúdo da tarefa frente ao perfil da organização vai determinar ou não o sofrimento no trabalho, uma vez que, quanto maior a rigidez da organização do trabalho, menor são as possibilidades de mudança, reduzindo o seu significado e, conseqüentemente, produzindo sofrimento no trabalhador⁽⁴⁵⁾.

Alguns dos aspectos do trabalho que podem produzir insatisfação ou sofrimento podem estar relacionados à natureza das tarefas a serem realizadas, as condições ambientais e ao modo como são realizadas as tarefas, ou, ainda, à forma como se organiza o trabalho.

Pode-se destacar, ainda, as dificuldades relativas aos relacionamentos interpessoais, tanto entre os pares ou a chefia, eventualmente relacionadas à competição, pressão por produtividade, frustração no que se refere às expectativas de reconhecimento, a sensação de injustiça ou desrespeito, o enfrentamento de dificuldades próprias da tarefa, a falta de sentido da própria atividade, o medo do desemprego ou de não satisfazer as exigências da função assumida. Estes fatores podem fazer-se presentes de diferentes formas com repercussões diversas⁽⁴⁶⁾.

Nessa perspectiva, o sofrimento é visto como uma vivência subjetiva, a partir do encontro do sujeito mobilizado por sua história de vida com as situações de trabalho que estão, em sua maioria, independentes de sua vontade⁽⁴⁷⁾.

Deste modo, evidenciar o sofrimento dos enfermeiros na ABS foi tarefa que exigiu muito cuidado no processo metodológico efetivado e a análise dos dados permitiu evidenciar três fatores relacionados ao sofrimento no trabalho: a falta de reconhecimento, a ingerência administrativa e a falta de comprometimento no trabalho multidisciplinar.

A falta de reconhecimento

Na ABS o cotidiano do trabalho é permeado por diversas situações que passam pela desestruturação das equipes, a desarticulação entre setores e a insuficiência de recursos, sejam humanos, sejam materiais. Associam-se a este quadro a demanda crescente da população, as modificações na dinâmica familiar, a cronicidade das doenças, a resistência dos usuários ao

tratamento, as mudanças de hábitos de vida, as quais impõem limites na resolução dos problemas de saúde da população.

No entanto, cabe ao setor da saúde dar respostas a esta multiplicidade de necessidades, seja por meio de intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade, seja nos espaços da vida cotidiana⁽⁴⁸⁾.

Autores, ao referirem-se ao processo de expansão das estratégias de reorganização da ABS no Brasil na década de 90, afirmam que “o trabalho na atenção básica vem passando por mudanças nas dimensões teórico-conceituais e metodológicas, sem correspondência quanto às condições concretas para a produção das ações de saúde nas unidades e serviços”^(49:207).

A ABS tem sido apontada como estratégica para a reorganização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde. Porém, na mesma proporção de sua ampliação, evidencia-se a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços e em qualificar a gestão do cuidado.

Relacionada a esta equação, diversas razões são apontadas no relatório do Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite^(50:4), e evidenciam a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado, tal como: modelo de atenção fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta; o cenário brasileiro caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio-econômicas e de necessidades de saúde da população; elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e a complexa interrelação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo efetividade, financiamento público insuficiente, fragmentado e de baixa eficiência no emprego dos recursos públicos, dentre outros.

Considerando a complexidade destes desafios, o cotidiano de trabalho na ABS tem se caracterizado como pouco atraente e ineficaz do ponto de vista do profissional e do usuário,

na medida em que se encontra marcado pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, a precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com as políticas em saúde.

Esta situação tem como reflexo a insatisfação da população que, ao não encontrar respostas às suas necessidades, minimiza o esforço empreendido dos profissionais, particularmente do enfermeiro, a quem coube, em geral, gerenciar o serviço, imputando-lhe responsabilidade pela ineficiência do serviço. Este fato provoca nos enfermeiros sentimentos de impotência e de injustiça, não encontrando, frequentemente, significado para todo o esforço empreendido, como revela a fala a seguir:

Sofrimento quando a gente não é reconhecida. Você tenta dar o máximo de você, faz o possível para ajudar as pessoas. A gente, muitas vezes, tem que seguir as normas, muitas coisas não dependem de mim, enfermeira, não depende de nós, depende dos nossos superiores, secretários, prefeito. Muitas vezes, a gente não consegue atingir o objetivo do paciente e o paciente acaba nos desacatando. Eu sinto bastante sofrimento nesse lado, quando você dá o máximo de você, porque eu estou aqui para ajudar o próximo, mas nem sempre a gente agrada a todos (E5).

Esta fala possibilita algumas reflexões acerca do trabalho do enfermeiro no contexto da ABS estudada, a começar pela conotação de trabalho caritativo atribuído pelo enfermeiro ao afirmar “[...] porque eu estou aqui para ajudar o próximo [...]”. Essa concepção tem raízes no surgimento da enfermagem, atrelada ao poder da igreja da época, que vinculava a ajuda ao alcance da gratificação, seja no mundo terreno ao sentirem-se satisfeitos com o trabalho, seja, implicitamente, na recompensa em uma dimensão superior pela caridade efetuada⁽⁵¹⁾.

Entretanto, ao tomar a enfermagem como vocação, subtrai-se dela o caráter de um trabalho realizado em uma sociedade concreta em que o enfermeiro é um trabalhador que vende a sua força de trabalho para assegurar a sua existência⁽⁵¹⁾.

A enfermagem vive um momento de transição, “iniciado a partir de 1994 com a modificação da legislação que fixa conteúdos e duração mínima do Curso de Graduação em Enfermagem e a inserção de ideias crítico-reflexivas da pedagogia na formação dos

profissionais e docentes”^(52:575). Contudo, embora tenham ocorrido avanços advindos da “cientificidade atual, ainda persistem traços hegemônicos do passado, como a religiosidade e o altruísmo”.

A fala desvela, ainda, certa submissão às normatizações e rotinas estabelecidas para a implementação das ações em saúde. As normatizações constituem-se ferramentas de gestão para operacionalização dos serviços e se apoiam em saberes e conhecimentos técnicos adquiridos na formação profissional e em aprendizado de saber cotidiano apreendido no decorrer dos anos de trabalho⁽⁵³⁾ ou regimentam os programas do governo federal. Este conjunto normativo é denominado de tecnologia leve-dura⁽⁵⁴⁾.

Nota-se, contudo, que, diante de qualquer objeção do usuário em relação à organização dos serviços, o profissional sente-se ‘desacatado’ e, sobretudo, desvalorizado. O que importa parece ser o cumprimento de normas e protocolos padronizados, não sendo consideradas as singularidades dos usuários.

O relato da observação retrata essa prática:

Por volta das 07h00min, diariamente, são dispensadas (12) doze fichas para atendimento médico sempre para o dia seguinte. O critério de atendimento é a ordem de chegada. Os pacientes que não conseguem ficha são avaliados pela enfermeira. Quando caracterizado quadro de urgência é encaminhado para consulta médica, haja vista a disponibilidade de quatro fichas para estes casos e os demais são orientados a retornar no dia seguinte para agendamento. Por volta das 9h00min chega à unidade uma paciente solicitando agendamento de reconsulta para entrega dos exames laboratoriais. Como não havia mais fichas, a auxiliar de enfermagem solicita à enfermeira uma avaliação do caso, a qual explica para a paciente que todas as fichas foram entregues bem cedo e recomenda que retorne no dia seguinte para o agendamento sem, contudo, avaliar os exames ou questionamento em relação ao seu estado de saúde (DIÁRIO 3).

Esse achado mostra que, na dimensão assistencial do processo de trabalho do enfermeiro na ABS, prevalece o modelo biomédico expresso na abordagem voltada para as necessidades clínicas, desconsiderando, neste caso, não apenas a disponibilidade ou a urgência para o retorno, mas aspectos subjetivos relacionados ao quadro clínico. Ressalta-se aqui uma prática tradicional que se traduz em ação de triagem.

Entende-se que a complexidade da saúde pode não permitir a resolução das necessidades do usuário na sua plenitude, mas operar as tecnologias leves como a escuta qualificada e o respeito⁽⁵⁴⁾. A utilização de todos os instrumentos e mecanismos institucionais disponíveis para atendê-lo fazem toda a diferença, tornando-o mais resolutivo e mais humanizante⁽⁵³⁾.

Entretanto, trabalhar operando como ferramenta a tecnologia leve implica a flexibilização em derrubar fronteiras ou torná-las menos rígidas de autoridade, na desconstrução e reconstrução de saberes e na construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de saúde e de gestão pautados no respeito e valorização do indivíduo⁽⁵⁵⁾.

Observa-se, neste cenário, certa resistência às mudanças na gestão do cuidado, onde, inversamente ao que é proposto, as necessidades nem sempre são direcionadoras da assistência. A organização do trabalho, na medida em que engessa os serviços por meio das normas e padronização, restringe as possibilidades de respostas às demandas dos usuários, levando à insatisfação dos mesmos. E o que é pior: induz a alienação do trabalhador e a banalização do sofrimento do outro^(24,56), traduzida na interpretação de desacato e não em reivindicações legítimas.

Ao analisar a reorientação do modelo assistencial, Campos⁽⁵⁷⁾ afirma que a progressiva desalienação dos trabalhadores de saúde é um imperativo para a consolidação da reforma sanitária. E complementa que, quanto maior a distância entre o desejo e o interesse dos trabalhadores com o dos usuários, maior será a alienação e mais sofrimento o trabalho vai produzir. Por outro lado, quanto maior a aproximação entre os desejos e interesses de ambos, maior também será a possibilidade da produção de prazer com este trabalho⁽⁵⁸⁾.

Outro aspecto evidenciado no depoimento anterior se refere à necessidade de reconhecimento do trabalho do enfermeiro. Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, o

reconhecimento possui grande relevância à saúde do trabalhador, na medida em que permite a transformação do sofrimento patogênico em criativo e, conseqüentemente, em saúde. A dinâmica do reconhecimento aponta para o desencadeamento de um processo de reapropriação que extrapola o processo de resistir ao sofrimento e possibilitar aos trabalhadores a construção de saúde⁽⁵⁹⁾.

Porém, esse depoimento sugere que, quando o reconhecimento não vem, o investimento deixa de fazer sentido, culminando no sentimento de desvalorização, que, por sua vez, sobrepõe à motivação de continuar investindo esforços, opondo-se ao desejo de realizar o trabalho. Este embate, em confronto com a dimensão ética do trabalho, transforma-se num fardo, cujo peso pode significar intenso sofrimento.

Diante do exposto, o trabalho na ABS estudada caracteriza-se, de um lado, como um processo de trabalho inflexível, alienante e subordinado às normatizações e, de outro, com forte vinculação do prazer ao reconhecimento do trabalho pelo usuário.

Em um processo de trabalho pertencente à esfera da produção não material em que o consumo se dá imediatamente no momento de sua realização⁽⁶⁰⁾, influenciado pela esfera produtiva, por saberes, equipamentos, normas e estruturas organizacionais que dão ênfase aos aspectos biológicos, aos procedimentos, ao saber médico e às especialidades, configurado pelo modelo biomédico⁽⁶¹⁾, e permeado pela intersubjetividade, torna-se difícil a manutenção da satisfação dos enfermeiros, especialmente se ela estiver condicionada apenas ao reconhecimento deste trabalho pelo usuário dos serviços e não pelo trabalho em si, como a expressão de inteligência e criatividade⁽⁶²⁾.

Imputar aos outros a satisfação e motivação para continuar trabalhando pode ser altamente prejudicial, uma vez que, raramente o reconhecimento é conferido satisfatoriamente e que a ausência deste provoca a desmobilização que, em geral, é a contragosto, tendo em vista as graves repercussões para a saúde mental⁽⁵⁶⁾.

Ao contrário do que se esperava, a realidade social da grande maioria das famílias atendidas não representou um fator de sofrimento para os enfermeiros. Ao invés disto, a “pobreza e o comodismo” foram apontadas por um enfermeiro como fonte de desgaste, por dificultar a compreensão sobre a terapêutica e o auto-cuidado:

As situações que a gente visualiza na comunidade, a situação de pobreza, o comodismo. Tem muito benefício, tem bolsa escola, bolsa família, leite do governo, então, algumas pessoas acabam ficando acomodadas, aí param de se cuidar, a auto-estima fica baixa e não procuram se profissionalizar, as crianças ficam sem referência de família [...] (E3).

É indiscutível a importância da responsabilização das pessoas para a manutenção e a promoção de sua própria saúde. Entretanto, há que se pensar nas possibilidades intervenientes deste comportamento que tanto podem estar relacionadas à “falta de conhecimento sobre os cuidados em saúde, ao próprio sistema de atenção à saúde, baseado no modelo queixa-conduta”^(63:66), como também ao sistema político e econômico, cujos mecanismos assistenciais oferecem uma atividade paternalista.

Isso implica uma compreensão de que a subsistência e a saúde são garantidas por iniciativas dependentes de subsídio estatal e de estruturas de atenção à saúde e não por iniciativa das famílias e das comunidades com relativa autonomia no seu modo de agir e conduzir suas vidas.

Ingerência

Analisando mais profundamente o contexto de trabalho na ABS estudada, tem-se que o modelo de gestão e a organização do processo de trabalho não têm permitido a expressão dos desejos dos enfermeiros, tampouco adequado a estrutura física para a demanda, na medida em que mantém rigidamente a mesma estrutura física, hierárquica e organizacional há décadas, embora tenha implementado programas que, pretensamente, almejam a reformulação do modelo assistencial.

As falas a seguir dimensionam isso:

O que me traz sofrimento são as ingerências administrativas. [...] E é isso que me frustra, a vida inteira foi assim. São vinte anos, não percebi evolução nisso, não houve melhora. Isso é bem decepcionante, é frustrante, porque você não consegue ser ouvido, você não consegue por em prática muito bem, você não tem como fazer coisas mais tranquilas, de melhor qualidade. [...] Não entendem essa importância porque não são técnicos (da área da saúde) como eu falei. [...] eu vejo isso como ingerência. Não estão preocupados com isso, na verdade eu não sei com o que eles se preocupam? (E2).

A falta, na realidade, de um gestor que entenda de Saúde da Família. [...] Chega-se ao topo e não flui, não anda, porque o gestor não sabe o que é uma ESF [...] (E6).

A percepção de falta de comunicação e maior aproximação do gestor no que tange às condições e à organização do processo de trabalho incomodam os enfermeiros, pois se identifica o desconhecimento daquele em relação às ações desenvolvidas. Essa vivência evidencia a necessidade não somente de redefinição física e quantitativos de recursos humanos, mas de reconfiguração do processo de trabalho em saúde, de modo a articular a gestão eficiente e serviços compatíveis com as necessidades em saúde e os desejos dos trabalhadores.

Daí a relevância de estratégias que reestruturem o processo de trabalho em saúde, a começar pelo acesso, a responsabilização e o trabalho em equipe, na definição de papéis e modos de exercícios cotidianos dos saberes, implicando uma discussão sobre gerência, gestão, no investimento na composição de instâncias colegiadas de gestão e na gerência participativa das unidades de serviço⁽⁶⁴⁾.

Para que isso se efetive é imperativo o enfrentamento dos interesses políticos e econômicos que suplantem os princípios básicos do SUS, sob pena de perda de sua capacidade hegemônica na gestão dos serviços de saúde.

Em geral, os serviços públicos são chefiados por indivíduos com afinidade política, porém, é na saúde pública que os efeitos da falta de competência técnica são sentidos ou tem capacidade de impactar negativamente, tanto nos resultados das ações quanto na satisfação dos profissionais.

As indicações políticas para os cargos de gestores dos serviços de saúde, em geral, não atendem a critérios mínimos de profissionalização e contribuem para o desgaste e frustração dos trabalhadores. Conforme declarado pelos depoentes, haja vista posturas clientelistas frequentemente adotadas para favorecer grupos específicos ligados ao poder, ou ao desconhecimento das políticas públicas em saúde que se traduzem em encaminhamentos equivocados e desvinculados de critérios epidemiológicos e na incompreensão das dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho.

Os gestores são responsáveis pela efetivação do SUS, atendendo suas doutrinas e princípios em todos os níveis de governo. Em nível de município são responsáveis por coordenar, planejar, articular, controlar, negociar, programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. São, portanto, os maiores responsáveis pelas ações de saúde da sua população⁽⁶⁵⁾.

Somam-se a essas interferências a descontinuidade administrativa circunstanciada pelo resultado de eleições partidárias em todas as esferas do governo que minam as bases da implementação de políticas de longo prazo. Campos^(66:302) é contundente ao afirmar que “a baixa capacidade de gestão e a politicagem depõe contra o SUS”, e adverte que, deste enfrentamento, entre outros, depende a recuperação de prestígio do SUS.

Por outro lado, a diversidade de atividades executadas, as interrupções frequentes, a falta de resposta significativa na assistência prestada, as situações imprevistas ou demandas que sobrepõem à programação, tendo em vista que as demandas insurgentes nas unidades podem, frequentemente, exceder a capacidade de intervenção do enfermeiro, em associação aos fatores apontados anteriormente, provocam desgaste e sofrimento.

Falta de comprometimento no trabalho multidisciplinar

Analisando ainda as vivências de sofrimento no contexto estudado, alguns enfermeiros referenciam a falta de comprometimento de profissionais dentro do serviço. As falas na sequência ilustram isso:

[...] eu acho que a falta de comprometimento de algumas figuras que existem dentro do sistema e acabam refletindo nos nossos usuários (E4).

Acho que a equipe inteira não colabora [...] às vezes não tem a coesão de todos os profissionais (E8).

Por sua própria natureza, o trabalho em saúde não acontece isoladamente. Nenhum profissional sozinho consegue atender às necessidades de saúde dos usuários. Este trabalho pressupõe, sobretudo, a articulação dos diversos profissionais que atuam neste contexto, dada a complexidade e multiplicidade dessas necessidades, o que implica o reconhecimento por todos os profissionais dos limites de sua atuação, e requer, portanto, senso de humildade e respeito. Requer, também, a responsabilização de cada um, assumindo efetivamente sua parcela na composição e execução do trabalho.

O relato da observação explicita a falta de comprometimento de alguns profissionais na ABS:

A técnica de enfermagem encaminha para a enfermeira uma paciente que acabara de consultar, para coletar o exame citopatológico, pois a médica não faz o procedimento nas consultas. A médica se recusa a realizar o procedimento alegando que este deve ser realizado pela equipe de enfermagem. (DIÁRIO 5).

A paciente solicita a aplicação do anticoncepcional afirmando que os profissionais da unidade de saúde do bairro a qual pertence, se recusaram a fazê-lo tendo em vista o atraso de dois dias. A enfermeira fez a aplicação justificando que há indicação de aplicação até três dias depois do atraso. Esta situação, segundo a enfermeira, é recorrente. Questiona-se, entretanto, se a atitude da enfermeira da unidade da qual a paciente pertence tenha agido por desconhecimento ou por descaso. Ao ser questionada se fora orientada a utilizar um método contraceptivo complementar, a paciente nega (DIÁRIO 7).

As situações observadas permitiram a constatação de que a inflexibilização de algumas unidades de saúde justificadas, na maioria das vezes, pela dinâmica de operacionalização dos programas de saúde, somadas a não implementação de um sistema de acolhimento e ainda ao descomprometimento de alguns profissionais com o usuário e com a própria equipe, têm

levado à sobrecarga dos demais, provocando insatisfação, tanto do usuário que é impelido de buscar por atendimento em outras unidades de saúde, quanto dos profissionais que, movidos por razões éticas, assumem tais atividades. Também põe em evidência a separação entre as atividades intelectuais e de execução na recusa do profissional médico em realizar a coleta do exame citopatológico, reiterando a divisão social do trabalho e a fragmentação das ações em saúde na ABS.

Dada à complexidade do trabalho na ABS, a atuação profissional conjunta, na qual são compartilhados objetivos, conhecimentos e experiências, torna-se imprescindível para a resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos na perspectiva da integralidade⁽⁶⁷⁾.

Desta forma, é necessária a efetivação de espaços para se evidenciar a pronúncia entre as ações dos diferentes profissionais, configurando um trabalho interdependente e complementar, com potência para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade⁽⁶⁸⁾.

Entretanto, também se faz necessária a criação de espaços coletivos para discussão e recriação do processo de trabalho em saúde, particularmente no contexto do trabalho do enfermeiro na ABS, objeto deste estudo. A superação desta crise de hegemonia implica possibilitar aos cotidianos de trabalho que coloquem a vida das pessoas, usuários e profissionais, acima de qualquer coisa.

Vivências de prazer no trabalho do enfermeiro na ABS

O prazer manifesta-se por meio de sentimentos de gratificação, realização, reconhecimento, liberdade e valorização do trabalho e está vinculado à realização de atividades variadas, trabalho de boa qualidade, descentralização do processo decisório,

hierarquia flexível, autonomia sobre o processo produtivo, possibilidade de aprendizagem e crescimento profissional, participação coletiva e estímulo à criatividade^(69, 70).

O trabalhador encontra prazer quando as exigências da tarefa são compatíveis com as necessidades do trabalhador de tal modo que o simples exercício da tarefa lhe traz satisfação⁽⁷¹⁾. Analisando as vivências dos enfermeiros no contexto estudado, emergiram como fatores produtores de prazer a qualidade e efetividade da assistência e o reconhecimento do trabalho.

Qualidade e efetividade da assistência

A qualidade e a efetividade da assistência foram apontadas pelos enfermeiros como fatores produtores de prazer no contexto da ABS. Esses indicativos sinalizam que os enfermeiros não medem esforços para que os usuários melhorem suas condições de saúde, constituindo-se em um importante indicador do sucesso de seu trabalho.

A partir dos depoimentos, depreende-se que esses fatores estão intrinsecamente relacionados à organização do processo de trabalho na ABS, uma vez que desta depende a operacionalização das ações e, conseqüentemente, a resposta às necessidades da população e sua satisfação.

Os fragmentos abaixo reiteram o papel da organização do processo de trabalho como modulador de prazer:

Acompanhamento de pré-natal é prazeroso, [...] o próprio acompanhamento de puericultura, ou situações de urgência, onde a gente consegue ajudar o usuário a melhorar a condição de vida naquele momento. Gosto muito de trabalhar com grupos de educação em saúde, educação na escola. [...] todas as situações são prazerosas, desde que a gente consiga atender a demanda com qualidade. Às vezes nos falta tempo porque a demanda é muito expressiva. Às vezes, a gente acaba espremendo o tempo de atendimento para dar conta da demanda, então, isso é uma situação não prazerosa [...], mas o atendimento propriamente dito é muito bom (E3).

[...] quarta-feira passada foi um dia prazeroso porque vieram todos os que estavam agendados para vacina. Para puericultura. [...] Eu até comentei com as meninas (auxiliares

de enfermagem) 'hoje foi um dia excelente, não teve nenhum entrave, nada. Eu consegui atender as pessoas de uma boa forma [...] foi um dia prazeroso' (E7).

Fica evidenciado que as tarefas em si são produtoras de prazer, uma vez que possibilitam a percepção de um trabalho importante para o outro, e resulta em um bem comum: a satisfação. Entretanto, a forma de organização do processo de trabalho na unidade opera como condicionante para a satisfação e o prazer no trabalho. Ou seja, as atividades quando programadas e executadas com tempo e avaliadas como bem sucedidas, tomando-se como indicador a efetividade da assistência, produzem no profissional sentimento agradável e, conseqüentemente, tornam-se prazerosas.

De modo geral, o prazer no trabalho do enfermeiro associa-se à relação que estabelece com os usuários, principalmente quando é possível visualizar a corresponsabilização dos mesmos e a efetividade da assistência e pode ser identificado nas falas:

a satisfação do cliente, a resolução do problema [...]. Eu resolver, só conseguindo fazendo com que uma família entenda que ela tem que participar do cuidado do idoso, que uma mãe perceba que não é só pesar a criança, que é fazer uma puericultura, manter o calendário em dia, ver que quando eu cheguei não tínhamos grupo de gestantes e hoje temos um grupo de 18 gestantes. Então isso é valoroso (E6).

[...] as mínimas coisas que você vê que dão resultado, que você orientou e que a família fez e que deu certo. Desde uma ferida que você está acompanhando e ela cicatriza, [...] (E8).

Desse modo, o sentido atribuído ao trabalho está na contribuição efetiva para a saúde do usuário ou da família, ao perceber que o objetivo de promoção ou recuperação da saúde foi alcançado, o que sinaliza que o esforço “valeu à pena”.

Essa vivência ratifica a vinculação do prazer à organização do processo de trabalho na ABS que, ao possibilitar as condições e insumos compatíveis com as demandas em saúde e conferir ao profissional autonomia sobre o seu processo, favorece a efetividade da assistência.

Autores⁽⁷²⁾ corroboram estes aspectos ao afirmarem que, no atendimento em saúde, devido à complexidade das necessidades, os profissionais necessitam de autonomia para a

tradução de normas gerais a casos específicos e definição de conduta apropriada, qualificando a assistência.

Tem-se com isto que o trabalho pautado na autonomia para que se possam realizar minimamente os atos e se tomar decisões para a execução das tarefas pelas quais se é responsável, permite ao profissional o uso da inteligência e da criatividade e não meramente a reprodução dos atos.

Dejours^(38:28) contribui esclarecendo que “o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: fazer gesto, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, da capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de pensar e inventar, etc.”.

Ao efetuar a assistência, seja utilizando-se de recursos instrumentais ou não, o trabalhador imprime sua marca, a qual é a expressão de um modo operatório singular, não apenas do ponto de vista técnico, mas do ponto de vista afetivo e relacional. Este modo de fazer é arquitetado, inicialmente, num exercício mental, para o qual são recrutados conhecimentos, valores, códigos de conduta, entre outros, em intenso processo criativo, ao mesmo tempo em que evoca sentimentos de êxito.

Faiman⁽⁴⁶⁾ corrobora afirmando que “mesmo em atividades que não sejam artísticas, o estilo pessoal e a apreciação estética podem se fazer presentes em alguma medida”. E, em resposta, há uma mobilização e um empenho maior em criar novas estratégias, sempre na expectativa de prestar uma assistência com qualidade e que resulte no atendimento dos objetivos propostos.

Reconhecimento do trabalho

As pessoas no exercício do seu trabalho necessitam de alguma coisa em troca; em grande parte delas o reconhecimento. Por meio deste reconhecimento, o trabalhador mantém o desejo de continuar produzindo, encontrando, desta forma, a oportunidade de realização e de identificação psicológica e social⁽⁷³⁾. Assim, as tarefas podem permitir uma relação de troca entre enfermeiro e usuário, na qual ambos são beneficiados, também, afetivamente.

Para a Psicodinâmica, o desejo do trabalhador ocorre no sentido de que o seu investimento no trabalho não seja frustrado, ou seja, que o trabalhador não seja visto como mais um executor. Assim, uma condição para a obtenção de prazer no trabalho mediado pelo reconhecimento é a flexibilização do processo de trabalho, no qual o trabalhador tenha a possibilidade de empregar suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, propiciando ao trabalhador, levar em consideração suas habilidades⁽⁴⁷⁾.

Para a psicodinâmica, ao contribuir para a organização, o trabalhador espera o reconhecimento como forma de retribuição, a qual é caracterizada de natureza simbólica. Sendo assim, o reconhecimento atribui sentido ao sofrimento no trabalho, assume uma forma de retribuição moral-simbólica conferida ao ego, como compensação por esta retribuição à organização do trabalho e pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência possibilitando a transformação do sofrimento em prazer. A dimensão simbólica constitui a porção mais importante e negligenciada da retribuição⁽⁵⁶⁾.

Deste modo, o reconhecimento pode ser motivo de satisfação, neutralizando o desgaste decorrente da sobrecarga de trabalho. Esta ambivalência, inerente ao processo de trabalho, tanto pode dar origem a processos de alienação e mesmo de descompensação psíquica, como pode ser fonte de saúde e instrumento de emancipação⁽⁷³⁾. Para que ele seja fonte de saúde, há a necessidade do reconhecimento daquele que trabalha, uma vez que neste reconhecimento reside a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores.

O reconhecimento das contribuições realizadas pelo trabalhador pode advir dos seus pares, dos níveis hierárquicos ou dos clientes⁽⁷⁴⁾. Duas classificações são possíveis para o reconhecimento: o reconhecimento baseado em um julgamento de *utilidade* relacionado aos superiores hierárquicos e subordinado e, ainda, eventualmente, pelos clientes; e o reconhecimento advindo do julgamento de *estética*, vinculado aos seus pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade⁽⁴⁾. O julgamento de utilidade está relacionado à utilidade sócio-econômica e técnica do trabalho e das contribuições individuais⁽⁷³⁾.

Neste estudo, verificou-se que o reconhecimento advindo do julgamento de utilidade é realidade no cotidiano dos enfermeiros. Os enfermeiros foram unânimes ao afirmar que o maior reconhecimento é o que vem dos usuários:

[...] quando elas saem te agradecendo ou me chamando pelo nome, ou quando me encontram na rua e dizem “oi, tudo bem?” [...] ou às vezes, até na rua vem indagar alguma coisa. Esse reconhecimento que me deixa feliz (E1).

é o reconhecimento que vem do próprio paciente, para mim isso é o prazer do meu trabalho. [...] Quando alguém reconhece o que a gente faz. Porque a gente (...), trata todos da mesma forma, sempre tem aquele que volta e reconhece aquilo que você fez. [...] isso é muito gratificante. (E4)

Ressalta-se o orgulho por parte de E1 ao ser abordado na rua pelo nome, o que o faz sentir-se importante, útil, e não apenas mais um na vida do outro. Percebe-se, com isto, que o ato de produzir pressupõe o reconhecimento de si próprio como alguém importante para a existência do outro⁽⁷⁵⁾.

Isso se materializa no presente recebido como exemplifica a fala a seguir:

[...] pacientes nos presenteiam final de ano, no aniversário. Trazem presentes durante a semana para nos alegrar. Isso, para mim, é gratificante, me sinto valorizada, porque sei que estou fazendo o bem para essas pessoas. Eu me sinto valorizada por isso (E5).

Assim, para a psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento do trabalho possibilita a conversão do sofrimento em prazer, visto que dá sentido ao sofrimento, e ainda pode conduzir o indivíduo para a construção de sua identidade contribuindo para a sua autorrealização⁽⁶²⁾.

Com esta expectativa, o trabalhador mobiliza todo um arsenal que contempla um saber específico, um modo de ser no mundo, nas dimensões intelectual e afetiva, respaldada moral e eticamente em código de normas e condutas que regem a profissão e a sociedade, para a realização de seu trabalho. Este investimento terá sentido quando for reconhecido pelos demais como contribuinte para a satisfação de necessidades, gerando gratidão.

Quanto ao reconhecimento advindo dos superiores, apenas um enfermeiro referiu-o como fonte de satisfação:

É reconhecimento, principalmente, pelos nossos superiores, quando você faz alguma coisa boa que você é parabenizado, que você recebe certificado por você ter atingido metas (E5).

Esse depoimento revela que o certificado ganho pelo cumprimento de metas representa uma retribuição à sua contribuição à organização do trabalho e representa muito mais que a atribuição de um salário, pois possui um caráter moral e toma forma de reconhecimento.

Evidencia-se, por outro lado, que a falta de reconhecimento da gestão é algo que interfere no desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros, uma vez que este deve ser o suporte dos profissionais, auxiliando na dinâmica do seu trabalho e fomentando a criação de espaços para a construção coletiva de novas práticas ou na remodelagem das velhas, com potência para efetivar a mudança assistencial pretendida. Entretanto, é temerário que este tipo de reconhecimento não faça parte da realidade do cotidiano na ABS estudada como devesse.

Chama a atenção a falta de menção do reconhecimento dos colegas, o julgamento de estética, visto que os enfermeiros não evidenciaram o reconhecimento dos pares como importante fator de satisfação no trabalho.

O reconhecimento pelos pares favorece a expressão do saber-fazer que se traduz em autorrealização. Para Mendes^(76:45), “na construção da identidade no trabalho, busca-se um movimento para imprimir o marco pessoal, delimitar a singularidade pelo olhar do outro. Nesse sentido, ocorre pela interação dialética do “eu” – indivíduo – com o “outro”, mediada pelas representações e significações socialmente construídas. Produz-se dinamicamente, em

um processo de troca com o meio, com os contextos históricos, pessoais e sociais nos quais o indivíduo está inserido”.

Pode-se inferir que é a partir do “olhar do outro” que nos constituímos como sujeito. É na relação com o outro que nos reconhecemos, num processo de busca de semelhanças e diferenças. São as relações estabelecidas no cotidiano que permitem a construção da identidade individual e social e é a partir de trocas materiais e afetivas que constitui sua singularidade, permeada pelas diferenças⁽⁷⁷⁾.

O julgamento de estética é, sem dúvida, o mais importante, pois advém dos que conhecem o trabalho de dentro e, portanto, conferem ao indivíduo o sentimento de pertencimento a um coletivo⁽⁴⁾. Representa o reconhecimento de sua contribuição para qualificar o trabalho. Mais do que esperar, ele necessita e deseja este ‘olhar’ de apreciação⁽⁷⁸⁾. Segundo o autor, embora este reconhecimento seja efetuado ao *saber-fazer*, pode ser repatriado ao *ser*, à esfera da personalidade.

A falta de retribuição esperada faz desencadear sentimentos de injustiça e o ambiente de confiança deteriora-se, fazendo surgir o individualismo, com conseqüente desmobilização e redução da cooperação⁽³⁹⁾, o que representa sério risco à estruturação do coletivo de trabalho, imprescindível para a obtenção do prazer no trabalho.

Neste caso, ventila-se a possibilidade de que os enfermeiros, por não mencioná-lo, não tenham a percepção da importância deste julgamento, o que nos faz presumir a dificuldade do grupo constituir-se enquanto coletivo de trabalho. A falta de coesão não apenas inviabiliza a construção de novas formas de cuidar como também restringe a mobilização coletiva, fragilizando-as para o enfrentamento das vivências de insatisfação no contexto de trabalho na ABS e reforçando a possibilidade de um trabalho alienante. No contexto da ESF, que traz como perspectiva a mudança de paradigma do sistema de saúde pela articulação consoante à

proposta da integralidade das ações em saúde, o trabalho em equipe constitui-se condição *sine qua non*.

É importante que o trabalhador seja reconhecido e valorizado, quer seja pelos usuários, pela equipe de trabalho, pelos pares, quer seja pela instituição ou pela sociedade. Nota-se, com isso, o caráter pessoal e, ao mesmo tempo, coletivo do trabalho, uma vez que está na sua organização, circunscrita na singularidade e na intersubjetividade, a origem do sofrimento ou do prazer.

Depreende-se, portanto, que “o trabalho é uma relação social, histórica e intersubjetiva”^(79:52), no qual as relações construídas favorecem o desenvolvimento dos indivíduos e, conseqüentemente, da sociedade como um todo⁽⁶³⁾. É por meio destas relações, fruto do cotidiano do trabalho, que se estabelecem vínculos, relações afetivas, amizade, companheirismo, cooperação, solidariedade, favorecendo sentimentos de prazer no trabalho e que refletirão na vida em sociedade. Visto desse modo, pode-se dizer que o trabalho está conformado pelo afeto⁽⁸⁰⁾.

Estratégias de enfrentamento no combate às dissonâncias no trabalho na perspectiva dos enfermeiros no contexto da ABS

A importância do estudo da relação binômica homem-trabalho numa perspectiva psicodinâmica reside na identificação do trabalho como espaço de produção de significações e realizações psíquicas. Nesta perspectiva, na mesma intensidade que a forma pela qual o trabalho é organizado, pode favorecer o desencadeamento de uma patologia mental. Quando este é incompatível com a subjetividade do trabalhador, pode promover a saúde psíquica quando sua organização entra em consonância com suas necessidades intrapsíquicas⁽⁸¹⁾, evidenciando o caráter ambivalente do trabalho⁽⁸²⁾.

Com isso, o autor sustenta que o modelo pré-definido do trabalho o qual denomina de trabalho prescrito colide com a necessária mobilização intelectual do trabalhador frente a essa prescrição, cujos resultados almejados são inviabilizados quando se restringe à execução das prescrições, fazendo-se necessário o desenvolvimento de rearranjos criativos, transformando-o, ao qual o autor denomina de trabalho real^(82,73,3). Em outras palavras, trabalhar significa aplicar certas alterações na organização pré-estabelecida, para tornar-se executável.

Visto desse modo, o trabalho define-se como sendo aquilo que é somado intelectualmente ao pré-estabelecido para obtenção dos resultados designados^(82, 3).

Considerando, portanto, as contradições entre o trabalho prescrito e real, têm-se como resultante o sofrimento psíquico. Dejours⁽⁵⁶⁾ esclarece que, quando o sofrimento não resulta em descompensação psicopatológica, é porque o trabalhador lança mão de defesas que permitem controlá-lo. Essas estratégias consistem em mecanismos utilizados para negar ou minimizar a percepção da realidade que produz sofrimento. Para fazer frente à ambivalência do trabalho, os trabalhadores constroem estratégias de mobilização subjetiva e de defesa⁽⁸³⁾.

A mobilização subjetiva é o processo por meio do qual os trabalhadores ressignificam o sofrimento visando transformar as situações desencadeadoras de sofrimento em situações produtoras de prazer. Este processo implica a mobilização da sua subjetividade, de sua inteligência prática e do coletivo de trabalho. Entretanto, pressupõe um coletivo de trabalho que não é dado pela empresa, mas criado face às relações de compreensão e autenticidade entre os envolvidos⁽⁸⁴⁾, sendo construído com base em regras, as quais vão além da técnica e que organizam as relações interpessoais.

Tais regras têm uma dimensão ética que reporta à noção do que é justo ou injusto, não constituindo normas ou esquemas de regulação. Elas reportam-se também sobre os valores, pelo julgamento de estética e qualidade no trabalho⁽⁸³⁾.

Têm na expressão coletiva do sofrimento, na fala, na confiança e na solidariedade, suas bases, tamanha a importância deste coletivo que remete à reafirmação da própria identidade do trabalhador.

Já as estratégias de defesa podem ser de proteção, adaptação e exploração, caracterizando-se por comportamentos de isolamento psicoafetivo e profissional do grupo de trabalho, de resignação, de descrença, de renúncia à participação, de indiferença e de apatia⁽³⁸⁾.

As defesas de proteção são modos de pensar e agir compensatórios, com vistas a equacionar as situações geradoras de sofrimento. Assim, evita o adoecimento alienando-se de tais situações⁽⁸⁵⁾. Essa forma de proteção, contudo, pode se esgotar, uma vez que não atua sobre a organização do trabalho e, assim, não muda o que gera o sofrimento.

Em relação às defesas de exploração e adaptação, há uma intensificação do investimento físico e sócio-psíquico do trabalhador que vão além de seu desejo, ocasionando a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da organização do trabalho. Assim, levam o trabalhador a manter a produção desejada pela organização do trabalho⁽⁸⁵⁾.

As estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas. As de caráter coletivo dependem de condições externas e surgem do consenso do grupo de trabalhadores, o que envolve as relações intersubjetivas no coletivo de trabalho⁽⁸⁵⁾.

A utilização desses recursos depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos seus pares e pela hierarquia⁽⁸³⁾. Com isso, as estratégias coletivas contribuem para a coesão do coletivo no enfrentamento do sofrimento causado pela organização do trabalho, possibilitam a estabilização psíquica do trabalhador e contribuem para a construção do sentido do sofrimento no trabalho^(56,38,73). Para isso, é necessária a existência do espaço público de discussão e do

coletivo de trabalho, para que o grupo possa compartilhar o sofrimento e encontre conjuntamente soluções para fazer frente a estas situações^(56, 85).

Já as estratégias individuais se dão em oposição à organização do trabalho para garantir a resistência psíquica frente às pressões em organizações em que predominam regras, modos operatórios, rigidez de tempo, separação entre as atividades intelectuais e de execução e divisão do coletivo⁽⁴⁵⁾.

A utilização destas estratégias defensivas pode exercer um papel benéfico, uma vez que colabora para o equilíbrio psíquico e favorece a adaptação às situações de desgaste emocional pelo confronto permanente do profissional com o sofrimento. No entanto, pode constituir-se em armadilhas, ao mascarar o sofrimento psíquico adquirindo, assim, uma dimensão patológica que interfere no atendimento aos objetivos do trabalho, insensibilizando-o contra o que lhe causa sofrimento ou ainda levando-o a um processo de alienação, amputando-lhe qualquer tentativa de modificação da realidade⁽⁷³⁾.

Mendes⁽⁸⁶⁾ esclarece que as defesas podem evoluir para comportamentos patológicos quando a negação do sofrimento manifesta-se em comportamentos geradores de mais sofrimento e o trabalhador evolui para um processo de paralisação frente à realidade, envolvendo-se em situações que podem trazer graves danos a sua subjetividade, saúde e relações sociais, as quais compõem o que Mendes denomina de “patologias sociais”^(86:54), ou ainda estabilizar a relação subjetiva com a organização do trabalho, mantendo-a permanentemente no mesmo estado, e propiciando, deste modo, resistência às mudanças⁽⁴⁰⁾.

Mendes, Costa e Barro⁽⁸³⁾, a partir dos estudos da Psicodinâmica do Trabalho, esclarecem que, embora as estratégias de defesa individual coexistam com os coletivos, esses são mais utilizados; entretanto, não foi isso que foi constatado neste estudo. A análise das falas possibilita a percepção de que os enfermeiros do contexto pesquisado utilizam com

maior frequência mecanismos individuais como a fuga. Esta situação se expressa nos discursos:

[...] ultimamente eu só durmo de cansada mesmo. Assisto televisão, algum filme para tirar da cabeça, mas não tenho feito nada além disso (E1).

Eu procuro quando saio daqui não pensar, esquecer que existe secretaria de saúde. Mas tem dias que as coisas são muito fortes, que eu chego em casa agressiva até com meu filho, mal humorada. Mas não tem muito o que fazer mesmo, só esquecendo aquela situação desagradável (E2).

Quando os enfermeiros afirmam que precisam esquecer situações que lhes provocam vivências de sofrimento, assumem para si total responsabilidade de enfrentamento por meio dos seus próprios recursos, centrando-se nas suas emoções, característica das defesas de proteção. Entretanto, esse esforço, que num primeiro momento pode parecer eficiente, leva ao esgotamento e, conseqüentemente, à frustração no trabalho. Outro risco apontado na utilização recorrente deste mecanismo defensivo diz respeito à alienação e à banalização do sofrimento^(87, 56).

A fala a seguir deixa explícita a desmobilização do enfermeiro frente ao esgotamento do mecanismo de defesa de proteção utilizado:

[...] quando eu me formei, era o meu sonho trabalhar em saúde pública. Eu achava o máximo sabe. Mudei com a realidade do dia-a-dia, que você percebe que todos os dias você tem que batalhar. Você tem que tirar ânimo para você poder batalhar. Fora a falta, às vezes, de um lugar adequado para você trabalhar. [...] Você acaba assim, fechando os olhos para as coisas erradas que tem. Porque infelizmente você não pode mudar nesse momento a realidade [...], porque as coisas funcionam assim. (E7)

O depoimento acima desvela que, para proteger-se do sofrimento que emerge do contexto na ABS, o enfermeiro “fecha os olhos”, isto é, aliena-se das causas que favorecem o sofrimento. Mendes⁽⁸⁶⁾ adverte que essa forma de proteção impede a ação do trabalhador sobre os fatores que originam o sofrimento no trabalho, mantendo o “estado das coisas”. As dificuldades encontradas no seu fazer diário provocam nos enfermeiros um estado de desesperança, ao ponto de provocar conformismo com a situação vivenciada, já que a resistência poderia desencadear mais sofrimento.

Talvez esse mecanismo de defesa utilizado pelas enfermeiras do estudo, seja o que mais contribua para a manutenção do modelo assistencial hegemônico.

Outra estratégia mencionada na mediação do sofrimento refere-se à tentativa de envolvimento de forma mais intensa com o trabalho. Os enfermeiros buscam no atendimento dos demais usuários e na efetividade da assistência a tentativa de compensarem essas vivências. As falas explicitam isso:

É difícil, acho que trabalhado mais, tentado compensar isso com os outros usuários. É, [...] proporcionando um atendimento melhor, de mais qualidade, mais a fundo, e sei lá, acho que lendo um pouco fora do horário de serviço, estudando, buscando estratégias para melhorar. É difícil aliviar este sofrimento, porque a gente sabe que, na verdade, eu vou estar ali compartilhando disso o tempo todo. Então, a gente já sabe que aquela realidade como é, é difícil mudar (E3).

Acho que cada dia é um momento diferente e a gente deve continuar lutando e tendo vontade, nunca perder a fé (risos). Continuar fazendo as pequenas coisas que dão resultado e é surpreendente isso que a gente vê todo dia, e isso nos anima bastante e nos dá forças para no outro dia continuar lutando de novo [...] (E8).

Observa-se na fala de E3 certa naturalização da situação vivenciada pelos usuários, como forma de suportar o sofrimento por compartilhar tais situações no cotidiano de trabalho. Também fica evidenciado o apego às mínimas coisas que, dentro do indicativo de qualidade, deram resultados satisfatórios para amenizar as decepções e frustrações do cotidiano.

Tais estratégias estão fadadas ao insucesso e o que é ainda pior, induz à despersonalização que consiste em atitudes de distanciamento dos profissionais em relação aos usuários, justificada pela emergência do sofrimento nestes profissionais. A rotina acelerada e a fragmentação das tarefas podem reforçar a necessidade destes mecanismos. Parece-nos que este é um caminho natural, haja vista a inexistência aparente de mecanismos de enfrentamento coletivo.

Ainda em relação às estratégias de enfrentamento, um enfermeiro relata que o compromisso com a profissão funciona como uma estratégia para enfrentar tais situações. O depoimento explicita esse entendimento:

[...] então eu acho assim, que é o compromisso mesmo. Se eu entrei, se estou na ESF, tem esse objetivo [educação em saúde] então é meu trabalho, eu tenho que fazer nesse momento. É mais por esse compromisso que eu tenho. Vontade às vezes, prazer eu não tenho, mas eu acho que é um compromisso que a gente tem de fazer (E7).

Analisando as falas, depreende-se que as situações vivenciadas no cotidiano de trabalho geram sentimentos ambíguos nos enfermeiros, do tipo: sofro, mas não posso sofrer porque de nada adianta; não gosto de fazer, mas devo fazer; não tem jeito, mas não posso perder a fé. Ou seja, a injunção paradoxal entre o desejo e o dever resulta em mais sofrimento. Novamente fica patente o uso de estratégias individuais como mecanismos de mediação do sofrimento no cotidiano da enfermagem na ABS estudada.

Para Dejours⁽⁴⁷⁾, a organização pode limitar a realização do projeto espontâneo do trabalhador. Contudo, quando o trabalho não é livremente escolhido e a organização do trabalho não é suficientemente flexível, torna-se impossível para o trabalhador organizá-lo e adaptá-lo a seus desejos, tornando-se um trabalho fatigante, fonte de tensão, desprazer e sofrimento.

O predomínio de estratégias individuais reforça a rigidez da organização do processo de trabalho na ABS, caracterizado pela separação entre as atividades intelectuais e de execução, pressões normativas, pouco reconhecimento, alienação e, sobretudo, pela desestruturação do coletivo de trabalho.

Tem-se, portanto, que o sofrimento pode ser mediado por estratégias defensivas e mobilização subjetiva. As estratégias defensivas pressupõem a negação do sofrimento e a ausência de prazer, enquanto que as de mobilização possibilitam o uso da inteligência prática e do coletivo de trabalho para transformar as situações causadoras de sofrimento⁽⁸⁸⁾. Como há situações em que os enfermeiros revelam prazer e sofrimento, é possível que esses trabalhadores estejam utilizando estratégias criativas, visando transformar a realidade que gera sofrimento.

Os discursos a seguir demonstram isso:

[...] e conversar entre nós aqui, sempre nas conversas parece que alivia um pouco. Chorar as mágoas (risos), até a reunião de ontem foi um pouco disso (E2).

[...] nós costumamos fazer reunião de equipe. A troca de informações entre unidades e entre serviços, por mais que tenhamos uma situação demográfica, epidemiologicamente diferente, nós compartilhamos os mesmos sofrimentos. Já a troca de informação, é (...) ouvir, vivenciar que outras equipes também estão sofrendo por esta situação, também nos conforta (E3).

A importância concedida aos momentos das reuniões das equipes como espaço para extravasar as emoções, por meio do partilhamento das angústias e ressignificação desse sofrimento, ratifica a tese da Psicodinâmica do Trabalho, no que se refere à finalidade da mobilização coletiva que permite a transformação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer.

Essa estratégia tem fundamento no teórico nos estudos de Dejours^(73,47) sobre mobilização subjetiva, definida como um processo caracterizado pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussão. Contudo, a utilização desses recursos depende da dinâmica contribuição-retribuição que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia e a existência de um coletivo de trabalho. O que talvez explique a pouca utilização das potencialidades deste mecanismo pelos enfermeiros do estudo.

O espaço de discussão é conquistado pelos trabalhadores e necessita de formulação de uma consciência de classe, mas também pode ser facilitado pela empresa. Para os autores, é o caráter coletivo presente na mobilização que possibilita as mudanças das situações concretas de trabalho⁽⁸³⁾.

Nesse sentido, o compartilhamento do trabalho com os pares reverte-se positivamente, na medida em que possibilita a identificação com o outro, por meio do sofrimento, contribuindo para uma maior aproximação entre os trabalhadores. Com isso, cria-se uma atmosfera acolhedora que favorece a cooperação e a confiança, substratos para a construção do coletivo de trabalho.

Relacionada a esta estratégia, apenas um enfermeiro relatou lançar mão do coletivo de trabalho para enfrentar os problemas vivenciados:

Eu tenho feito uma coisa que muitos não gostam de fazer, que é pegar minha equipe e sair com eles. Nós nos reunimos fora daqui, fazer programas extra-unidade. Para eles aprenderem algumas coisas, como identificar onde está o problema, porque aquela pessoa está desmotivada, e não depender tanto do gestor. Trabalhar com as próprias pernas [...] (E6).

Esta vivência relatada evidencia o processo de construção de um coletivo de trabalho que, embora incipiente, demonstra a motivação e a capacidade de mobilização da equipe para o enfrentamento dos problemas do cotidiano frente à desmobilização do gestor, indiferente aos problemas vivenciados pelos profissionais no contexto da ABS.

A análise deste contexto reitera a constatação de que uma organização de trabalho alheia aos problemas enfrentados pelos profissionais no seu cotidiano é responsável pelo sofrimento dos que nela trabalham e, conseqüentemente, pelo tipo de estratégia usada para o seu enfrentamento.

Desse modo, enfatiza-se a necessidade da criação de espaços de reflexão sobre o cotidiano da prática assistencial na atenção básica, nos quais a fala e a escuta poderá dar o tom das mudanças necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta investigação permitem apontar algumas considerações: o espaço do enfermeiro na produção de cuidados de saúde na ABS foi ampliado a partir da redefinição do modelo assistencial que traz como prerrogativa a consolidação dos princípios básicos do SUS: universalidade, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização e participação social; e se configura na articulação de saberes e práticas, pressupondo ampla e complexa rede de relacionamentos.

Desta forma, visualiza-se a ABS como um nível privilegiado para a organização da rede de serviços públicos à saúde e para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho centradas na correspondência com os interesses do usuário. Entretanto, o processo de expansão das estratégias de reorganização da ABS não tem encontrado contrapartida dos níveis locais quanto às condições objetivas para a produção das ações de saúde, e se encontra centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta.

O cotidiano de trabalho do enfermeiro na ABS está constituído e delimitado por um contexto sócio-histórico, o qual determina não apenas as necessidades em saúde, mas também o reconhecimento dessas necessidades pelos profissionais, determinando, deste modo, o seu objeto de ação, o qual pode ser o indivíduo biológico ou em relação à sociedade, numa dinâmica de transformação mútua.

Analisando as vivências dos enfermeiros percebe-se que, de modo geral, o prazer no trabalho do enfermeiro associa-se às relações que estabelecem com os usuários. As tarefas, em si, são produtoras de prazer, uma vez que possibilitam a percepção de um trabalho importante para o outro e ratificam a vinculação do prazer à organização do processo de trabalho na ABS. Ao possibilitar as condições compatíveis com as demandas em saúde, conferem ao profissional autonomia sobre o seu processo, favorecendo a efetividade da assistência e a satisfação dos profissionais.

O sofrimento experimentado, consequência da organização do trabalho rígida e inflexível, tem impelido os enfermeiros a lançar mão de mecanismos defensivos centrados nas emoções como a fuga, ‘fechando os olhos’, isto é, alienando-se das causas que favorecem o sofrimento, no envolvimento de forma mais intensa com o trabalho e na busca incessante de reconhecimento do trabalho por parte dos usuários, como possibilidade de transformação do sofrimento em prazer.

Somam-se a isso, de um lado, a persistência da conotação de trabalho caritativo, evidenciando traços hegemônicos do passado, como a religiosidade e o altruísmo, que se traduz no entendimento de um trabalho vocacionado, no qual a enfermagem existe para ‘ajudar os outros’. Esta compreensão sugere que as ações desenvolvidas constituem-se “favores” e, como tal, não devem ser questionados, cabendo, aos usuários, demonstração de gratidão e, aos enfermeiros, um voluntarismo desmedido; de outro lado, a subordinação às normas e protocolos em detrimento das singularidades dos usuários, evidenciando um processo de trabalho inflexível, que consolida um processo de alienação do trabalhador e de banalização do sofrimento do outro.

Associa-se a invisibilidade do trabalho do enfermeiro, cujas atividades podem ser consideradas de retaguarda e que atuam como obstáculo para a aproximação entre profissional e usuários⁽⁸⁹⁾.

O sofrimento experimentado, consequência da organização do trabalho rígida e inflexível, tem impellido os enfermeiros a lançar mão de mecanismos defensivos centrados nas emoções como a fuga, ‘fechando os olhos’, isto é, alienando-se das causas que favorecem o sofrimento, no envolvimento de forma mais intensa com o trabalho e na busca incessante de reconhecimento do trabalho por parte dos usuários, como possibilidade de transformação do sofrimento em prazer.

Com base nos resultados, identifica-se o predomínio de estratégias defensivas para suportar o sofrimento. Essas defesas têm papel de proteção e parecem atuar, momentaneamente, na evitação do sofrimento, haja vista a forte vinculação do prazer ao reconhecimento dos usuários pelo trabalho desenvolvido no contexto da enfermagem.

Esta dificuldade de enfrentamento do sofrimento possivelmente encontra-se atrelada à forma de organização e gestão do trabalho na ABS, notadamente marcada por subordinação a

um conjunto de normativas, fragmentação das ações, falta de espaço para discussão ou negociação, ritmo de trabalho acelerado, o que não permite um espaço de convivência na organização e fragiliza as relações sócio-profissionais pela inexistência de um coletivo de trabalho que restringe a elaboração de emoções e experiências e a necessidade de gratidão e reconhecimento do trabalho como fator desencadeador de prazer.

Evidentemente, o suporte dos colegas e da hierarquia é fundamental para esse enfrentamento, mas pode não ser suficiente para uma mobilização coletiva, o que justifica a recorrência das estratégias defensivas voltadas para as emoções; porém, sem potência para favorecer a mobilização coletiva, por mais que ajudem, aparentemente, a restabelecer o equilíbrio psíquico. Como consequência da falta desse coletivo, o sofrimento não é ressignificado, visto que é apenas afastado.

Entretanto, em função do conteúdo das falas, pode-se presumir que esses mecanismos estejam perdendo a funcionalidade, resultando num contexto marcado pelo adoecimento coletivo dos enfermeiros.

Acredita-se que, diante das mostras de esgotamento das estratégias defensivas relatadas e a potencialidade presente na estratégia de mobilização coletiva empreendida por uma equipe, enfatiza-se a necessidade de criação de grupos de discussão e de uma prática reflexiva sobre as atividades e relações estabelecidas entre os trabalhadores, no qual a fala e a escuta possibilite o desenvolvimento, em conjunto, de estratégias capazes de fazer frente ao próprio sofrimento vivenciado, sem banalizar o sofrimento do outro.

Deste modo, cabe ao enfermeiro desvincular-se do paradigma dominante, assumir o seu papel de trabalhador em uma sociedade capitalista, e, portanto, passível de alienação e submissão, adotar um efetivo posicionamento perante a sociedade, os gestores e os demais profissionais de saúde, instrumentalizando-se e reordenando a sua prática para ações voltadas ao cuidado rumo à visibilidade e emancipação da profissão.

É preciso, também, que os gestores em saúde assumam a responsabilidade de fomentar espaço de partilhamento das frustrações, conquistas, medos; enfim, das experiências cotidianas, capaz de construir formas mais saudáveis de enfrentamento e fortalecer o sentimento de equipe e dos laços de solidariedade, potencializadores de saúde.

Por fim, acredita-se que não há como humanizar os serviços de saúde sem humanizar as relações dos que neles trabalham. Somente a construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de saúde e de gestão pautados no respeito e valorização do indivíduo fará frente aos desafios impostos no cotidiano de trabalho na ABS.

E esse compromisso deve ser partilhado não apenas entre profissionais de saúde e gestores, mas em conjunto com as instâncias formadoras, sociedade e poder público, se nos reconhecermos como SUS “dependentes”.

REFERÊNCIAS

- 1DejoursC. Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas;1994a.
- 2Dejours C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In Dejours C, Abdoucheli, Jayet, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Trad. Irene Betiolet al. São Paulo: Atlas; 1994b.
- 3Dejours, C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Franck Soudant (trad.). Rio de Janeiro: Fiocruz;2004a.
- 4Dejours C. In: Lancman S, Sznalwar L I. (Orgs.). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004b.
- 5Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2007.
- 6Ministério da Saúde (BR). Portaria número 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília; 2012.
- 7Ferraz F et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. O mundo da Saúde. São Paulo. 2012; 36(3):428-492.
- 8Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de descentralização de gestão da assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM N. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 2002.
- 9Fracolli LA, Castro DFA. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. O mundo da saúde, São Paulo. 2012; 36(3): 427-432.
- 10Leopardi MT, Gelbecke, FL, Ramos FRS.Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis. 2001jan; 10(1): 32-49.
- 11Oliveira MM, Coimbra VCC, Oliveira EM, Pereira DB, Martins A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS). 2011 jan-mar;1(1):184-189.
- 12Gomes AMT, Oliveira DC, Sá CPA. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. Psicologia: Teoria e Prática. 2007;9(2):109-125.
- 13Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde; 2010. 256 p.: il. – () (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2).
- 14MehryEE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública / editores Áurea Maria Zollner, Cláudia Bógus. São Paulo: APS; 2000.
- 15Marques RM, Mendes A. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. V Encontro de Economia da Saúde. Abres – Associação Brasileira de Economia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva: UFBA; 1999.

- 16Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo;2007.
- 17Rodrigues MP, Araújo MSS. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. [citado em 22 jan 2013]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf.
- 18Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. bras. Enferm, Brasília. 2009 set; 62(5).
- 19Pires D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. Rev Baiana Enfermagem. 2000; 13:83-92.
- 20Mehry, EE. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro:CEBES; 1995.
- 21Martins, SAC. Cotidiano de trabalho de profissionais da atenção básica à saúde: uma arena de sentidos, emoções, saberes e fazeres. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2011.
- 22Schmoeller R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). 2011 jun; 32(2):368-77.
- 23Traesel ES, Merlo, ARC. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Rev. bras. Saúde ocup. 2011; 36(123): 40-55.
- 24Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. Esc. Anna Nery. 2010 jul; 14 (3): 490-495.
- 25Mendes AM. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. Psicol. cienc. prof.[online]. 1995; 15(1-3):34-38.
- 26Dejours C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: Lancman S,Sznelwar LI. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- 27Martins JT, Robazzi MLCC, Bodroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Rev. Esc. Enferm. USP, Ribeirão Preto (SP). 2010; 44(4):1107-11.
- 28Silva PC. Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2005.
- 29Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da EscolaDejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.
- 30Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010 .
- 31Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria (RS): Pallotti; 2001.

- 32Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 33Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.
- 34Bardin L. Análise de Conteúdo. 7.ed. Portugal: Geográfica; 2009.
- 35Tamayo A, Lima D, Silva AV. Clima organizacional e estresse no trabalho. In: A. Tamayo (Org.) Cultura e Saúde nas Organizações. Porto Alegre: Artmed. Tamayo A. et al. (Orgs.). Cultura e saúde nas organizações. São Paulo: Artmed; 2004.
- 36Piolli E. Sofrimento e reconhecimento: o papel do trabalho na constituição da identidade. Revista USP, São Paulo. 2010-2011 dez; 88:172-182.
- 37Mehry EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. IN: Campos RC et al. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
- 38Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Psicologia Ciência e Profissão, São Paulo. 2004; 14(3).
- 39Dejours C. Addendum - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman, & L. I. Sznelwar, (orgs). Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- 40Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
- 41Sznelwar L, Uchida S, Lancman S. A subjetividade no trabalho em questão. Tempo Social. 2013; 23(1):11-30.
- 42Dejours, C. Trabalho, tecnologia e organização. Avaliação do trabalho submetida à prova do real. SP. Blucher; 2008.
- 43Linhares NJR. Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro: um estudo na UTI de um hospital público – DF [dissertação]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 1994.
- 44Ferreira MC, Barros PCR. (In) Compatibilidade do trabalho prescrito-trabalho real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a ergonomia da atividade e a psicodinâmica do trabalho. Alethéia; 2003.
- 45Dejours, C. A Loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo. Cortez-Oboré; 1992.
- 46Faiman CJS. Psicoterapia em ambulatório de saúde do trabalhador: possibilidades e desafios [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2012.
- 47Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

- 48Rocha SMM, Almeida MC. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP). 2000 dez; 8(6): 96-101.
- 49David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, PinheiroMAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis (SC). 2009 abr; 18(2):206-14.
- 50Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil. Relatório Final 2006. Rio de Janeiro; 2006. [citado em 16 mar 2013]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf.
- 51Rodrigues RM. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto. 2001 nov; 9(6).
- 52Mulato SC. Enfermagem tradicional, atual e do futuro: a visão de docentes de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. 2010 out/dez; 18(4): 572-7.
- 53Sá ET, Pereira MJB, Fortuna, CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). 2009 set;30(3):461-7.
- 54Mehry EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onoko R (Org.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
- 55Rios IC. *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora; 2009.
- 56Dejours C. *A Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
- 57Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In Cecílio (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 58Campos GWD. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2000; 5(2).
- 59Mendes AM, Vieira AP, Morrone CF. Prazer, sofrimento e saúde mental no trabalho de teleatendimento. *RECADM*. 2009, 8(2):151-158.
- 60Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: *Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Leopardi MT eorgs. Florianópolis: UFSC, 1999.
- 61Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT; 2008.
- 62Dejours C. *A banalização da injustiça social*. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001.
- 63Trindade LL. *O Estresse Laboral da Equipe de Saúde da Família: implicações para a saúde do*

trabalhador [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

64Malta DC. Buscando novas modelagens sem saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996 [tese]. Campinas (SP); Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas; 2001.

65Ministério da Saúde (BR). Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro; 2001.

66Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc. Saúde coletiva. 2007 mar; 12 (2): 301-306.

67Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev.GaúchaEnferm, Porto Alegre (RS). 2006 dez; 27(4): 548-56.

68Lima AD. O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática [dissertação]. Bahia: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2011.

69Silva RR. Profissão pastor: prazer e sofrimento. Uma análise psicodinâmica do trabalho de líderes religiosos neopentecostais e tradicionais [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2004.

70Ferreira MC, Mendes AM. Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores Fiscais da Previdência Social. Brasília (DF):FENAFISP; 2003.

71Dejours C. Plaisiretsouffrancedanslê travail. Paris: Editions de l'Aocip/CNRS; 2004

72Scherer MDA, Pires DEP, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo. 2009, 43(4).

73Dejours, C. (1999). Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV.

74Mendes AM, Vieira AP, Morrone CF. Prazer, sofrimento e saúde mental no trabalho de teleatendimento. RECADM. 2009; 8(2):151-158.

75Lima, FB. Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de Call Center [dissertação]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. PUC-Campinas; 2004.

76Mendes AM. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: Mendes AM(org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

77Lancman S, Jardim TA. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2004; 15(2):84-96.

78Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In Chanlat J. (coord.). O indivíduo na organização. 2ª. ed. São Paulo: Atlas; 1993.

79Lopes DMQ. Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho [dissertação]. Santa Maria(RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

80Rodrigues PF, Alvaro ALT, Rondina R. Sofrimento no trabalho na visão de dejours. Revista científica eletrônica de psicologia. 2006 nov; 2(7). [citado em out 2012]. Disponível em <http://www.revista.inf.br/psicologia07/pages/artigos/edic07-anoiv-art03.pdf>.

81Oliveira MAS. A dialética prazer-sofrimento no trabalho de motoristas rodoviários de passageiros. Psicologia Organizacional e Recursos Humanos; 2008 [citado em 21 de fevereiro, 2013]. Disponível em: www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.pdp?temid=1057.

82Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, JF (Coord.). O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996

83Mendes AM, Costa VP, Barros PCR. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. Estudos e Pesquisas em Psicologia; 2003[citado em 04 de fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/artigo4v3n1.html>.

84Mendes AM, Morrone CF. Vivências de prazer: sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica: In: Mendes AM, Borges, Ferreira MC. Trabalho em transição, Saúde em risco. Brasília: UNB, 2002.

85Mendes AM. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: Tamayo A et al. Cultura e saúde nas organizações. Porto Alegre, RS: Artmed; 2004.

86Mendes AM. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In: Mendes AM (org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

87Beck CLC. Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC); 2001.

88Ferreira MC, Mendes AM. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. Estudos de Psicologia. 2001, 6(1):93-104.

89Passos CM. O trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

90Matumoto S, Mishima S, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001 jan; 17 (1): 233-241.

91Traesel ES, Merlo ARC. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo. 2001; 36 (123): 40-55.

92Silva VG, Motta MCS, Zeitoune CG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(3):441-8.

DISCUSSÃO

A produção do cuidado na ABS, cujo modelo de organização articula recursos e conhecimentos e tem como perspectiva as necessidades de saúde da população, tem se constituído o maior desafio, na medida em que deve ser o primeiro contato com o sistema de saúde e responsabiliza-se pela organização de uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (MENDES, 2002).

Esta conformação pressupõe relações mais horizontalizadas entre os serviços, além de novas formas de articulação e de gestão destes, capazes de fazer frente a todos os problemas de saúde. Deste modo, há consenso de que inúmeros são os problemas a serem enfrentados, os quais serão apontados na perspectiva da determinação destes nas vivências subjetivas de prazer e sofrimento dos profissionais de saúde, em particular do enfermeiro no contexto estudado.

Destaca-se como desafio central a valorização da ABS como potente organizador do sistema de saúde e coordenador do cuidado, junto a gestores, trabalhadores, população, instituições formadoras; enfim, todas as instâncias que de uma maneira ou de outra são condicionantes do modelo assistencial que se pretende implementar. A valorização política e social da ABS pressupõe justiça social e equidade, autorresponsabilidade e aceitação de um conceito mais amplo de saúde, o que exige novos olhares para o processo de cuidar, sobretudo, para os que necessitem de cuidados.

Outro desafio refere-se aos recursos humanos, cuja raiz centra-se no processo de formação dos profissionais, pois, apesar dos esforços, ainda mantém-se distantes das necessidades do SUS, e que; somado à inexistência de uma política de educação permanente, contribui para ações pouco resolutivas e eficientes.

Tem-se como premissa que a consolidação de uma política de plano de cargos e salários e remuneração adequada, reconhecimento social desses profissionais, a possibilidade de educação permanente e a melhoria da infraestrutura das unidades são essenciais para viabilizar os princípios do SUS; contudo, não o suficiente. Há que se atentar para formas de contratação que garantam a seleção de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da ABS.

Ainda como desafio, aponta-se a coexistência de dois modelos assistenciais, que se traduz na duplicação de redes de atenção com unidades convencionais e unidades de saúde da família atuando em um mesmo território, gerando, entre outros, problemas na desvalorização

e descrédito por parte dos usuários, dos serviços que atuam na lógica de promoção e prevenção à saúde que passam a ser considerados de pouca resolutividade.

Outro desafio identificado refere-se à prática das equipes de saúde, centrada nas ações específicas de seu núcleo de competência, com pouca ou nenhuma articulação, caracterizando um trabalho multidisciplinar e não interdisciplinar que tem a integralidade enquanto eixo norteador das suas práticas. Esta prática tem inviabilizado, sobretudo, a integração das diversas áreas programáticas com a demanda espontânea, dificultando a atuação tanto no tratamento quanto na prevenção de agravos e promoção da saúde, quer em nível individual ou coletivo (BRASIL, 2007).

Por fim, o desafio, do qual, possivelmente, derivam todos os demais, refere-se ao financiamento. Embora haja uma gama de incentivos específicos, a ABS não conta com os recursos suficientes para que todos os problemas de saúde sejam enfrentados e resulte em mais equidade em saúde.

Dessa forma, compreende-se que a emersão do sofrimento do enfermeiro está associada tanto em problemas estruturais quanto organizativos da ABS, os quais não têm permitido aos profissionais gerir suas atividades, exigindo estritamente o cumprimento de normas e prescrições. Têm-se, com isso, vários efeitos colaterais, como o agravamento do sofrimento, a redução da mobilização subjetiva, a alienação e a banalização do sofrimento.

Associam-se a estes problemas de ordem sócio-cultural, política e econômica, ocasionando aumento das demandas em saúde, que se traduz no aumento da carga de trabalho dos enfermeiros, que, com pouca força para fazer frente ao modelo hegemônico assistencial, reproduz uma lógica assistencial centrada em procedimentos, com a utilização predominante das tecnologias duras, neste contexto que se traduzem nas normativas e dispositivos de gestão, e leve-duras, conformando um contexto de trabalho fragmentado e desprovido de sentido para o trabalhador.

Desta forma, a ABS deixa de ser o lócus da expressão e do atendimento das necessidades de saúde dos usuários e os profissionais, os provedores dos cuidados e os responsáveis pelo desenvolvimento da autonomia dos mesmos, tornam-se palco de insatisfação e sofrimento tanto para os profissionais que nela atuam, quanto para os que dela necessitam.

Ao final desta pesquisa, em que se buscou analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro no contexto da ABS, objetivando propor ações que potencializem o prazer e diminuam o sofrimento, conclui-se que, para se atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da ABS, no qual os profissionais possam recriar

projetos coletivamente sustentados e que expressem suas identidades, é necessária a conjugação de esforços, pois responsabilizá-los é no mínimo um erro.

Não se pretende com isso isentá-los dessa responsabilidade, principalmente ao reconhecer o espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho em saúde na definição da estruturação e organização dos serviços e do perfil da assistência (FRANCO, MERHY, 2003), mas atribuir relevância à necessária pactuação entre os gestores das diversas instâncias implicados a ofertar os recursos e as condições para a produção do cuidado, efetivando, com isso, uma abordagem interdisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, descentralização com compartilhamento do processo decisório, estímulo ao exercício da participação popular e do controle social.

Com isso, defende-se a posição de Pires (2000, p. 91), de que “é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade”.

Estamos, certamente, diante não apenas de um desafio, mas também de um dilema. Assumimos como bandeira, sem medir esforços e riscos, a construção de um modelo assistencial alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas (RIBEIRO, PIRES; BLANK, 2004) tendo como perspectiva a integralidade, ou alimentamos a hipocrisia da oferta de um serviço ‘pobre para pobres’, forjado no neoliberalismo e na hegemonia da ciência positivista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com enfermeiros da ABS de um município do sudoeste do Paraná e teve como objetivo delinear o perfil sócio-demográfico e laboral, descrever o trabalho desenvolvido, a percepção destes acerca do processo de trabalho no contexto da ABS, compreender as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro na ABS e as estratégias de enfrentamento no combate às dissonâncias no trabalho na perspectiva dos enfermeiros no contexto da ABS.

A partir da análise das articulações teóricas e discussão dos resultados, puderam-se delinear as seguintes considerações finais. Em resposta à questão de pesquisa, evidenciou-se

que o prazer e o sofrimento no cotidiano de trabalho na ABS estão intrinsecamente relacionados à efetividade da assistência e ao reconhecimento do trabalho, advindo principalmente do usuário.

A análise crítica do trabalho dos enfermeiros no contexto da ABS tornou visíveis as forças que perpassam esse contexto com profundas repercussões sobre a organização do processo de trabalho e as relações neste âmbito da assistência, circunscrevendo e conformando um modo operatório descontextualizado das necessidades em saúde da população e desprovido de encantamento aos olhos dos enfermeiros.

Ao sistematizar algumas considerações, identificou-se que o perfil sócio-demográfico e laboral dos enfermeiros da ABS constitui-se de enfermeiros com média de idade de 36 anos, todos do sexo feminino, três trabalhadores atuam na USF, duas em unidades de PACS e três atuam em UCS, com tempo de formação entre três e 20 anos e com média de 4,6 anos de trabalho na atenção básica. A exceção de uma, as demais enfermeiras possuem mais de uma especialização e apenas duas possuem outro vínculo empregatício. Metade das enfermeiras realizou cursos de curta duração por iniciativa própria.

A fim de conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do trabalho desenvolvido na ABS, inquiriu-se a descrição das atividades realizadas, sob a perspectiva de que a forma como o trabalho é realizado favorece a percepção da atividade como significativa ou não, influenciando, deste modo, o sentido particular que ela assume para cada sujeito.

Quanto às atividades realizadas, destaca-se que as ações relatadas são compatíveis com as ações preconizadas pelo documento do MS (BRASIL, 2001): práticas assistenciais; administrativas, de coordenação, supervisão e gerência; práticas educativas, demonstrando a amplitude das ações de enfermagem. Entretanto, dois aspectos significativos foram evidenciados nas falas e corroborados por ocasião da observação que se relacionam à realização de atividades que extrapolam o núcleo de competência dos enfermeiros e as práticas de atenção direcionadas ao atendimento individual centradas na queixa e ações voltadas a grupos prioritários caracterizados por risco biológico, como hipertensos, diabéticos, entre outros.

Este cenário sinaliza para a forte influência da ciência positivista e pelos padrões da biomedicina (PIRES, 2009) em uma rede assistencial conformada pela lógica capitalista, da racionalidade técnica, da fragmentação das ações e da alienação do trabalhador (RIOS, 2009); embora se busque a operacionalização de programas que defendem a saúde como direito, e que se propõe a garanti-lo por meio de princípios organizativos, de acesso, universalidade, equidade e integralidade.

O confronto estabelecido neste cenário, configurado por crescentes demandas da população em saúde e pelo engessamento devido ao alto grau de normatividade na implementação dos programas, somado à inexistência de dispositivos que permitam a organização do atendimento da demanda espontânea têm gerado sobrecarga às enfermeiras do estudo e, conseqüentemente, insatisfação com o trabalho desenvolvido.

Na tentativa de atribuir sentido ao seu trabalho, as enfermeiras do estudo elencaram a efetividade da assistência e o reconhecimento em relação à utilidade do trabalho, advindo principalmente do usuário, ao modo como enxergam sua realização.

Os estudos da Psicodinâmica mostram que o prazer no trabalho pode ser obtido por via direta, decorrente da identificação com o trabalho, ou por via indireta, a partir da resignificação do sofrimento no trabalho (MENDES, 2007), estando estritamente relacionado à mobilização subjetiva. Porém, o prazer adquirido dessa forma pode ter curta duração, ressurgindo o sofrimento ante a recorrência dos fatores desencadeantes.

Nesse sentido, depreende-se que o trabalho na ABS acontece nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, devendo, portanto, constituir-se como um espaço da construção de uma prática que se traduza na resolutividade, na integralidade, na equidade, implicando uma organização dos serviços alinhada não apenas no enfrentamento das necessidades de saúde conhecidas, tangíveis, situadas na dimensão biológica, mas que contemple as demais dimensões integradoras do ser humano, determinando, assim, as práticas profissionais nesta área.

Deste modo, defende-se que a organização do trabalho na ABS deve favorecer a construção da identidade, a realização, a expressão da criatividade, o reconhecimento e a liberdade, que permitem ao trabalhador tornar-se sujeito de seu trabalho e, quem sabe, reencantando-se com a profissão. Assim, neste contexto, os enfermeiros poderão adequar o que deve ser feito aos seus desejos.

Ratifica-se, também, a responsabilidade das instituições formadoras em enfermagem em contemplar, além das questões teóricas e técnicas, a formação emocional do aluno, no intuito de habilitá-lo a manejar adequadamente os sentimentos advindos de sua relação com o trabalho, de modo a contribuir para a utilização de estratégias eficientes que poderão repercutir positivamente na sua condição de saúde.

Com relação ao cotidiano de trabalho dos enfermeiros na ABS, os resultados obtidos e análises realizadas podem fornecer subsídios para a proposição de ações com vistas a prevenir agravos à saúde, bem como a modificar situações potenciais de risco de adoecimento relacionado ao trabalho neste contexto.

Da mesma forma, são necessárias intervenções imediatas no contexto de trabalho com vistas a diminuir o sofrimento no trabalho, a fim de que as exigências físicas, cognitivas e afetivas não se manifestem por meio de danos relacionados ao trabalho, diante do esgotamento das estratégias de mediação.

Por fim, conclui-se que o presente estudo suscita a discussão sobre os riscos de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem que atuam na ABS, apontando a necessidade de intervenção imediata em alguns aspectos, bem como de investigações e reflexões em novos estudos que abordem a capacidade para o trabalho, a satisfação profissional, o estresse e a Síndrome de *Burnout* da enfermagem na ABS, tendo-se em vista a sobrecarga e a insatisfação no trabalho diagnosticadas neste estudo.

Podem ser indicadas como contribuição do estudo as seguintes características:

- Possibilitar que os trabalhadores possam falar do seu cotidiano, do que é trabalhar na ABS, da subjetivação permeada por condições e relações sociais de trabalho fragilizadas por uma organização inflexível e fragmentada e que modulam as vivências de prazer e sofrimento;
- Identificar que a inexistência de um coletivo de trabalho corrói a efetividade no enfrentamento das situações desencadeadoras de sofrimento, não permitindo a potencialização das situações desencadeadoras de prazer;
- Desvelar que subjacente ao comportamento de banalização do sofrimento, da individualização nos mecanismos de enfrentamento, que se traduz no combate às emoções e à forte vinculação do reconhecimento para obtenção do prazer, encontra-se um trabalhador sofrido física e emocionalmente e em permanente conflito entre o dever e o fazer;
- Reconhecer o valor de espaços de deliberação e escuta como potência mediadora da subjetividade, para dar conta do que o coletivo não consegue mudar;
- Evidenciar a importância da formação dos profissionais em saúde no enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde, não apenas nos aspectos clínicos, mas na sua relação com as questões sociais.

Propõe-se, com isso, o aprofundamento em relação ao trabalho na ABS, da formação do coletivo e o uso da inteligência prática, inclusive com outras categorias profissionais, para

subsidiar mudanças efetivas na organização do processo de trabalho em saúde que aliem respostas às necessidades em saúde da população e os desejos dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 01-03, 2007.

ASSUNÇÃO, A. da Ávila. Alguns resultados contemporâneos das relações saúde e trabalho: contribuição para um debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maginhos (RJ), v.8, n.4, p.283-298, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7. ed. Portugal: Geográfica Editora, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 648, 28 de março de 2006**. Brasília, 2006.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, - Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Resolução nº 196**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. 9 p. Disponível em:<<http://www.conselho.sau.de.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 09 nov. 2011.

BRASIL, **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em novembro de 2012.

CAMPOS, C.E.A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v. 2, nº 6, jul/set, 2006.

DAVID, H. M. S.L . et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis (SC), v. 18, n. 2, p. 206-14, abr. – jun. 2009.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 145p.

DEJOURS, C. In: LANCMAN, S., & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). Christophe Dejours. **Da**

psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007. 145p.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo assistencial. IN: Merhy, E.E. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic. Saúde, Educ., Botucatu (SP)**, v. 9. n. 18. p. 489-506, set.-dez. 2005.

FERREIRA, B. **Análise de Conteúdo.** Aletheia, Porto Alegre (RS), n. 11, p. 13-20, jan.-jun. 2000. Disponível em: <www.caleidoscopio.psc.br/ideias/bardin.html>. Acesso em: 06 nov. 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010.** 2011. Acesso em outubro de 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_>. Acesso em: 10 nov. 2011.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde** – Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria (RS): Pallotti, 2001.

MADEIRA, N. V. Interface dos riscos psicossociais e estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem: revisão de literatura. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, Rio de Janeiro (RJ), 2. ed. supl., p. 405-409, out. – dez. 2010. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../878>. Acesso em: 09 out. 2011.

MARTINS, E.R.C.; ZEITOUNE, R.C.G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2007 dez; 11 (4): 605 – 10.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS** (Tomo I). Salvador: Casa da Qualidade/ISC; 2001.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, A. M. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho.** Cap. 1. In: MENDES, A. M. (Org.) **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2007, p. 29-61.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2010.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde.** 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2010.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** In: Rouquayrol MZ, Epidemiologia & Saúde, 4ª ed., MEDSI, Rio de Janeiro, p.455-466, 1994.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 557-567, 2003.

PASSOS, C.M. **O trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas,** 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enfermagem** 2000; 13:83-92.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.** vol.62 n. 5, Brasília, Sept./Oct. 2009.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D.F.; BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 7ª ed. Artmemd, 2011.

Ribeiro, E.M.; Pires, D.; Blank, V.L.G.(2004) A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, 20(2):438-446.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiras.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999, 119p.

SANTOS, C. M. F. dos; TAHARA, A. T. S. Organização do trabalho da enfermeira: uma dimensão vinculada ao sofrimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador (BA), v. 22, n. 1, 2, 3, p. 113-120, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

OBJETIVO: Delinear o trabalho do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde e de Estratégia Saúde da Família

UNIDADE:

CODINOME DO ENFERMEIRO:

HORÁRIO DE TRABALHO:

ANOTAÇÕES DO PESQUISADOR EM RELAÇÃO A:

- Processo de trabalho;
- Relações com os usuários;
- Relações com a equipe;
- Relações com superiores hierárquicos;
- Atividades de gestão;
- Atividades assistenciais.

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

OBJETIVO: Identificar como é o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde.

Data:

Codinome:

Perfil do Enfermeiro:

Idade: Sexo:

Local de atuação:

Tempo de formação:

Formação Complementar:

Optou por trabalhar nesta unidade:

Tempo de atuação na unidade:

Possui outros vínculos de trabalho?

Realizou curso de capacitação ou de aperfeiçoamento neste período de atuação?

Fez o(s) curso (s) por iniciativa própria ou foi ofertado pela instituição?

Questões Específicas:

- Descreva o seu trabalho.
- Como você percebe o seu trabalho?
- Quais as situações no seu trabalho lhe trazem prazer?
- Quais as situações no seu trabalho lhe trazem sofrimento?
- O que você pensa que poderia ser feito para diminuir essas situações de sofrimento?
- O que a instituição oferece para minimizar o sofrimento e potencializar o prazer no trabalho?

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA
PESQUISA: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
PESQUISADORAS: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller Enfa. Mariangela Gobatto

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito. A pesquisadora se comprometeu a manter o meu anonimato. Compreendi que:

→ não sou obrigado/a participar desta pesquisa e minha escolha será respeitada. Se eu quiser desistir, em qualquer momento da pesquisa, minha vontade será respeitada;

→ este estudo tem como objetivo compreender o meu trabalho na Atenção Básica.

→ se eu permitir, a conversa será gravada, gravador digital, para que a pesquisadora possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo que for dito. As falas serão digitadas (transcritas) e as gravações digitais serão guardadas por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa. Somente a pesquisadora do estudo e sua orientadora terão acesso às gravações.

→ a conversa pode envolver meus sentimentos, ao falar do que já vivenciei no processo de trabalho.

→ ao fim desta pesquisa, os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados.

→ na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá: receberá um codinome da minha preferência. Minha identidade ficará protegida;

→ se eu tiver dúvidas sobre este estudo, poderei telefonar a cobrar para Mariangela Gobatto (46) 9914-2007.

Aceito participar deste estudo e autorizo a publicação das informações por mim fornecidas para as pesquisadoras.

Local, dia, mês, ano.

Assinatura do Entrevistado _____

Assinatura das pesquisadoras: _____

CEP/UFSM - Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi. 97105-900 - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)32208009. comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****Título do projeto: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Pesquisadoras: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller
Enfa. Mariangela Gobatto

Instituição/Departamento: UFSM/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado

Telefone para contato: (55) 3220 8029

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia Saúde da Família do município de Pato Branco - PR

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão produzidos por meio de entrevistas e observação não-participante, com os enfermeiros da Atenção Básica à Saúde e da Estratégia Saúde da Família, do município de Pato Branco – PR.

Concordam, igualmente, que estas informações irão compor um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1304 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Dra Camem Lúcia Colomé Beck.

Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em...../...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, 26 de outubro de 2011.

.....
Prof.a. Dra Camem Lúcia Colomé Beck
Coordenadora do projeto

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro na atenção básica

Área Temática:

Pesquisador: Carmem Lúcia Colomé Beck

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CAAE: 00573612.3.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 55542

Data da Relatoria: 13/07/2012

Apresentação do Projeto:

A Atenção Básica exerce papel estratégico e estruturante no SUS na medida em que se constitui porta preferencial de entrada de um sistema público de saúde, através do estabelecimento de relações contínuas entre os profissionais de saúde e a comunidade. As políticas de saúde implementadas a partir da operacionalização da Estratégia Saúde da Família visam a amplitude do acesso às ações de saúde, a integralidade da assistência e a resolução de parte dos problemas de saúde dos indivíduos tendo como fio condutor a reorientação do modelo assistencial. Entre os profissionais que atuam neste cenário, merece destaque a enfermagem, localizada na interface dos demais trabalhadores em saúde. Desta forma, tem-se como objeto de estudo o prazer e sofrimento do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde. Objetivo: identificar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, embasado nos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho da Escola Dejouriana. Os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e o número de sujeitos não será predeterminado, pois é a etapa de campo que mostrará o quantitativo necessário para responder ao objetivo da investigação. Para a produção dos dados será articulado a técnica de observação não-participante e a entrevista semi-estruturada, pois possibilita a compreensão de como os enfermeiros percebem o seu trabalho enquanto dimensão estruturante de prazer ou de sofrimento. Análise dos dados: o método de análise será fundamentado na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004). Serão respeitados os aspectos éticos conforme Resolução nº 196/96 que rege as pesquisas que envolvem seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: identificar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde.

Objetivos Específicos:

- Conhecer o perfil dos enfermeiros do cenário pesquisado;
- Descrever o trabalho do enfermeiro desenvolvido na Atenção Básica;
- Identificar situações geradoras de prazer no trabalho;
- Identificar situações geradoras de sofrimento no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os riscos são inerentes ao tipo de pesquisa realizado e qualquer desconforto a a pesquisa será interrompida. os benefícios serão sentidos na vida produtiva do pesquisando.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado em enfermagem, que envolve uma coleta de dados por entrevista semi estruturada e observação participante. A pesquisadora tem experiência na área e os objetivos estão claramente delimitados. A metodologia está bem descrita e sua forma de realização detalhada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão adequados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Julho de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares

ANEXO C- CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO**

Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO****Ofício 307/2011/SMS**

Pato Branco, 07 de Novembro de 2011.

Conforme solicitação de autorização para o desenvolvimento de pesquisa de mestrado. Informamos nosso parecer favorável para realização do mesmo.

Também nos colocamos a disposição para o que se fizer necessário no desenvolvimento do trabalho.

Sendo só para o momento.

Atenciosamente.

Valmir Luiz Chiochetta**Secretario Municipal de Saúde****Para: Mariangela Gobatto****Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria - RS**