UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VIVIANE CAMARGO SANTOS

**A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE
DOS ENFERMEIROS DO PSF DA REGIÃO
DE VILA PRUDENTE-SAPOPEMBA:
UM ESTUDO DE CASO**

São Paulo
2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE
DOS ENFERMEIROS DO PSF DA REGIÃO
DE VILA PRUDENTE-SAPOPEMBA:
UM ESTUDO DE CASO**

VIVIANE CAMARGO SANTOS

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Cássia Baldini Soares

São Paulo
2007

“Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, o que fazemos
para mudar o que somos”
Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

À professora Cássia que além de compartilhar seus conhecimentos, se fez presente em todos os momentos, que orientou e ensinou pacientemente, muito obrigada por tudo.

À professora Célia por todas as sugestões e ajuda, muito obrigada.

À Nazarete e às enfermeiras da UBS Jd. Sinhá, pela compreensão e ajuda nos momentos que precisei estar ausente, obrigada.

Ao Gian, à Sulamita, à Marlene, à minha equipe de trabalho por realmente ser uma equipe, obrigada.

Ao meu marido e aos meus filhos, pela paciência nos momentos de ansiedade e ausência, amo vocês, obrigada.

À Deus e a todos que me apoiaram e torceram por mim, obrigada....

APRESENTAÇÃO

Trabalhando como enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF), pude observar, em diferentes momentos, os enfermeiros do PSF queixando-se de situações vivenciadas no trabalho, questões relativas à dificuldade de relacionamento, à falta de recursos, à dificuldade de organização do trabalho no PSF, às cobranças em relação a metas, entre outros. Essas conversas surgiam sempre que esses trabalhadores se encontravam, mostrando que compartilhavam dessa opinião e aparentemente buscavam através da troca de experiências, uma forma de se fortalecer e de amenizar o desgaste causado por situações do cotidiano do trabalho e que diziam refletir na vida pessoal.

Dessa forma, considera-se que deveriam ser previstas pelas instituições empregadoras, medidas que fossem capazes de garantir boas condições de trabalho, já que elas afetam diretamente os trabalhadores e, conseqüentemente, o desenvolvimento do trabalho. No caso da saúde, acabam por incidir também sobre a atenção à saúde dos usuários dos serviços.

Assim, pareceu-nos importante compreender de que maneiras as dificuldades, como as acima descritas, estariam repercutindo sobre o processo saúde-doença de trabalhadores do Programa de Saúde da Família (PSF), supondo que a partir desse conhecimento poderia se desenvolver ações de monitoramento da saúde dos trabalhadores.

Consideramos que este estudo pode contribuir para melhorar as condições de trabalho de todos os profissionais do PSF, ajudando as Unidades Básicas de Saúde e principalmente os trabalhadores a aperfeiçoar suas formas de trabalhar e de viver.

Santos VC. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

O objeto deste estudo é a relação trabalho/saúde dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), recortado diante do quadro teórico da Saúde do Trabalhador. O objetivo geral foi compreender as características do trabalho dos enfermeiros do PSF da subprefeitura de Vila Prudente – Sapopemba e a relação entre os processos de fortalecimento e de desgaste que neles se expressam. A coleta de dados se realizou através de entrevistas individuais com 16 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde dessa subprefeitura que contam com o PSF. As formas de trabalhar dos enfermeiros entrevistados foram analisadas de acordo com cinco categorias: processo de trabalho, exploração da subjetividade, polivalência, desgaste e fortalecimento, verificando-se, em cada uma delas, os potenciais de fortalecimento e de desgaste gerados. Os resultados são: os enfermeiros reconhecem o espaço territorial ocupado pela população adscrita e enfatizam a precariedade das condições de moradia, configurando-se o objeto de trabalho como uma população carente; o modelo assistencial tem como eixo orientador o planejamento por resultados, voltado à racionalização do trabalho da equipe; o médico é o profissional principal, o trabalho é organizado segundo os preceitos da divisão social e técnica do trabalho de tipo taylorista; os enfermeiros estão intensamente envolvidos com o trabalho, convivendo, de um lado, com a forte expectativa que se tem de suas potencialidades para solucionar os problemas e, de outro, com a impossibilidade de oferecer respostas para os problemas trazidos pela população; os trabalhadores acreditam que para trabalhar no PSF é necessário um perfil especial para o trabalho, o planejamento das atividades próprias dos enfermeiros é sufocado pelos imprevistos do dia-dia; os entrevistados assumem um pouco de tudo e diagnosticam a necessidade de se qualificar para a multifuncionalidade; consideram que devem ter habilidade para resolver todos os problemas do dia a dia. O fortalecimento advém principalmente da relação prazerosa e recompensatória com o objeto/finalidade do trabalho e com o trabalho em si, destacando-se a satisfação com a obtenção de resultados gratificadores, como o vínculo formado com as famílias, muitas vezes localizada nas situações de conquista individual. Com referência ao desgaste, pode-se concluir que: os

territórios adscritos pelo PSF integram potenciais de desgaste do trabalhador, impotentes diante da complexidade que implica trabalhar na periferia do tecido social; problemas de alta complexidade trazidos pelos pacientes, bem como o contato direto com o sofrimento e as carências da população, a não adesão ao tratamento ou as reclamações sobre este ou aquele profissional integram as cargas psíquicas; os trabalhadores têm que lidar com situações de precariedade em que a falta de materiais para as atividades diárias representa transtorno no trabalho; a exigência de produtividade, as cobranças, as interrupções constantes nas tarefas em andamento, a realização de atividades que não são atribuições da categoria, os diferentes graus de compromisso e, por vezes, a falta de integração entre as enfermeiras constituem motivo de estresse, angústia e irritação; os enfermeiros se desesperam para dar conta da demanda e chamam a atenção para a necessidade de impor limites. O acolhimento é desgastante uma vez que a demanda é grande e os usuários querem ver seus problemas resolvidos rapidamente; o desgaste se concretiza em muito cansaço físico e mental, levando os enfermeiros a querer apenas descansar e a acumular problemas de saúde como hipertensão, alergias, dores de estômago, além de outros agravos como dormir no volante e sofrer acidentes de carro.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Enfermeiros, Saúde Coletiva, Programa Saúde da Família

ABSTRACT

The object of this study is nurses' job/health relation in the Family Health Program (Programa Saúde da Família - PSF), represented within a theoretical framework of Worker's Health. The general objective was comprehending the characteristics of PSF nurses' job in Vila Prudente - Sapopemba sub prefecture and the relation between the process of strengthening and debility expressed in them. Data collecting was done through single interviews with 16 nurses who work in Basic Health Units which take part of PSF in this sub prefecture. The interviewed nurses' ways of working were analyzed according to five categories: working process, subjectivity, polyvalence, debility and strengthening, having, in each of them the debility and strengthening potential fulfilled.. The results are: nurses recognize the area where adscript population live and highlight the precarious living conditions, turning the object of study to be a destitute population; the care pattern is guided by planning focused on results and the rationalization of team work; the doctor is the main worker, job is planned according social division precepts and taylorist working techniques; nurses are intensely involved in the job, handling, on one hand, with the strong expectation of their ability to solve problems and, on the other hand, with the impossibility of finding an answer for people's problems; workers believe you need to have a special profile for working in order to work at PSF, nurses' activities planning is canceled because of unforeseen happenings on day-by-day; the interviewees recognize most of it and diagnosed the need of getting themselves prepared for multifunctionality; they believe they must be able to solve all day-by-day problems. Strengthening results from the pleasant and rewarding relation between object/purpose of work and the work itself, highlighting contentment with compensating results gotten, as getting closer to families, which is, most of the time done individually. About debility, we can conclude that: adscript places by PSF are potentially debilitating for workers who are impotent in the face of complexity of working in poor areas; handling problems of great complexity arisen by patients, also, dealing directly to suffering and population's destitution, patients who don't undergo treatment or complain about this or that worker contribute to psychological pressure; workers must deal with precarious situations in which lack of material for daily activities is a trouble at work; production demand, pressing necessity, constant discontinuity of tasks in

progress, developing activities they are not designated to, different sense of commitment and, at times, lack of interaction among nurses cause stress, agony and exacerbation; nurses get desperate to do what is in demand and it draws attention to the need of imposing limits. Approving reception is debilitating, once demand is great and users want their problems to be quickly solved; debility causes physical and mental weakness, then nurses just want to rest and they end up having several health problems such as hypertension, allergies, stomachaches, besides other injuries such as sleeping while driving, causing car accidents.

Key-words: Worker's Health, Nurses, Population Health, Family Health Program

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
1.1 O objeto de estudo	3
1.2 O Programa de Saúde da Família	5
2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3 OBJETIVOS	24
3.1 <i>Geral</i>	24
3.2 <i>Específicos</i>	24
4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	25
4.1 Sobre o trabalho na sociedade capitalista	25
4.2 O trabalho no setor saúde	30
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
5.1 Tipo de pesquisa	35
5.2 Campo de estudo	35
5.3 População de estudo e sujeitos de pesquisa	39
5.4 Aspectos éticos	40
5.5 Estudo de campo	40
5.6 Análise de dados	42
6 RESULTADOS E ANÁLISE	44
6.1 Quem são os sujeitos da pesquisa	44
6.2 O que dizem as enfermeiras do PSF da subprefeitura de Vila Prudente	45
6.2.1 As motivações para trabalhar no PSF	47
6.3 O trabalho no PSF pela voz das enfermeiras entrevistadas	49
6.3.1 O território: um sítio de exclusão social	49
6.3.2 O objeto/finalidade do trabalho no PSF	50
6.3.3 O Modelo Assistencial de metas pré-definidas	53
6.3.4 A organização do trabalho: trabalhar é um jogo de tentativa e erro	54
6.3.5 A divisão do trabalho sob a ameaça de um rolo compressor	63
6.3.6 A enfermagem, o enfermeiro e o trabalho em si	66
6.4 Preparando o trabalhador para a polivalência: a exploração da subjetividade do trabalhador	71
6.4.1 Assumir a meta e as estratégias da empresa e os problemas do trabalho	72
6.4.2 O trabalhador do PSF é idealizado: corre atrás e tenta não errar	74
6.4.3 O enfermeiro deve ter uma solução para tudo	76
6.4.4 Soluções que a gente nunca vai trabalhar	78
6.5 A polivalência	78
6.5.1 Extrapolando os limites de sua prática para “quebrar o galho”	78
6.5.2 No fio da navalha: como num pronto socorro, fazer o papel do médico	82
6.5.3 Todos os problemas batem à porta	84
6.5.4 Atender os imprevistos em detrimento de outras ações	86
6.6 O fortalecimento	87
6.6.1 O fortalecimento presente na relação com o objeto/finalidade do trabalho e com o trabalho em si: renovando o gás	87
6.6.2 Fora (mas também dentro) da UBS, na alegria e na tristeza, o serviço pega de um jeito, um show de fortalecimento	92

6.7 O Desgaste	94
6.7.1 O território e o objeto de trabalho e suas ameaças: tristeza, sofrimento, cansaço, estresse	94
6.7.2 Os meios e os instrumentos de trabalho: da planta física inadequada a insuficiência de recursos e ao modelo assistencial	98
6.7.3 A organização e a divisão do trabalho: estressam e nem permitem tomar um café	101
6.7.4 A enfermagem, as enfermeiras, os recursos da rede e o trabalho em si	104
6.7.5 O desgaste concretizado no corpo bio-psíquico	106
7 DISCUSSÃO	108
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA FAZER A SÍNTESE	117
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 O objeto de estudo

Este trabalho toma como objeto a relação trabalho/saúde dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), recortado diante do quadro teórico da Saúde do Trabalhador.

No Brasil, a política oficial relativa à saúde do trabalhador, elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) (2001), afirma que o bem estar do indivíduo no ambiente de trabalho é expresso através de relações saudáveis e harmônicas. *Freqüentemente o sofrimento e a insatisfação do trabalhador, manifestam-se não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais dentro e fora do trabalho, além dos diferentes agravos bio-psíquicos dos trabalhadores.*

Há uma preocupação particular com contextos de trabalho produtores de *quadros psicopatológicos, freqüentemente associados a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas em situações economicamente críticas e de carência.* (Ministério da Saúde, 2001:162).

No entanto, pondera-se aqui, para além dos desgastes advindos da própria assistência, há que se examinar aqueles provenientes da organização do trabalho. Assim, de acordo com Antunes (2000), o novo mundo do trabalho que se configura a partir da globalização e da última grande crise do capital vem submetendo a *classe-que-vive-do-trabalho* a condições que afetam sua *forma de ser*, uma vez que atingem os trabalhadores na sua *materialidade*, causando repercussões na sua *subjetividade*.

Nesse contexto, a classe trabalhadora tornou-se mais qualificada em diversos setores em que houve uma relativa “*intelectualização*” do trabalho, mas *precarizou-se e desqualificou-se em vários outros ramos.* Criou-se o trabalhador “*polivalente e multifuncional*” da era informacional, mas também se criaram os *trabalhadores precarizados*, com empregos *temporários e/ou parciais* (Antunes, 2005).

Além disso, a classe trabalhadora vem perdendo direitos trabalhistas conquistados ao longo do século XX, vivenciando as conseqüências da desregulamentação e da flexibilização necessárias para que o capital se ajuste à sua nova fase de acumulação. Pode-

se afirmar que as metamorfoses em curso no mundo do trabalho afetaram a *forma de ser* da classe trabalhadora, tornando-a mais *heterogênea, fragmentada e complexificada* (Antunes, 2000).

Se no início do desenvolvimento capitalista, as operações para o processo produtivo exigiam predominantemente o componente muscular, com o aperfeiçoamento do processo de acumulação de capital o componente manual foi deixando de ser suficiente e a força de trabalho teve que começar a se desenvolver intelectualmente (Bruno, 1996). Antunes (2005) apoiando-se em Bernardo (2004:105-7) refere que *quanto maior for o componente intelectual da atividade dos trabalhadores e quanto mais se desenvolver intelectualmente a força de trabalho, tanto mais consideráveis são as possibilidades de acumular mais valia*.

O modelo contemporâneo de produção que corresponde a essa nova forma de exploração – o toyotismo - tem como características: *a automatização, o just-in-time, o trabalho em equipe, a flexibilização do trabalho, a terceirização, a subcontratação, o controle de qualidade total e a “gerência participativa” entre outros* (Bernardo, 1998, Antunes, 2000).

Os trabalhadores do setor terciário da economia – setor de serviços, onde se encontram os serviços de saúde - mesmo no setor público, estão também sofrendo, embora de maneira particular, as consequências dessas transformações.

Baraldi (2005), ao estudar o trabalho da enfermagem nesse contexto, denuncia a adoção de mecanismos de flexibilização do trabalho no SUS: os trabalhadores da saúde estão sendo contratados de diversas formas - estatutária, prestação de serviços, contrato temporário, contrato verbal, concessão de bolsas, mas também por contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A instituição empregadora também varia entre cooperativas, organizações governamentais e não-governamentais, fundações privadas ou públicas e instituições filantrópicas.

Algumas características do mundo do trabalho contemporâneo são também assinalados na leitura de Aguiar (2001) sobre a qualificação da força de trabalho em enfermagem, a partir dos autores que vêm estudando a flexibilização do trabalho no Brasil, ajudando a perceber que o trabalhador de saúde precisa ser capaz de *adaptar-se a diferentes funções e executar uma pluralidade de tarefas, trabalhar em equipe, comunicar-se bem, ser criativo e ter prontidão para educação continuada*.

Apesar de predominar a gerência nos moldes tayloristas e fordistas na área da saúde, pode-se observar influências do gerenciamento flexível participativo no interior das instituições e dos serviços neles se instalando a atual tendência à intelectualização do trabalho e à implementação de projetos de controle de qualidade em saúde, mesmo com a impossibilidade de normatizar completamente e de definir rígidos critérios econômicos de produção (Peduzzi, 2003).

O fato é que, de acordo com Puccini, Cecílio (2004), os modelos gerenciais decorrentes da Teoria da Gestão pela Qualidade Total, arrebatadora dos princípios tayloristas de organização do trabalho estão sendo transportados de forma acrítica para o setor público.

1.2 O Programa de Saúde da Família (PSF)

No Brasil, com a expansão e o fortalecimento do capitalismo na perspectiva do projeto neoliberal, presenciou-se um retrocesso principalmente em relação à tarefa de proteção social conduzida pelo Estado, os direitos sociais foram lançados ao mercado e foram criados programas compensatórios para aqueles que não conseguem consumir. A essência do direito social à saúde – universalidade, igualdade e garantia pelo Estado da atenção à saúde -, expressa na Constituição Federal de 1988 e nas leis 8.080 e 8.142/90, foi abalada pelas reformas neoliberais do setor saúde (Calipo, 2002).

Salum (2000-2001: 25-6) já afirmava:

“A minha suposição (ou o meu temor?) é a de que - no espaço da saúde - o PSF torne-se um notável representante da *transição conservadora*, tão própria da história política brasileira, (...) Nessa direção, parafraseando o Prof. Emir Sader, temo que sejamos levados a reconhecer em um futuro não muito distante que *o PSF, frustrando as aspirações do movimento social de maior expressão das décadas de 70 e 80 – o Movimento da Reforma Sanitária - estaria entronizando em si próprio o pacto antecipado que o ajuste estrutural comandou - o processo gattopardista da saúde - em que tudo muda para que tudo siga igual.*”

Foi assim, que o PSF surgiu – em plena implementação das políticas de ajuste - como uma alternativa para consolidar o processo de descentralização em saúde.

“À época, não se publicara ainda a Norma Operacional Básica/96, mas já era possível entrever o caráter conservador do programa proposto, capaz de aplacar as tensões sociais que já iam se avolumando, *driblando*, de certa forma, os entraves políticos, operacionais e de financiamento da política pública de saúde, formalizada na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Salum, 2000-2001: 25).

Criticado pelo seu caráter verticalizador e focalizador, o PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, sendo considerado pelo governo brasileiro como uma estratégia para implementação do SUS que pretende estabelecer vínculos e criar laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Foi criado com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional.

O fato é que

“(...) trata-se de um programa vertical, que foi imposto de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizado no nível central, e bancado por “incentivos” financeiros no repasse de recursos aos municípios, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos governos municipais (...) desconsidera totalmente a enorme heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde (...) o que limita o atendimento dado pelo PSF a uma simples “porta de entrada”, sem resolutividade e sem “porta de saída” (...) Desconsidera (...) o também heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro que demanda serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, sobretudo nas grandes cidades (...) problemas cuja resolução vai muito além da capacidade de atendimento do PSF”(Soares, 2005:2)

Estruturado por um

“alto grau de normatividade (...). O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. (...) sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficando fora do sistema de financiamento das equipes de PSF. (...) aborta a construção de modelos alternativos (...), como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas (...) em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato (...) Há um caráter

prescritivo, bastante exacerbado (...). Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde”. (Franco, Merhy, 1999).

Diante de *uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde* (Franco, Mehry, 1999), o PSF coloca em cena um conjunto de trabalhadores no mesmo espaço, exercendo as mesmas tarefas, mas submetidos a contratos, regimes de trabalho e salários diferenciados, gerando o que Salum (2000-2001) chamou de “*linhagens diferenciadas de técnicos* (pela posição que ocupam e pelo investimento salarial) ao lado de uma *legião de trabalhadores precarizados*, arregimentados sob o discurso da solidariedade”.

O trabalhador de saúde vem assumindo então novas formas de trabalhar: em equipe, com área adscrita e responsabilidade sobre o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias, bem como metas de produção fixadas segundo critérios quantitativos.

“São definidos *a priori* os locais de atendimento (...) existe uma lista das atividades que devem ser realizadas (...) Os resultados desejados são anunciados (...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado. (...) com seu caráter prescritivo (...) pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência. (...) A adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família, deve considerar que da forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança (...)” (Franco, Merhy, 1999).

Em São Paulo, o PSF teve início em 1996, através do Projeto QUALIS (Qualidade Integral a Saúde), projeto que operacionalizou a gestão pública através de parcerias público-privadas - Estado e Organizações Sociais – novidade trazida à gestão das coisas públicas por Bresser Pereira no contexto da investida neoliberal (Calipo, 2002). Abriu-se dessa forma, a válvula para contratações trabalhistas diferenciadas.

Dados oficiais avaliam que a implantação do PSF foi realizada em duas fases: a primeira no período de 1994-1998 quando passou de uma cobertura de 0,8% da população brasileira para 7% (10.636.350 habitantes) e a segunda de 1998-2000, em que se esperava resultado de 22% de cobertura da população brasileira, ou seja, 29.683.800 pessoas. Em

maio de 2002 já estavam implantadas 15.201 equipes em 3.498 municípios e assistidos pelo programa 50,3 milhões de habitantes, representando 29,3% da população brasileira (Brasil, 2002; Trapé, 2005).

Assim é que, na sua escalada de ampliação de cobertura, o PSF foi consolidando sua proposta, preconizando mudanças relacionadas ao objeto de atenção, à forma de atuação e à organização geral dos serviços, que levem a saúde mais para perto da família, com a intenção de melhorar a *qualidade de vida*¹ da população (Ministério da Saúde, 1997).

Nessa proposta, a família passa a ser o centro da atenção, sempre referida ao meio ambiente e social em que vive. E, como avalia Salum (2000-2001: 28),

“quer queiramos ou não, é conservadora a forma como delimita o objeto da produção de serviços de saúde - *Saúde da Família* - ainda que a estrutura familiar represente uma das formas da expressão da singularidade que compõe o *objeto multifacetado* da Saúde Coletiva. (...) o coletivo - e seu processo saúde-doença que tomamos como o *novo* objeto da saúde - não se estrutura pela somatória de singularidades. Privilegiar apenas a família como objeto das ações em saúde é reduzir a sociedade à esfera do consumo e, portanto, reconhecer os problemas e necessidades tão somente a partir do que representa ter ou não acesso aos bens e serviços que o capital *oferece* e não a partir da flagrante desumanização e degradação que se estabelecem na esfera da produção, do espaço do trabalho. Acresce que, majoritariamente, as ações do PSF dirigem-se ao controle e recuperação das *famílias* dos grupos sociais que podem ameaçar a sociedade pela doença e pela revolta, famílias que representam *risco social*”.

Estruturada sob o conceito de qualidade de vida que, de certa forma, reordena a concepção de saúde-doença, traz para o âmbito da intervenção ações dirigidas ao desgaste e ao fortalecimento expressos pela singularidade, as ações sobre os determinantes limitadas à esfera do consumo simples (Salum, 2000-2001). Assim,

“não está dando conta de avançar a intervenção no momento da produção (especialmente aludida no § 1º, art 2º da Lei 8080/90) que aglutina os processos de máxima

¹ Salum (2000-2001:17) remete “o leitor à aguda análise elaborada pelo Prof. Arturo Campaña (1997) sobre a perspectiva contemporânea do conceito de qualidade de vida e que nos auxilia a reconhecer que *a busca da saúde como qualidade de vida* está impregnada do mesmo pragmatismo que valoriza o consumo de bens e serviços como estruturantes do atendimento das necessidades humanas e não o desenvolvimento pleno e solidário das potencialidades humanas na esfera da produção e do consumo”.

vulnerabilidade no desencadeamento das manifestações bio-psíquicas, resultado da *plasticidade* com que o *corpo social* responde aos elementos mediadores da sua *destruição* (e da sua *construção*)”(Salum, 2000-2001:28).

Ainda, de acordo com o Ministério, trata-se de uma estratégia que: possibilita a integração e promove a organização de atividades advindas de diferentes setores, em um território definido; e prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O PSF propõe que seja realizada de maneira inter e multidisciplinar, o acompanhamento da saúde da população, atribuindo à UBS responsabilidade integral sobre o monitoramento da população que reside na área de abrangência.

Mas, como consideram Franco, Merhy (1999),

“embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência” (Franco, Merhy, 1999).

Preconiza o MS que a equipe de saúde da família deve conhecer o território e a população da área que vai ser atendida e intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população e dessa forma contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e da produção social da saúde.

Essa estratégia sofre a crítica de Franco, Merhy (1999) quando enfatizam que seus mentores consideram que

“podem organizar e estruturar a demanda de serviços das UBS, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Desta forma, elimina a possibilidade de atendimento **a demanda espontânea**, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, (...) vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, (...) um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em

demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas. (...) As **visitas domiciliares compulsórias**, indicam dois tipos de problemas muito graves (...) Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas (...) pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente, a visitação de médicos e enfermeiros por exemplo, sem que o mesmo nem mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. Um outro aspecto (...) diz respeito ao fato de que isto, pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade”.

Ainda preconiza-se como função da equipe fazer com que a saúde seja reconhecida pela população como direito de cidadania, assim como estimular a comunidade a realizar o controle social.

Como apostar em tal reconhecimento se trata de

"(...) um cardápio mínimo a ser operado (...) para o conjunto de cidadãos mínimos? (...) A organização da assistência na lógica desses programas, seguramente tem impacto na diminuição da mortalidade infantil, principalmente naquelas por doenças infecciosas e parasitárias e no controle de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, etc., mas não impactam a lógica de determinação nos processos saúde doença, como por exemplo o programa de controle da AIDS em Santos, onde se mudou radicalmente a história da doença”(Merhy, Bueno, 1998).

Finalmente, o MS define funções compartimentalizadas para uma equipe de saúde da família que deve integrar um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo responsável por no mínimo 800 famílias e no máximo 4.500 pessoas.

Para Salum (2000-2001: 28), essa nova ordem do trabalho, nada mais é do que uma

“reedição contemporânea da divisão técnica do trabalho em saúde sob o comando da divisão social - extensivamente discutida nas décadas de 70, especialmente no interior da produção bibliográfica da enfermagem. Ao *líder da equipe*, que é médico de formação, maior poder e maior salário, ao enfermeiro, salários intermediários e o trabalho intelectual

de comando dos Agentes Comunitários de Saúde – precariamente remunerados - a quem se destina a tarefa de realizar, através de atividades simplificadas e manuais, a *ponte* com as famílias. Trata-se do *atendente de enfermagem pós-moderno* que insidiosamente retornou, na reedição da *dicotomia* trabalho intelectual/trabalho manual em saúde e na enfermagem, de que tanto falaram nossas teses da década de 80”.

A Secretaria Municipal da Saúde no Documento norteador (2002) determina como responsabilidade de cada um dos membros da equipe, em termos gerais:

- O médico que compõe a equipe nuclear do PSF desenvolve suas atividades/ações junto à população de sua área atendendo indivíduos em todas as fases do ciclo de vida, situando-as nos contextos biopsicossociais nos quais estão envolvidos. Atua de forma integrada nos processos de promoção, prevenção e recuperação da saúde fortalecendo o trabalho em equipe, valorizando o sujeito, como parte integrante da responsabilização do tratamento de sua própria saúde, ampliando autonomia, respeito e confiança, propiciando o aprofundamento do vínculo (2002:15).
- O(s) auxiliar(es) de enfermagem desenvolvem suas atividades/ações nos espaços das Unidades Básicas de Saúde e/ou domicílio/comunidade, de acordo com a programação/agendamento dos Agentes Comunitários de Saúde, mediante necessidades de tratamento que se distinguem da atuação do ACS, em função da sua formação profissional (2002:11).
- É de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde – ACS acompanhar em média 150 famílias, nos domicílios de sua microárea de atuação e junto aos demais membros da equipe nuclear do PSF nas Unidades Básicas de Saúde às quais estão vinculados para prestar atenção à saúde dos indivíduos/famílias/comunidades em articulação com os demais níveis do Sistema Municipal de Saúde (2002:10).
- As (os) enfermeiras (os) desenvolvem suas atividades/ações em dois campos de atuação de forma integrada, no processo de organização das Unidades Básicas de Saúde e nos processos de formação, capacitação e educação permanente, em conjunto com os demais membros da equipe nuclear do PSF e das comunidades, de forma integrada, com destaque para o apoio à organização do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde-ACS, e diretamente no tratamento da saúde

dos indivíduos/famílias/comunidades, cabendo-lhes as seguintes competências:
(2002:13):

- Participar do processo de territorialização;
- Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território, elaborado pela Unidade e comunidade, bem como do plano de ações, execução e avaliação das propostas de trabalho;
- Planejar, organizar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem ao indivíduo e família;
- Planejar e executar os cuidados diretos de enfermagem ao usuário de acordo com as prioridades dos programas e conforme os protocolos do serviço;
- Planejar e acompanhar o trabalho do Auxiliar de Enfermagem;
- Realizar avaliação contínua da equipe de enfermagem;
- Participar na elaboração de normas, rotinas e procedimentos dos serviços de saúde;
- Prescrever ou transcrever medicamento conforme protocolos estabelecidos pela Instituição;
- Acompanhar o cadastramento e atualização dos dados das famílias da área de abrangência realizada pelo ACS;
- Planejar e acompanhar, em conjunto com o médico e o gerente, o trabalho do ACS;
- Participar da elaboração, execução, avaliação do plano de ação, baseado no diagnóstico realizado pela Unidade e pela Comunidade;
- Planejar e realizar visita domiciliar;
- Prestar assistência direta aos usuários nas diferentes fases do ciclo de vida e às famílias através das consultas de enfermagem, grupos educativos ou grupos operativos;
- Acompanhar a assistência prestada pelo Auxiliar de Enfermagem;
- Executar os procedimentos de Vigilância Sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas;
- Preencher e/ou acompanhar boletins referente ao trabalho do Auxiliar de Enfermagem;
- Planejar, organizar e/ou participar de ações educativas organizadas em sua área de atuação;
- Realizar consulta de enfermagem para os indivíduos cadastrados em todas as fases do ciclo de vida;
- Participar do atendimento à demanda espontânea segundo protocolos da Instituição para a categoria;
- Promover capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem;
- Participar das reuniões diárias da equipe;
- Desenvolver ou colaborar em pesquisas na área de saúde de enfermagem que aprimorem as tecnologias de intervenção;
- Preencher registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- Participar da análise dos dados de produção da Equipe;
- Ajudar na organização das Unidades Básicas de Saúde, desde as rotinas do tratamento até a gerência dos insumos (equipamentos, medicamento etc);
- Participar do processo de formação, capacitação e educação permanente, junto às equipes nucleares e demais profissionais da rede do sistema municipal de saúde e outros setores do governo local.

Nesse contexto é que se busca compreender a relação saúde/trabalho dos enfermeiros no PSF.

2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O objetivo desta pesquisa bibliográfica foi compreender como a relação saúde/trabalho, sob a perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador é tratada pelo Programa de Saúde da Família, com a finalidade de perscrutar, depois de cerca de uma década de implantação do programa, as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores com a adoção de um novo modelo assistencial.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica no Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), disponível *on-line*, seguindo as recomendações de Gil (1991). A tentativa inicialmente feita de cruzar os descritores Programa Saúde da Família e Saúde do Trabalhador foi infrutífera, utilizando-se por fim apenas o descritor Programa Saúde da Família, aceito pelo Sistema Ciências da Saúde adotado pela BIREME.. O critério cronológico adotado foi o início da implementação do PSF. Assim, o período de busca se estendeu de 1994 a 2005.

Dos 111 trabalhos encontrados, 72 resumos foram examinados, uma vez que 33 não apresentavam resumo no Lilacs, 3 estavam repetidos, 2 não tratavam do PSF e 1 não dizia respeito ao Brasil. Esses trabalhos foram então agrupados por temas e distribuídos conforme se descreve na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos resumos encontrados na base de dados LILACS através do descritor Programa de Saúde da Família, segundo tema/objeto de estudo, 2005.

Tema/objeto de estudo	N	%
implementação e impacto do PSF	21	29,17
formação e prática médica e PSF	6	8,33
saúde da mulher e PSF	5	6,94
saúde bucal e PSF	5	6,94
agentes comunitários de saúde	5	6,94
sistema de informação	3	4,17
saúde da criança	3	4,17
aleitamento materno	2	2,78
Tuberculose	2	2,78
Acolhimento	2	2,78
saúde do idoso	2	2,78
Reabilitação	2	2,78
saúde mental	2	2,78
DST/Aids	2	2,78
capacitação de recursos humanos (enfermeiros)	1	1,39
Ética	1	1,39
HAS	1	1,39
planejamento familiar	1	1,39
prática do auxiliar de enfermagem	1	1,39
trabalho em equipe	1	1,39
Resiliência	1	1,39
Família	1	1,39
o processo de trabalho no PSF	1	1,39
o stress dos trabalhadores no PSF	1	1,39
Total	72	100

A tabela 1 permite verificar que a maior parte dos trabalhos encontrados dizia respeito à implementação e avaliação do PSF em diversos locais do país, alguns mostrando limites, e não apenas suas potencialidades. Eram particularmente tomados como objeto/tema de estudo atividades no pré-natal, atividades voltadas para a saúde da criança, para a saúde bucal, para a saúde mental, para a saúde do idoso, ou então para a hipertensão, para o aleitamento materno, ações voltadas para a prevenção de doenças/aids e de tuberculose, incluindo-se ainda como temas de estudo o acolhimento, a reabilitação, e o planejamento familiar.

Em certa medida, os estudos aqui tomados como referência, na sua grande maioria, estão acompanhando o que propõem os grupos de intervenções sistematizados no “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 – Investindo em Saúde, publicado pelo Banco Mundial, conforme discutem Misoczky (1995), Lima (1996). Referem os autores que *a intervenção direta do Estado ficaria restrita: (a) a serviços que produzem bens públicos, como o controle de doenças transmissíveis ou o sistema de informações, (b) a serviços com grande externalidade, cujo consumo individual afeta a coletividade, como no caso das imunizações; (c) prover diretamente ou financiar prestadores privados de serviços de atenção à saúde que tenham boa relação custo-benefício e uma abordagem socialmente aceitável para reduzir a pobreza; (d) compensar os problemas gerados pela “incerteza” e “insegurança” do mercado, regulando os seguros privados ou através de seguros sociais* (Misoczky, 1995:4). Os serviços, portanto, devem planejar sua ação baseados *na incidência das doenças e na eficácia relativa, em termos de custos das intervenções clínicas, incorporando 5 grupos de intervenção, englobando as que apresentam alto impacto nas doenças, os grupos são: serviços de assistência a gestante (atendimento pré natal, no parto e no pós parto), serviços de planejamento familiar, controle de tuberculose, controle das DST, atendimento das doenças graves comuns em crianças pequenas - doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, malária e desnutrição aguda* (Lima, 1996:37).

Os objetos e temas de estudo encontrados na revisão aqui apresentada parecem acompanhar as áreas temáticas da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde, que informa o apoio financeiro a, entre tantas, apenas 2 teses de doutorado relativas à Saúde do Trabalhador em unidades básicas

de saúde – uma sobre acidentes de trabalho por exposição a riscos biológicos e outra sobre violência no trabalho (MS, 2006).

Apenas 1 dos trabalhos toma como objeto o processo saúde-doença dos trabalhadores, o que denota acompanhar uma tendência que marca a produção nacional no campo da Saúde do Trabalhador: Wunsch-Filho (citado em Minayo Gomez, Lacaz, 2005) estimou que menos de 1% dos artigos científicos, que tomam por objeto a relação trabalho-saúde divulgados anualmente em todo o mundo, são brasileiros (Minayo Gomez, Lacaz, 2005).

A discussão dos especialistas sobre a limitada produção científica do campo Saúde do Trabalhador estabelece como primeiro ponto de estrangulamento o fato de que: na prática, os estudos neste campo estão muito distantes dos avanços teóricos que permitiram decodificar a complexidade de que se reveste a relação trabalho e saúde. Os marcos teóricos da Saúde do Trabalhador, historicamente aplicados à leitura do processo saúde-doença dos trabalhadores fabris, já não dão conta de explicar os problemas que surgem diante das modificações ocorridas no setor produtivo contemporâneo, que levou ao aumento do setor informal e agravamento do desemprego, além de aumento do setor terciário da economia, nem incorporam a questão ambiental (Minayo Gomez, Lacaz, 2005).

Nesse sentido, consideram que há que se efetuar

“ajustes e adaptações na aplicação do conceito de ‘processo de trabalho’ para o entendimento de determinadas realidades nas novas situações de produção, (...) construir novos conceitos e categorias capazes de dar conta da compreensão do amplo e majoritário universo de trabalhadores sem vínculos formais e desempregados (...) O movimento de destruição-reconstrução, simultâneo, da conjuntura atual é muito mais complexo, diversificado, difícil, desafiante e instável. Nessa nova configuração, os trabalhadores industriais são minoritários (...) as questões deste grupo, por estarem localizadas, são mais facilmente diagnosticáveis. A questão central do conjunto da produção científica é que a referência ainda presente nela é em grande parte o setor industrial. Mesmo quando tomamos para análise o conjunto dos trabalhadores formais, percebemos muito pouco investimento no conhecimento dos que atuam nos setores de serviços e agrícola”. (Minayo Gómez, Lacaz, 2005: 800).

Tomando o levantamento de Mendes como referência, avaliam que também as teses

e dissertações sobre a relação saúde-trabalho seguem a mesma tendência, revelando que: o foco está na relação trabalho-saúde na indústria, sob a orientação do campo da Medicina do Trabalho, tratando dos problemas tradicionalmente presentes na produção fabril, sendo que a atenção também se volta para o desenvolvimento de metodologias e análises toxicológicas referidas a agentes específicos e para problemas ergonômicos (Minayo Gómez, Lacaz, 2005). Fica pois

“evidente o predomínio da construção de conhecimento fragmentado, disperso, unidisciplinar, quando não repetitivo e tecnicista, resultante de pesquisas e análises pontuais desenvolvidas com abordagens próprias de cada disciplina: ou só da epidemiologia, ou só das ciências sociais e humanas, ou só da toxicologia, ou só da engenharia, dentre outras. (...) Em síntese, resta muito por fazer na atual encruzilhada da produção científica sobre a saúde dos trabalhadores brasileiros.” (Minayo Gómez, Lacaz, 2005:802).

Minayo Gómez, Lacaz (2005) concluem sua análise, destacando a fragmentação da produção científica no campo da Saúde do Trabalhador, a necessidade de se estabelecer prioridades tomando como referência os problemas cada vez mais intensos nos setores de serviços e de agricultura, bem como os que se traduzem no setor informal e no *mundo difuso e desprotegido dos desempregados*. Nesse aspecto, apelam para a responsabilidade social de que se devem investir as universidades e centros de pesquisa, empenhando-se maciçamente no estudo das diferenciadas condições que, no mundo contemporâneo, aviltam a saúde dos trabalhadores.

Considerados assim os principais atributos da produção científica no campo da Saúde do Trabalhador, o único trabalho que tomava como objeto a adaptação dos trabalhadores no PSF se referia aos elementos estressores do trabalho. Trata-se do estudo desenvolvido por Camelo, Angerami, “Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família”, publicado na Revista Latinoamericana de Enfermagem em 2004.

O estudo utilizou o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISLL), validado em 1994 e que permite avaliar se a pessoa *tem estresse, em qual fase se encontra e se o estresse manifesta-se por meio de sintomatologia física ou psicológica*. Segundo as

autoras, o ISSL *apresenta um modelo quadrifásico do estresse, baseado no modelo trifásico de Selye*, que identificou 3 fases (alerta, resistência e exaustão) ²., sendo que a quarta fase identificada por Lipp foi nomeada como fase de quase-exaustão, intermediária entre a fase de resistência e exaustão. Participaram do estudo os trabalhadores de 5 núcleos do PSF da cidade de Ribeirão Preto, a saber: 5 médicos, 5 enfermeiros, 7 auxiliares de enfermagem e 20 agentes comunitários, totalizando 37 entrevistados.

Camelo e Angerami (2004) encontraram uma frequência elevada de trabalhadores estressados (62%) - 1 médico, 4 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem e 14 agentes comunitários. Destes, 83% estavam na fase de *resistência* e 17% na fase de *quase exaustão*. O estudo revelou ainda uma predominância de sintomas psicológicos em 48% dos profissionais, encontrando sintomas físicos em 39% dos trabalhadores, sendo que 13% apresentavam tanto sintomas psicológicos como físicos. O fato é que, proporcionalmente, o médico pareceu ser o profissional menos atingido pelo stress, ao passo que enfermeiros e agentes comunitários de saúde encontravam-se em *situação de risco* (Camelo, Angerami, 2004).

Diante desses resultados, as autoras ponderam que, dos enfermeiros, exige-se:

“atividades de apoio, supervisão do trabalho dos agentes comunitários, bem como assistência às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem, (...) sempre atento aos trabalhos realizados pelos demais membros da equipe, para que as suas decisões sejam precisas. (...) deve buscar o equilíbrio da equipe, e isso, muitas vezes, pode se tornar desgastante, podendo vir a ser um dos fatores

² No artigo as fases estão descritas como: Fase de alarme – O organismo tem uma excitação de agressão ou de fuga do estressor, que pode ser entendida como um comportamento de adaptação. Nos dois casos, reconhece-se uma situação de reação saudável ao estresse, porquanto possibilita o retorno à situação de equilíbrio após a experiência estressante. Essa fase é caracterizada por alguns sintomas: taquicardia, tensão crônica, dor de cabeça, sensação de esgotamento, hipocloremia, pressão no peito, extremidades frias, dentre outros. Fase de resistência – Havendo persistência da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e concentra a reação interna em um determinado órgão-alvo, desencadeando a Síndrome de Adaptação Local (SAL). Nessa fase, ocorre manifestações de sintomas da esfera psicossocial, como ansiedade, medo, isolamento social, roer unhas, oscilação de apetite, impotência sexual e outros. Fase de exaustão – O organismo encontra-se extenuado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia. Ocorre a falência do órgão mobilizado na SAL, o que se manifesta sob a forma de doença orgânica. Fase de quase-exaustão – Enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém ainda não são tão graves como na fase de exaustão (Camelo; Angerami, 2004:16).

desencadeantes de sintomas de estresse” (Camelo, Angerami, 2004: 19).

De outro lado, os agentes comunitários de saúde, integrados à comunidade em que atuam e sendo:

“(...) elo entre a unidade e a população do seu território de abrangência (...) se não apresentarem uma formação adequada e um preparo específico para enfrentar, no seu cotidiano, os problemas que podem surgir nas relações que se estabelecem, tornam-se mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse do que os outros membros da equipe, como efetivamente se demonstrou”(Camelo, Angerami, 2004: 19).

As autoras concluem pela necessidade de se prover suporte para os trabalhadores do PSF de modo a *trazer benefícios tanto para as equipes quanto para a comunidade assistida* (Camelo, Angerami, 2004).

Um segundo trabalho, “A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família”, publicado nos Cadernos de Saúde Pública também em 2004, *propõe uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho no PSF com a intenção de contribuir para a análise da realidade cotidiana do programa* (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Estruturado em 6 itens (Introdução, O trabalho no setor de serviços e o trabalho em saúde, O processo de trabalho em saúde na conjuntura atual, O trabalho no Programa de Saúde da Família, Considerações sobre o processo de trabalho no PSF e alternativas para a modificação das condições de trabalho e Conclusões), as autoras nos primeiros 4 tópicos: a) justificam a necessidade da reflexão sobre o processo de trabalho no PSF apoiada na teorização sobre processo de trabalho em saúde; b) recorrem a autores que classicamente discutiram as características do trabalho em saúde considerado como integrante do setor de serviços; c) consideram – apoiadas em autores do campo da Saúde Coletiva - a essencialidade do trabalho em saúde, seu caráter coletivo e parcelar, sua condição de trabalho profissional do tipo artesanal e as inflexões que sofre diante das inovações tecnológico-organizacionais, dando destaque às recentes transformações impressas no modelo assistencial diante da ótica hegemônica neoliberal; d) discutem o caráter dicotômico do PSF, o de programa e o de estratégia de reorientação do modelo assistencial,

o caráter multidisciplinar de sua abordagem, o desafio que representa em propor a construção de uma nova prática em saúde, recorrendo a autores que vêm estudando sua implantação, para destacar suas potencialidades, seu impacto, mas também seus limites (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Nessa direção, avançam na discussão acerca do processo de trabalho no PSF apoiadas em Bertoncini (2000), Costa, Melo, Oliveira, Dias (2000) e Souza (2000) traduzindo sua crítica em relação à constituição básica das equipes de saúde da família.

“Assim, os autores citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda”(Ribeiro, Pires e Blank, 2004:442).

Além disso, as autoras valem-se de Franco, Merhy (1999), que destacam o caráter prescritivo exacerbado do PSF imposto pelo Ministério da Saúde, MS e, por consequência, *seu alto grau de normatividade, expresso no formato das equipes, nas funções de cada profissional, no cadastro das famílias, nos levantamentos dos problemas de saúde existentes no território e nos modos de fazer o programa.*

Trazem também as ponderações de Bertoncini (2000), que considera que as

“condições de trabalho apontadas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança e baixa auto-estima que dificultam as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência” ((Ribeiro, Pires e Blank, 2004:443).

Destacam, finalmente que, mesmo tendo pontos positivos, a proposta do PSF

enfrenta problemas em relação às condições de trabalho, entre eles as inflexões da complexidade do financiamento em saúde e a precarização do trabalho, que se expressa na forma de contratação das equipes e de trabalhadores não qualificados. Nessa direção, trazem a contribuição de Campos (1997) que sugere, desde novos eixos operativos e *arranjos institucionais* até mecanismos que favoreçam o compromisso dos trabalhadores com os resultados de seu trabalho. Chamam a atenção para a *expressão multidimensional das necessidades de saúde que demandam a recomposição dos trabalhos especializados*, enfatizando a necessidade de interação entre os agentes envolvidos, de interconexão e de construção de consensos entre os diferentes processos de trabalho circunscritos ao trabalho em equipe, defendendo a constituição de um trabalho que, no dizer de Pires (2000) *possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade* (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Concluem então que:

“É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não-realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação.

Há concretizações e sonhos de novas pautas de conduta, de revitalização da prática de sujeitos ética, política e socialmente diferenciados, de novas parcerias e de mudanças institucionais, perpassando o PSF.

Nos diversos depoimentos das equipes de saúde da família, evidenciam-se os conflitos decorrentes da posição dos atores e de serviços na arena de construção de um novo modelo de produção da saúde, em face da lógica e condições do processo de trabalho em que se inserem.

A tarefa é desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediária e micro dimensões” (Ribeiro, Pires, Blank, 2004:445).

Do que se viu até aqui, pode-se afirmar que a maior parte dos trabalhos levantados atinentes ao descritor Programa de Saúde da Família mostra preocupação em avaliar a

implementação do programa em geral aparentemente impulsionados pelo financiamento de pesquisas pelo Ministério da Saúde, que apoiou e vem apoiando as diversas avaliações da implementação do PSF em diferentes localidades do país (MS, 2006).

A preocupação com o trabalho volta-se majoritariamente para a discussão sobre formação e prática médica e sobre o trabalho do ACS, com poucos olhares sobre o trabalho em equipe, a capacitação do enfermeiro e o trabalho do auxiliar de enfermagem.

Se algumas ações em particular são focalizadas, entre elas o pré-natal, a saúde da criança, o aleitamento materno, as DST-Aids, a tuberculose e o planejamento familiar, não são contemplados como objeto/tema de estudo a promoção e a educação em saúde, a vigilância, a territorialização e a participação social.

A saúde dos trabalhadores, tanto no âmbito dos determinantes – condições de trabalho -, como no âmbito dos resultados – problemas de saúde -, parece, portanto, estar fora do escopo da atenção dos que produzem conhecimento sobre o programa/a estratégia do PSF.

Diante das vulnerabilidades apontadas e que localizam o PSF como um programa/estratégia inscrito no processo de ajuste neoliberal e que, a despeito de suas potencialidades, constitui espaço que organiza o trabalho em saúde re-instituindo a precarização e a submissão da divisão técnica à divisão social do trabalho, o que pode comprometer a integridade de seus trabalhadores;

Considerando a necessidade de se investir maciçamente na produção de conhecimento que traduza o impacto das novas formas de organização e divisão do trabalho no setor de serviços, especialmente na área da saúde;

Considerando a limitada produção de conhecimento acerca do processo saúde-doença entre os trabalhadores do PSF e que, mesmo assim, aponta para expressões de desgaste que não são pouco expressivas;

Considerando as exigências diante das quais se colocam os enfermeiros que integram as equipes do PSF e que, no limite, configuram-se como elementos estressores no trabalho;

Este estudo tem os seguintes objetivos:

3 Objetivos

3.1 *Geral*

Compreender as características do trabalho dos enfermeiros do PSF e a relação entre os processos de fortalecimento e de desgaste que neles se expressam

3.2 *Específicos*

Caracterizar o trabalho no PSF, discriminado pelos elementos que o compõem: objeto/finalidade, meios e instrumentos, organização e divisão do trabalho;

Localizar no interior do trabalho os problemas de saúde (potenciais de fortalecimento/fortalecimento, potenciais de desgaste/desgaste) dos enfermeiros que trabalham no PSF.

4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

4.1 Sobre o trabalho na sociedade capitalista

Para Marx, o trabalho é:

“(...) um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio” (Marx, 1982:142).

Para Marx (1982), o trabalho é uma atividade exclusivamente humana, uma vez que somente o homem consegue antever em sua mente o produto final, diferentemente de qualquer outra espécie, exemplificando:

“(...) o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o curso do trabalho (...)” (Marx, 1982:142).

Segundo Marx, os elementos do processo de trabalho são: *a atividade orientada para um determinado fim, os objetos de trabalho (matéria bruta, matéria prima, etc) e os meios ou instrumentos (complexos de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto)*. O processo de trabalho extingue-se no produto e o produto passa a constituir um valor de

uso, *uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante a transformação da forma* (Marx, 1982:143-144)..

Na perspectiva de Antunes (2000), que se apóia em Mészáros (2002), o trabalho no capitalismo se realiza por um *sistema de mediação de segunda ordem*, ou seja, se caracteriza pela mudança do trabalho vital e criador em mercadoria, força de trabalho, estranhamento e alienação, respondendo às necessidades do capital. Dessa forma, o capitalismo fez com que o valor de uso fosse progressivamente se subordinando ao valor de troca, respondendo às necessidades de expansão do capital, que, por sua vez, constituem as necessidades geradoras dos processos de trabalho e dessa forma privam o trabalhador de projetar sua ação de transformação sobre o objeto.

Bernardo (1998) e outros autores atualizam a concepção de trabalho marxiana e referem que o valor de um dado bem não decorre do tempo de trabalho incorporado à sua produção, mas do tempo de trabalho socialmente estabelecido como necessário para produzir aquele tipo de bem. O tempo despendido pelo trabalhador (força de trabalho), incorporado em algo, é a mais valia.

Como lembram Laurell, Noriega (1989), sob a lógica capitalista, as opções tecnológicas e a organização e divisão do trabalho estão determinadas pelas demandas de produção da mais valia, mecanismos esses que permitem utilizar a força de trabalho de maneira a maximizar o trabalho efetivamente realizado, ou seja, cristalizado como valor.

Foi a Profa. Asa Cristina Laurell que, valendo-se da análise marxista sobre a produção capitalista, trouxe para o campo da saúde a relevância de se estudar o impacto no corpo bio-psíquico da utilização da força de trabalho para a produção da mais valia. É o que lembram Salum, Queiroz (1998) ao afirmar:

“quando Laurell comparou a estrutura de saúde num mesmo momento histórico entre diferentes grupos no México e, quando confrontou a estrutura de saúde da mesma sociedade mexicana em diferentes momentos históricos, tornou evidente o caráter histórico e social do processo saúde-doença (...). Essas primeiras evidências, encaminharam-na a formulação teórica que fundamentou o seu primoroso estudo sobre a relação trabalho/ saúde nos trabalhadores de uma siderúrgica no México, a SICARTSA, dando-lhe sustentação para afirmar que ‘(...) a chave do entendimento do caráter social do [processo

saúde-doença está localizada] (...) no processo através do qual o homem se apropria da natureza transformando-a e transformando a si mesmo, ou seja, no processo de trabalho (...) através e diante [do qual] (...) se constituem os modos de andar a vida' (Laurell, 1989:103-4).

Assim, o quadro teórico marxista, quando utilizado para analisar as repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (Laurell, Noriega, 1989: 309), permite conhecer a *relação concreta de força entre os protagonistas* (capital e trabalho) *no que tange ao controle sobre o processo de trabalho e às cargas de trabalho existentes*, cargas essas que justificam o desgaste e a espoliação do corpo e da mente do trabalhador.

Ao longo da evolução do modo capitalista de produção, no campo das relações de exploração *no interior das empresas foram remodeladas as formas de controle e de disciplina do capital sobre o trabalho*, impactando progressivamente a saúde dos trabalhadores. O *processo de trabalho modificou-se, tanto do ponto de vista técnico quanto organizacional*, originando no final do século XIX e consolidando-se no século XX, a organização do trabalho conhecida como taylorismo-fordismo (Bruno, 2004).

Sob a disciplina do taylorismo o trabalhador fabril ficou *despossuído do controle sobre os seus ritmos de trabalho, o qual passa inteiramente para o engenheiro de produção, e em seguida, para o capataz* (Bernardo, 1998:9).

“Nessa perspectiva, o toytotismo hoje em voga é um desenvolvimento – não uma negação - do taylorismo. Os círculos de controle da qualidade, o *just in time*, a qualidade total, etc. só podem começar a ser aplicados se, se dispuser de uma força de trabalho que já, desde há várias gerações, esteja sujeita ao taylorismo” (Bernardo, 1998:9).

Nessa direção, Antunes (2000) considera que o *just in time*, a reengenharia, a flexibilização, a subcontratação, o controle de qualidade total, a eliminação do desperdício, representam uma revisita ao aviltamento e à exploração da força de trabalho participativa.

No início do desenvolvimento capitalista, as operações para o processo produtivo exigiam predominantemente o exercício do componente muscular, a qualificação necessária dizendo respeito à realização de operações que demandavam um grande esforço físico e habilidades manuais cada vez mais aprimoradas (Bruno, 1996).

Mas, Bernardo (2004) refere que, para o desenvolvimento do processo de acumulação de capital e extração da mais valia, o componente manual foi deixando de ser suficiente e a força de trabalho teve que começar a se desenvolver intelectualmente. Assim, quanto mais desenvolvido o componente intelectual da força de trabalho, tanto mais serão as possibilidades de acumular mais valia.

Da mesma forma:

“Enquanto era obtido esse crescente adestramento muscular e manual, foram sendo desenvolvidos os componentes intelectuais da qualificação dos trabalhadores (...) [de forma que], a etapa que estamos começando a atravessar caracteriza-se exatamente pela predominância dos componentes intelectuais da força de trabalho, especialmente daquela em processo de formação. Trata-se hoje, pelo menos nos setores mais dinâmicos da economia mundial, de explorar não mais as mãos do trabalhador, mas o seu cérebro” (Bruno, 1996: 92).

Assim:

“Para o desenvolvimento do processo de acumulação, o capital vem aos poucos introduzindo uma reestruturação no modo de produção que passa a exigir dos trabalhadores maior capacidade intelectual para produzir inovações e adaptar-se a elas. A utilização do componente intelectual no processo de trabalho capitalista é, na verdade, decorrente de um progressivo aprimoramento do componente manual, responsável pelo deslocamento do componente intelectual” (Aguiar, 200:24).

A leitura de Aguiar (2001) sobre a qualificação da força de trabalho em enfermagem a partir dos autores que vêm estudando a flexibilização do trabalho no Brasil, ajuda a perceber que o trabalhador precisa ser capaz de *adaptar-se a diferentes funções e executar uma pluralidade de tarefas, trabalhar em equipe, comunicar-se bem, ser criativo e ter prontidão para educação continuada*.

A flexibilização do trabalho exige assim que o trabalhador desenvolva uma série de capacidades para se inserir ou se manter no mercado de trabalho, ou seja, ser **polivalente**, devendo assumir qualquer posto que se faça necessário. Na Toyota, por exemplo, o operário deve operar em média 5 máquinas, estabelecida uma multifuncionalidade baseada na teoria das competências (Antunes, 2000).

O trabalhador deve executar um conjunto completo de tarefas, deve perceber o trabalho a ser executado como importante e deve ter um certo grau de controle sobre o trabalho e sobre a maneira como é organizado (Antunes 2000).

No toyotismo o trabalho em equipe é considerado uma estratégia para racionalizar a utilização da força de trabalho. Essa estratégia consiste em agrupar os trabalhadores em equipes, com orientação de um líder, que trabalharia junto com os demais operários para coordenar o grupo e para substituir qualquer um que venha a faltar. No taylorismo cada trabalhador é percebido como responsável por parte do trabalho, passado adiante quando termina sua parte para que outro trabalhador faça também a sua, diferentemente do toyotismo que elimina esse tempo entre um trabalhador e outro. Quem se movimenta é o produto em fase de produção, como numa esteira e assim é eliminado o tempo gasto para que o trabalhador leve o produto até outro posto de serviço (Antunes, 2000).

O trabalho em equipe representa a pressão que cada trabalhador sofre para desempenhar sua função com qualidade. A Toyota trabalha com grupo de 8 pessoas e se um deles falha, o grupo perde o aumento, portanto devem garantir a produtividade assumindo o papel que antes era da chefia. O mesmo acontece com as faltas, sob pena de ser rejeitado pelo grupo, mesmo que todos estejam nas mesmas condições (Antunes, 2000).

Na administração por estresse que aqui será chamada de **exploração da subjetividade** do trabalhador, os trabalhadores são levados a se sentirem como participantes da empresa. Eles assumem um posto de liderança frente a um grupo e, ao mesmo tempo em que executam suas funções, também exercem um controle de qualidade. Implica numa sobrecarga de trabalho e responsabilidades, mas, aos olhos do trabalhador, desponta como um sinal de valorização, estimulando a competitividade e resultando em aumento da produtividade e do controle da qualidade. O trabalhador praticamente não dispõe de tempo para lazer e para a vida familiar e o tempo livre é utilizado para sua recuperação e repouso (Antunes, 2000).

Essas exigências são compatíveis com o modelo contemporâneo de produção chamado toyotismo, criado pelos japoneses, que tem como característica a automatização, o *just-in-time*, o trabalho em equipe, a flexibilização do trabalho, a terceirização, a subcontratação, o controle de qualidade total e a gerência participativa (Antunes, 2000).

4.2 O trabalho em saúde

O trabalho em saúde faz parte do setor terciário da produção capitalista, mais precisamente do setor de prestação de serviços, diferenciando-se do trabalho no setor primário (extração de matéria prima, agricultura, entre outros) e secundário da economia (indústria), desde a emergência do modo de produção capitalista (Queiroz, Salum, 1996).

“No entanto, o trabalho não produtivo é consumido como valor de uso e não como gerador de valor de troca, característica do setor público terciário que vende um produto imaterial, um serviço, ou seja ele vende o valor de uso de um determinado trabalho que é útil não como algo concreto, mas como atividade humana” (Bujdoso, Trapé, Pereira, Soares, 2007).

Para estabelecer os passos necessários à compreensão teórica no que se refere à produção de serviços de saúde foi providencial o trabalho de Pereira (2005), de tal forma que este trabalho se valerá do arcabouço utilizado pela autora, bem como das obras em que apoiou seu trabalho.

De acordo com Pereira (2005), Mendes Gonçalves (1992) foi quem primeiro transportou os elementos do processo de trabalho para as práticas em saúde, valendo-se da produção teórica de Marx para decodificar os elementos desse processo.

Mendes Gonçalves (1992) relata que a medicina hipocrática, a partir da observação das alterações naturais que faziam o homem sofrer, imprimiu uma classificação a esse processo chamando-o de “clínica”. O trabalho médico passou a ter a finalidade de imitar a natureza, evitando seus fracassos e favorecendo a natureza a encontrar o caminho do esforço bem sucedido. O ato de reconhecer um tipo de desequilíbrio foi chamado de “diagnóstico” e o de saber para onde os processos de reequilíbrio se encaminhavam foi chamado de “prognóstico”.

A partir daí, o trabalho médico foi legitimado e a produção de serviços de saúde ficou centrada nele. A doença do indivíduo passou a ser o foco e as práticas de intervenção em saúde foram se especializando (Pereira, 2005).

Perdurou por muito tempo – na verdade ainda perdura até os dias atuais – a

concepção de que a doença é o eixo da ação em saúde sob o entendimento de que se expressa de modo semelhante em todos os indivíduos em todas as sociedades.

Como já dissemos, os cientistas contemporâneos que revitalizaram a dimensão social do processo saúde-doença foram Laurell e Noriega (1989), a partir dos estudos originais de Laurell, rompendo com o conceito de biologização do social e articulando processo social e processo saúde-doença. Para esses autores, o processo saúde-doença assume características diferentes de acordo com o modo como cada grupo social se insere na produção da vida material e com a forma como se relaciona com os outros grupos sociais que constituem a sociedade.

Esses autores falam da importância de se conhecer a relação de forças concreta entre os protagonistas (capital e trabalho), não somente no que toca à questão da saúde, mas também no que tange ao controle sobre o processo de trabalho e às cargas de trabalho existentes, cargas essas que justificam o desgaste e a espoliação do corpo e da mente do trabalhador.

Breilh (1995: 261) refere que é possível encontrar no trabalho condições favoráveis para a saúde - *processos protetores* - e condições desfavoráveis ou perigosas - *processos destrutivos*. Para ele, os aspectos benéficos e os lados destrutivos coexistem e operam de modos distintos, de acordo com o momento histórico e a classe social envolvida no trabalho.

Queiroz, Salum (1996), ao analisar criticamente esses conceitos propõem a expressão potenciais de fortalecimento e fortalecimento propriamente dito, e a expressão potenciais de desgaste e desgaste propriamente dito para designar o impacto das formas de trabalhar e das formas de viver sobre o coletivo, tomado como objeto das práticas sociais em saúde.

Lembram as autoras que

“o Prof. Jaime Breilh critica (...) o conceito de cargas, (...) para explicar os mediadores do *trabalho* que se articulam ao desgaste. Trabalha com o que denomina ***processos destrutivos e construtores*** na consideração de que, a despeito do caráter alienado e explorado do trabalho sob o modo capitalista de produção, o trabalho comporta a possibilidade de aperfeiçoamento bio-psíquico. A denominação ***potenciais de fortalecimento e de desgaste*** tem sido por nós adotada para designar os processos mediadores entre trabalho/vida e

saúde/doença”. (Queiroz, Salum, 1996: nota 30:.28).

No campo da Saúde Coletiva faz-se importante entender o objeto como o coletivo composto pelos grupos sociais homogêneos (estabelecidos em função de suas inserção social) integrados na dinâmica social, nos seus momentos de produção (formas de trabalhar) e de consumo (formas de viver), ou seja, no interior do processo de reprodução social, determinando assim os perfis saúde doença da totalidade (Queiroz; Salum, 1997).

Nesse sentido, para Queiroz, Salum (1996:7) a intervenção em saúde coletiva constitui um processo de produção de serviços de saúde que deve ter:

- a) como **objeto**, os *perfis epidemiológicos – perfis de reprodução social e perfis saúde-doença* – do coletivo na sua totalidade, nos grupos sociais homogêneos e na sua singularidade;
- b) como **finalidade**, a transformação destes perfis, visando o aperfeiçoamento dos processos saúde doença do coletivo;
- c) como **meios e instrumentos**, os recursos materiais e tecnológicos e a força de trabalho em saúde, que pauta sua ação no modelo assistencial proposto pelo SUS, que fundamentalmente, sobredetermina também a organização, e a divisão do trabalho.
- d) como **trabalho** em si, os atos realizados pelo conjunto de trabalhadores da saúde orientados por um projeto que articula clínica e epidemiologia, sob a perspectiva do *pensamento sócio em saúde*, e que, na sua articulação, produzem a transformação do objeto.

Queiroz, Salum (1996:10) afirmam ainda que:

As formas de trabalhar comportam, simultaneamente e numa relação dialética, mediadores do fortalecimento e de desgaste, isto é, diferentes potenciais de fortalecimento e de desgaste. Sob a ótica da saúde, esses potenciais, quando concretizados, impactam diferentemente o processo saúde doença: geram diferentes gradientes de saúde doença, expressos, ou por fortalecimento, ou por desgaste.

Merhy (1997) tem trazido para a área da saúde o conceito marxista de trabalho vivo, discutindo que o trabalho na saúde é carregado pelo “trabalho vivo em ato”, ou seja, trabalho criador que está em ação. Para isso o trabalhador utiliza ferramentas (trabalho

morto) e também exerce o que chama de “autogoverno”, ou seja, uma certa autonomia para chegar à finalidade que persegue.

Assim:

O processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes, como qualquer processo de trabalho, aliás. Mas nele, em particular, o jogo produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera (Merhy, 1997: 98).

Nessa direção, Peduzzi, analisando as mudanças no processo de trabalho em saúde refere que:

Dadas as características de setor terciário e as peculiaridades do objeto de trabalho em saúde – as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/agentes do trabalho – o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade (Peduzzi, 2003: 83).

Peduzzi (2003) refere ainda que algumas características já citadas no mundo do trabalho contemporâneo também estão presentes no trabalho em saúde, exemplificadas pela atual tendência à *intelectualização do trabalho*, pelo *modo reflexivo do trabalho no setor saúde* e também pela *forma de gerenciar* nos moldes tayloristas e fordistas que foram transportados da produção industrial para o trabalho em saúde, mesmo diante da *impossibilidade de definir rígidos critérios econômicos de produção e de normatizá-la completamente*.

No Brasil, apesar da predominância da gerência nos moldes tayloristas e fordistas, podem-se observar influências do *gerenciamento flexível participativo nos serviços de saúde*, assim como a *implementação de projetos de controle de qualidade em saúde* (Peduzzi, 2003).

“Estas novas formas organizacionais/gerenciais, junto à promoção de garantia de qualidade dos serviços, acrescidas da necessidade e cobrança de maior produtividade, da crescente incorporação de tecnologia, da constante inovação tecnológica, e da complexidade do objeto de trabalho que requer simultaneamente o aprofundamento vertical do conhecimento especializado e a sua integração, vêm acarretando mudanças no processo de trabalho em saúde. Tais alterações que repercutem na prática cotidiana dos profissionais, colocando-os em situações que requerem articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com ações dos demais agentes da equipe, destacando o caráter multiprofissional da prática; redimensionar a autonomia profissional, ou seja, o alcance da liberdade de decisão e conduta de cada agente, autonomia esta que se encontra fortemente tensionada pela necessidade de recomposição dos inúmeros trabalhos parcelares e de comunicação entre os agentes especializados; articular conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter interdisciplinar da prática; e maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e inter-relacional” (Peduzzi, 2003: 84).

5 Procedimentos metodológicos

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa descritiva, um estudo de caso que lançou mão da abordagem qualitativa, uma vez que essa abordagem permite aprofundar o reconhecimento da realidade social, tal qual ela se processa.

O estudo de caso – qualificado entre as pesquisas descritivas – possibilita aprofundar o conhecimento sobre uma dada realidade e, mesmo que não permitam generalizar os resultados obtidos, guardam a possibilidade de fornecer pistas para estudos subsequentes (Triviños, 1992). De outro lado, como nos ensina Minayo (1994), a abordagem qualitativa permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Assim, os métodos e técnicas qualitativos, integrados numa pesquisa descritiva como a que apoiou este trabalho, facilitam o estudo do mundo empírico sob a perspectiva dos sujeitos, respondendo a questões da realidade que não podem ser quantificadas ou que dificilmente poderão retratar a realidade através da quantificação, como é o caso dos valores e das atitudes subjetivas que permeiam os processos e os fenômenos no ambiente de trabalho (Minayo, 1994).

5.2 Campo de estudo

O PSF, criado em 1994 e expandido em 1995, assim como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) criado em 1991, foram implantados primeiramente em cidades pequenas, situadas em áreas de baixa densidade populacional, em que havia escassez de serviços e profissionais da saúde e que também apresentavam alta mortalidade infantil e materna, com predomínio de enfermidades transmissíveis e baixa esperança de vida ao nascer (Filho, 1999).

Em São Paulo, iniciou-se na Zona Leste, região de Itaquera, numa parceria do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual e da Fundação Hospital Santa Marcelina. A segunda parceria foi realizada com a Fundação J. Zerbini, que administra unidades na Zona

Norte e Sudeste de São Paulo, das quais 9 estão na Subprefeitura de Vila Prudente.

A Subprefeitura de Vila Prudente abrange uma população de 519.464 pessoas, sendo 134.646 da região do Parque São Lucas, 286.857 da região de Sapopemba e 97.961 da região de Vila Prudente, segundo dados da Fundação SEADE; IBGE; 01/06/05 e é responsável por 23 UBS, 2 ambulatorios de especialidades, 1 Serviço de Assistência Especializada (SAE) DST/AIDS, 4 hospitais, 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para adolescentes, 2 Centros de Apoio Psicossocial para adultos, 1 Centro de Convivência e Cooperativa e 1 Casa de Parto.

Além da Fundação Zerbini há também nessa região a parceria com a Associação Saúde da Família e com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) na administração das unidades. Das 23 UBS, 17 são unidades que têm Equipe de Saúde da Família. Uma dessas unidades é mista, com ambulatorio de especialidades, o que imprime características distintas das demais.

Dessa forma, conformaram o campo deste estudo 16 UBS, destas 8 eram administradas pela parceria SMS-Fundação Zerbini, 7 pela parceria com a Associação Saúde da Família e 1 com a Unifesp. Cabe destacar que, depois de realizado o estudo de campo, em 01/04/2007, as unidades que tinham parceria com a Fundação Zerbini passaram a ser parceiras da Unifesp.

Segue abaixo uma breve descrição das Unidades de Saúde que foram alvo deste estudo, feita com a colaboração dos gerentes:

A UBS HÉLIO MOREIRA SALLES, também conhecida como UBS Jd. dos Eucaliptos, foi inaugurada em 29/07/2003, em um prédio construído para abrigar 6 equipes de saúde da família. Além das equipes de PSF, conta com uma nutricionista e é responsável atualmente por 19.500 pessoas que vivem na sua área de abrangência.

A UBS HUMBERTO GASTÃO BODRA foi inaugurada em agosto de 1992, mas já funcionava desde 1990, há 4 anos se tornou uma Unidade de Saúde da Família com 6 equipes. É considerada uma Unidade Mista, uma vez que, além das equipes de PSF, conta com 1 ginecologista e 1 pediatra; atende atualmente cerca de 19.000 pessoas.

A UBS JD. SAPOPEMBA, que funciona no mesmo terreno do ambulatório de especialidades de Sapopemba, iniciou seu atendimento em 3/12/2002, com 6 equipes de saúde da família que mantém até hoje, conta com o apoio de 1 nutricionista, 1 pediatra e 1 educadora, e é responsável pelo atendimento de uma população de aproximadamente 20.000 pessoas.

A UBS MASCARENHAS DE MORAES existe desde 1981 nesse mesmo local, em 2001 passou a contar com 3 equipes de saúde da família e 3 equipes PACS, há 2 anos completou todas as equipes com médicos, ficando com 6 equipes de saúde da família. Conta ainda com um pediatra e 1 ginecologista e atende uma população de 5.900 famílias aproximadamente.

A UBS PARQUE SÃO LUCAS existe desde 1968, sendo que, após várias melhorias e ampliações, em 2001 com a implantação o PSF, com 4 equipes de saúde da família e 2 PACS, em 2004 essas duas equipes de PACS passaram a ser PSF e hoje, com 6 equipes, atende aproximadamente 24.000 pessoas.

A UBS JARDIM PLANALTO-IAÇAPÉ é uma Unidade que existe há mais de 20 anos, porém estava alocada em outro endereço, mudou para o atual endereço em julho de 2003 quando se tornou unidade de saúde da família com 6 equipes de PSF, mantém um ginecologista e um pediatra e atende uma população aproximada de quase 22.000 pessoas.

A UBS TEOTÔNIO VILELA foi criada há cerca de 20 anos, por uma reivindicação da associação de bairro dos moradores do conjunto habitacional Teotônio Vilela, conta também com um ginecologista, um clínico e um pediatra para atender junto com as 7 equipes de família uma população de aproximadamente 44.000 pessoas, sendo que 3.000 famílias que são atendidas por essa UBS não são cadastradas.

A UBS COHAB JUTA II existe desde 1999, mas foi inaugurada somente em 2000, iniciou com 4 equipes de saúde da família, atualmente conta com 6 equipes de saúde da família e atende uma população em torno de 17.000 pessoas.

A UBS DONA SINHÁ existe desde 1988 e funcionava como um Pronto Atendimento em sistema de plantão. Em 1998, a Unidade antiga foi derrubada, sendo que no prédio recém construído, desde setembro de 1999 foi implantado o PSF, também através do projeto Qualis, que iniciou suas atividades com 4 enfermeiros. O quadro foi ampliado e desde 2005 conta com 6 equipes, atendendo mais de 21.000 pessoas.

A UBS FAZENDA DA JUTA I existe há cerca de 8 anos, localizada num território de invasão popular, as famílias ali alocadas ainda encontram-se num processo de legalização dos terrenos. Foi implantada pelo Projeto Qualis para prestar assistência às famílias moradoras da área que buscavam atendimento na UBS Mascarenhas de Moraes, funciona atualmente com 4 equipes e atende aproximadamente 14.500 pessoas.

A UBS JARDIM IGUAÇÚ existe desde 1988, mas que iniciou o atendimento como um Pronto Atendimento, funcionava em cima de uma padaria em frente ao atual endereço, em setembro de 1998 foi inaugurada no atual endereço como Unidade de Saúde da Família, juntamente com a UBS Parque Santa Madalena, inicialmente contava com 4 equipes e hoje são 6 equipes de saúde da família, atende aproximadamente 20.600 pessoas.

A UBS SANTA MADALENA foi inaugurada em 1998 com a implantação do Qualis, juntamente com a UBS Pastoral. A irmã Fernanda, que também era enfermeira da Pastoral da criança, foi quem apresentou a comunidade que cedeu o espaço onde atualmente funciona a UBS em regime de comodato. É responsável por atender aproximadamente 7.500 pessoas.

A UBS PASTORAL funciona como Unidade de Saúde da Família desde 1998. Inicialmente contava com apenas 1 equipe, ampliando posteriormente para 2 equipes até que, em 2005, passou a ter 3 equipes de saúde da família. No mesmo endereço funcionava a Pastoral da Criança desde 1986 e já atendia, com a ajuda da UBS Vila Renato, crianças, gestantes e realizava visitas domiciliares, através do contrato de comodato; a UBS se mantém até hoje no mesmo local e atende uma população de aproximadamente 10.000

pessoas.

A UBS REUNIDAS I começou a ser construída nos anos 80 e teve sua obra abandonada, o espaço ficou durante muitos anos sendo usado para tráfico e uso de drogas. Após várias reivindicações da população e do movimento de saúde, as obras foram retomadas em 1998. A UBS foi inaugurada em janeiro de 2002 com 6 equipes de saúde da família, atualmente foi ampliada para 7 equipes. No mesmo terreno, se encontra a Casa de Parto de Sapopemba. A UBS atende uma população de 25.000 pessoas.

A UBS VILA REUNIDAS II foi inaugurada em outubro de 2000, o local foi alugado para esse fim e já iniciou o atendimento com 6 equipes de saúde da família; é considerada uma conquista do movimento de saúde da região sudeste, ao seu redor existiam a UBS Reunidas I e a UBS Iguaçu que cobriam o restante da área, atende atualmente mais de 18.000 pessoas.

A UBS VILA RENATO existe desde junho de 1980 funcionando sempre no mesmo local, e, em 1998 se tornou Unidade de Saúde da Família com 3 equipes e atende quase 11.000 pessoas.

5.3 População de estudo e sujeitos de pesquisa

A população de estudo foi constituída por um total de 82 enfermeiros que trabalham nessas unidades do PSF, região Sudeste, Subprefeitura de Vila Prudente, município de São Paulo, conforme a seguinte distribuição:

Parceria SMS - Associação Saúde da Família

UBS VILA REUNIDAS II, 6 enfermeiros;

UBS HÉLIO MOREIRA SALLES, 6 enfermeiros;

UBS HUMBERTO GASTÃO BODRA, 6 enfermeiros;

UBS JD. SAPOPEMBA, 6 enfermeiros;

UBS MASCARENHAS DE MORAES, 3 enfermeiros;

UBS JARDIM PLANALTO, 7 enfermeiros;

UBS TEOTÔNIO VILELA (Mista), 7 enfermeiros;

Parceria SMS - Fundação Zerbini

UBS COHAB JUTA II, 4 enfermeiros;

UBS DONA SINHÁ, 6 enfermeiros;

UBS FAZENDA DA JUTA I, 4 enfermeiros;

UBS JARDIM IGUAÇÚ, 6 enfermeiros;

UBS SANTA MADALENA, 2 enfermeiros;

UBS PASTORAL, 3 enfermeiros;

UBS REUNIDAS I, 7 enfermeiros;

UBS VILA RENATO, 3 enfermeiros.

Parceria SMS - Unifesp

UBS PARQUE SÃO LUCAS, 6 enfermeiros;

Foi entrevistado 1 enfermeiro por Unidade de Saúde da Família, perfazendo um total de 16 sujeitos de pesquisa.

Os critérios de inclusão desses profissionais foram: trabalhar há pelo menos um ano nas Unidades de Saúde da Família dessa Subprefeitura e voluntariar-se para participar da pesquisa.

5.4 Aspectos éticos

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo I). Em seguida, foram agendadas as entrevistas de acordo com as possibilidades dos participantes. Foi esclarecido que a pesquisadora não tinha nenhuma relação hierárquica com os entrevistados, tratando-se de uma enfermeira de UBS da mesma região, mas na mesma condição dos demais entrevistados que fariam parte da pesquisa.

Foram assegurados: o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a liberdade para desistir em qualquer momento, sem que houvesse qualquer dano, garantia de sigilo e anonimato, e autorização para gravar e para divulgar os dados em publicações científicas. Os participantes assinaram uma autorização por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) elaborado de acordo com as normas da resolução 196/96, que dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Os participantes ficaram com uma cópia possibilitando contato telefônico com a pesquisadora ou Comitê de Ética para dirimir possíveis dúvidas ou ainda desistir de participar em qualquer momento.

Foi também obtida autorização para realização da pesquisa junto à Subprefeitura de Vila Prudente (Anexo III).

5.5 Estudo de campo

O estudo de campo foi realizado diretamente com cada profissional, no local indicado pelos participantes. Os dados foram coletados através da técnica de entrevista semi-estruturada, conduzida pela própria pesquisadora, de acordo com o roteiro em anexo (Anexo IV). As entrevistas foram gravadas e transcritas mediante a autorização dos participantes.

Antes de se iniciar a entrevista, foi solicitado aos participantes que preenchessem um questionário que possibilitou a identificação dos sujeitos, bem como sua condição trabalhista e profissional (Anexo V).

Levou-se em conta que, ao valer-se de técnicas qualitativas na abordagem dos sujeitos, o pesquisador deve interagir com o entrevistado, assumindo atitude e disposição para entender o sentido atribuídos por ele às suas experiências (Chizzotti, 2001). Disso depende a qualidade dos dados obtidos e, portanto a compreensão da realidade estudada (Minayo, 1994).

5.6 Análise de dados

A análise foi temática, utilizando-se os indicativos de Bardin (1997) para análise de conteúdo e, conforme Demartini (2001) considerando a análise como um processo de ajustes ininterruptos. Foram seguidas as etapas indicadas por esses autores e já utilizadas por outros pesquisadores (Aguilar, 2001; Trapé, 2005) que fazem parte do grupo de pesquisa a que esta pesquisa se filia:

- realização das entrevistas individuais;
- transcrição das entrevistas na íntegra, sem edição, num primeiro momento;
- realização de várias leituras de cada entrevista com a finalidade de apreendê-las e interpretá-las de forma mais próxima possível do que foi falado;
- fichamento das entrevistas, anotando-se na margem do texto os temas e sub-temas de acordo com as questões e problemas previamente formulados e dos novos temas e sub-temas que iam emergindo ao longo das sucessivas leituras;
- fragmentação dos discursos num processo de construção de unidades de significação ou temas, buscando perceber outras categorias empíricas e analíticas a partir dos relatos, com a finalidade de organização e interpretação de seu conteúdo;
- análise do conteúdo a partir dos pressupostos teóricos e categorias de análise: para além das categorias previamente estabelecidas (processo de trabalho, polivalência, exploração da subjetividade e fortalecimento/desgaste), a análise de conteúdo permitiu levantar uma outra, relativa à motivação dos entrevistados para integrar o PSF;
- nessa direção, os discursos, depois de organizados trouxeram à tona um espectro variado de **motivações para trabalhar no PSF**, a maioria dos depoimentos trazendo conteúdos que foram categorizados como motivações **ligadas à subjetividade do trabalhador**, seguindo-se daqueles categorizados como motivações **ligadas à organização do trabalho**, ao **objeto de trabalho**, ao **campo de conhecimentos**, à **remuneração do trabalho**, ao **trabalho em si**, à **qualificação do trabalhador**, aos **direitos/vantagens do trabalho**, sendo que

dois depoimentos apontavam, cada um, motivações ligadas à **finalidade do trabalho** e ao **compromisso** social do trabalhador;

- no que se refere à categoria **exploração da subjetividade do trabalhador**, 4 subcategorias extraídas dos discursos orientaram a sistematização dos resultados: **assumir a meta e as estratégias da empresa** e os problemas do trabalho; **o trabalhador do PSF é idealizado: corre atrás e tenta não errar; o enfermeiro deve ter uma solução para tudo; soluções que a gente nunca vai trabalhar?**
- a organização dos discursos diante da categoria **polivalência**, por sua vez, trouxe à tona outras 4 subcategorias, a saber: **extrapolando os limites de sua prática para “quebrar o galho”;** **no fio da navalha: como num pronto-socorro, fazer o papel do médico; todos os problemas batem à porta; dando cobertura pra tudo e que é do enfermeiro fica pra lá;**
- finalmente, organizados os discursos diante das categorias **processo de trabalho** e **fortalecimento/desgaste**, tomou-se o cuidado de tomar os elementos essenciais do processo de trabalho como sub-categorias (**o objeto/finalidade**, **os meios e instrumentos**, dando destaque ao **modelo assistencial**, **o trabalho em si** e a **organização e divisão do trabalho**), integradas quando pertinente na sistematização dos resultados, uma vez que, como consideram, Salum, Queiroz (1998), se queremos relacionar saúde e trabalho *é preciso localizar neste conjunto e na relação que estabelecem entre si quais são os elementos externos e internos que causam danos ou fortalecem (potenciais de desgaste e de fortalecimento) o trabalhador.*

As Unidades de Saúde foram numeradas de forma aleatória em E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15 e E16 e foi assim que os entrevistados foram identificados no texto.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

6.1 Quem são os sujeitos da pesquisa

Os dados a seguir dizem respeito aos 16 enfermeiros que foram sujeitos desta pesquisa.

A totalidade dos entrevistados é do sexo feminino.

Observou-se que a faixa etária varia de 28 a 50 anos. A distribuição em ordem crescente foi: 3 (três) enfermeiras tinham 28 anos, 2 (duas) 29 anos, 1 (uma) 30 anos, 3 (três) 33 anos, 1 (uma) 36 anos, 2 (duas) 42 anos, 1 (uma) 43 anos, 1 (uma) 46 anos e 1 tinha (uma) 50 anos.

A etnia referida pelas entrevistadas distribuiu-se da seguinte forma: 12 (doze) entrevistadas se auto referiram brancas, 2 (duas) se auto referiram pardas e 2 (duas) se auto referiram negras.

Foi observado entre as 16 entrevistadas que 11 (onze) moravam com companheiro, 3 (três) eram solteiras, 1 (uma) divorciada/separada e 1 (uma) viúva.

Em relação a número de filhos observou-se que 9 (nove) têm filhos, 1 (uma) enfermeira tem 3 filhos, 2 (duas) têm 2 filhos cada e as outras 6 (seis) um filho cada.

A maioria era procedente da região sudeste - 14 (quatorze), sendo que 12 (doze) nasceram em São Paulo e 2 (duas) em Minas Gerais, 1 (uma) era procedente da região nordeste, 1 (uma) da região sul.

Em relação à formação acadêmica, metade (oito) havia se formado em universidade pública e as outras 8 (oito) se formaram em instituição particular, todas apresentando mais de 3 (três) anos de diplomação, chegando a 21 (vinte e um) anos de formada.

Possuíam especialização em saúde da família ou em outra área, 13 (treze) entrevistadas. Destas, 6 (seis) possuíam mais de uma especialização, 1 (uma) possuía licenciatura e 3 (três) estavam cursando o mestrado.

Em relação à escolaridade dos pais das entrevistadas, somente 5 (cinco) pais e 3 (três) mães. Em relação à escolaridade dos pais das entrevistadas, somente 5 (cinco) pais e 3 (três) mães tinham nível superior, 5 (cinco) pais e 4 (quatro) mães alcançavam nível médio de escolaridade, 2 (dois) pais e 2 (duas) mães ensino fundamental, 3 (três) pais e 5 (cinco)

mães somente ensino básico e 1 mãe era analfabeta. Uma das entrevistadas não preencheu esse dado.

Possuíam outro emprego na ocasião do estudo 4 (quatro) entrevistadas, sendo que 2 (duas) trabalhavam em hospital, 1 (uma) lecionava em cursos para técnicos e auxiliares de enfermagem e 1 (uma) era professora universitária.

Dentre as entrevistadas 13 (treze) possuíam vínculo trabalhista - CLT, 2 (duas) eram funcionárias da prefeitura e 1 (uma) era funcionária pública do Estado, mas municipalizada.

Faziam parte do sindicato dos enfermeiros 5 (cinco) entrevistadas, sendo que 1 (uma) delas também fazia parte de um grupo ligado à igreja e à associação, 1 (uma) entrevistada de uma associação, 1 (uma) da igreja, 1 (uma) de uma ONG, sendo que 7 (sete) referiram que não faziam parte de nenhuma instituição, ONG ou sindicato.

6.2 O que dizem as enfermeiras do PSF da subprefeitura de Vila Prudente

Os depoimentos dos enfermeiros foram agrupados por temas e subtemas – Quadro 1 –, delimitados a partir das categorias processo de trabalho, polivalência, exploração da subjetividade, fortalecimento e desgaste.

O quadro 1 mostra a correspondência entre os temas e subtemas que serviram de base para a análise dos dados.

Quadro 1 – Temas e subtemas concernentes à análise dos depoimentos de enfermeiras do PSF entrevistadas. São Paulo, 2007.

Temas	Subtemas
1- Processo de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • O território: um sítio de exclusão social • O objeto/finalidade do trabalho no PSF: entre a exclusão e a definição das metas • Modelo Assistencial: de metas pré-definidas • A organização do trabalho: organizar o trabalho é um jogo de tentativa e erro • A divisão do trabalho: sob a ameaça de um rolo compressor • A enfermagem, o enfermeiro e o trabalho em si
2- Exploração da subjetividade	<ul style="list-style-type: none"> • Assumir a meta e as estratégias da empresa e os problemas do trabalho • O trabalhador do PSF é idealizado: <i>corre atrás e tenta não errar</i> • O enfermeiro deve ter <i>uma solução para tudo</i> • Soluções que <i>a gente nunca vai trabalhar?</i>
3- Polivalência	<ul style="list-style-type: none"> • Extrapolando os limites de sua prática para “<i>quebrar o galho</i>” • <i>No fio da navalha: como num pronto-socorro, fazer o papel do médico</i> • <i>Todos os problemas batem à porta</i> • Atender aos imprevistos em detrimento de outras ações
4- Fortalecimento	<ul style="list-style-type: none"> • O fortalecimento presente na relação com o objeto/finalidade do trabalho e com o trabalho em si: <i>renovando o gás</i> • Fora (mas também dentro) da UBS, na alegria e na tristeza, o serviço pega de um jeito, um show de fortalecimento
5- Desgaste	<ul style="list-style-type: none"> • O território e o objeto de trabalho e suas ameaças: tristeza, sofrimento, cansaço, estresse • Os meios e os instrumentos de trabalho: da planta física inadequada à insuficiência de recursos e ao modelo assistencial • A organização e a divisão do trabalho: estressam e nem permitem tomar café • A enfermagem, as enfermeiras, os recursos da rede e o trabalho em si • O desgaste concretizado no corpo bio- psíquico

6.2.1 As motivações para trabalhar no PSF

Os enfermeiros vêm trabalhar no PSF impulsionados por uma gama de motivações, predominando entre elas a satisfação de sonhos e inclinações pessoais, categorizados estes últimos como motivações ligadas à subjetividade do trabalhador e a atração pelas formas de organização do trabalho.

Conforme pode-se acompanhar nos depoimentos (Anexo VI), os enfermeiros participantes do estudo encontraram motivação para integrar-se ao PSF, sobretudo, na sua **subjetividade** (a subjetividade do trabalhador) – E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10, E12, E14, E15:

“muito interessante... gosto e acredito, o trabalho contempla o que gosto de fazer, achei aquilo muito legal ... era o que queria fazer, cresci... fui pra minha época de vestibular não sabia que o nome era enfermagem... fui procurar... prestei muito cismada, arisca e com o término do primeiro semestre tive certeza que era isso... e fui construindo, dentro da faculdade... queria trabalhar com isso, estou aqui pelo sonho que me incutiram na academia, vim por insistência mesmo... fiz a prova por experiência... acabei passando... fui me convencendo e gosto, me apaixonei, é isso que sei e gosto de fazer... gosto de trabalhar desta forma, fiquei muito apaixonada, estava louca para entrar... eu quero... é o meu sonho”.

Foram também relevantes as motivações ligadas às características da **organização do trabalho no PSF** (E1, E2, E3, E8, E9, E11, E13, E16), expressas quase sempre na comparação estabelecida entre o trabalho em outros espaços institucionais, especialmente o hospital com o trabalho no PSF:

“no hospital... estava cansada da rotina... as supervisoras pegando muito no pé, cansado de hospital... trabalhar sábado e domingo, trabalhei na UBS... é aquela rotina... no PSF é diferente, cansada de hospital... trabalhar sábado e domingo... o trabalho aqui é legal... diferente... o enfermeiro tem autonomia... pode planejar junto com a equipe... é um trabalho coletivo, trabalhar na equipe... ter uma visão que não é só do enfermeiro... poder trabalhar com outras categorias... um trabalho bem participativo, é uma responsabilidade de todos... até da população... isso é muito bom de trabalhar, também os horários... não trabalha de fim de semana também”.

Mas também, e de maneira positiva, os entrevistados apontaram motivações ligadas

ao **objeto de trabalho** - E3, E4, E5, E8, E12, E15:

“aqui contempla o trabalho em serviço de atendimento ao público, trabalhar com gente... pessoas entrando e saindo, sou filha de retirantes... aquelas mulheres a ter filhos ... tinha amiguinhos pequenos e vizinhos da roça, que tinha duas falanges de umbigo pra fora... tinha muita vontade de trabalhar... devolver à comunidade tão próxima... situações muito parecidas, tem um contato próximo com as pessoas... forma vínculos, sempre gostei de lidar com gente... com população de conversar... poder conhecer as pessoas... estar chamando pelo nome... cumprimentar no corredor, trabalhar em uma população dessa forma”.

Era expressiva a **inclinação pelo campo de conhecimentos e práticas** como justificativa para o ingresso nas equipes do PSF - E4, E9, E10, E11, E16:

“queria fazer saúde pública... qualquer coisa que ‘tivesse mais próximo disso, eu quis saúde pública... um trabalho diferente, eu amo saúde pública, achava e continuo achando que é um sistema diferente, primeiro de tudo porque é saúde pública”.

Da mesma forma, havia entre os enfermeiros participantes aqueles que haviam se motivado pela **remuneração do trabalho** - E2, E3, E9, E11, E16:

“o salário é bom... não vou dizer que não é bom por que não adianta a gente trabalhar por pouco, e também a gente avalia sempre o retorno financeiro, um trabalho diferente e o salário também, vim também pelo salário... achei que o salário era compatível com o meu estudo, trabalho é legal... diferente e o salário também”,

mas também, ainda que vagamente, pelos conteúdos do **trabalho em si** - E5, E6, E8, E11, E12:

“trabalhar para ensinar, pelo sonho de educar, quando a gente vai para um hospital vai perder algumas coisas... a consulta de enfermagem... o atendimento de uma saúde pública...um atendimento de uma vigilância... porque lá é determinado... no Programa Saúde da Família essa é a responsabilidade, você consegue detectar melhor doenças... epidemiologia... é uma proposta diferente, gosto do vínculo do PSF”.

Dos depoimentos, foi possível, finalmente reconhecer que **os direitos e vantagens do trabalho no PSF** (E2, E3, E13 – *“o horário é gostoso, você pesa o que trabalha... a carga horária, final de semana... feriado tô em casa. com a minha família”*), mas também **a finalidade do trabalho** (E2 - *é no PSF que vai mudar a forma da atenção básica*), bem

como **o compromisso social** (E5 - *e eu me indignava com aquela condição de saúde daquelas pessoas, não sabia que tinha o nome de enfermagem e nem que poderia alcançar, mas sabia que quando crescesse, quando fosse grande, queria ajudar e eu me indignava com aquela situação, desde meus sete, dez anos, queria trabalhar com aquilo*) haviam sido elementos motivacionais importantes para a integração dos entrevistados ao programa.

6.3 O processo de trabalho no PSF

6.3.1 O território: um sítio de exclusão social

Ao organizar o trabalho em saúde para além dos muros institucionais, o PSF instituiu a necessidade de se reconhecer o espaço territorial ocupado pela população adscrita. Foi assim que, ao discorrer sobre o trabalho no PSF, os enfermeiros entrevistados destacaram peculiaridades da área e das micro-áreas sob responsabilidade das unidades a que pertencem, dando ênfase à precariedade das condições de habitação – barracos de madeira, favelas e várias casas no mesmo quintal - e de infra-estrutura sanitária, retratadas pela presença de vetores, lixo, esgoto e córregos a céu aberto. Condições privilegiadas de moradia foram relatadas muito superficialmente (*ai começa um pedaço melhor, passa uma duas ruas e a qualidade de vida é melhor*), categorizando o território como um sítio de exclusão social.

Sinais de desgaste do trabalhador eram apontados quando consideravam a situação do território como complexa ou penosa (*“é difícil”*- E1), dando uma sensação de *impotência*, de *não poder fazer nada* (E6).

(...) tem um pedaço que chama “Buraco de tatu” (...) são barracos de madeira (...) condições precárias (...), as pessoas jogam lixo, não tem muita educação (...) aquele pedaço da Dr. Vilela que também são prédios, que são pessoas mais diferenciadas também (...) uma área de ocupação, lá na Juta tem um pedaço que é bem carente também que é o Morro que tem córrego, tem esgoto céu aberto (...) É difícil (E1)

(...) a prefeitura tem dois anos que canalizou o córrego e colocou uma camada de concreto em cima (...) ficam como se fosse uma avenida (...) tem uma área de um lado do morro outra área do outro lado do morro e as

micro áreas estão nessa disposição (...) a área de abrangência está praticamente toda na área de favela, são poucas ruas (...) praticamente tem três micro áreas que estão todas dentro da favela que não pega nem uma rua, as outras micro áreas pegam área de favela e trecho de rua (...) (E4)

(...) Ela é bem dividida, você tem a parte de cima que é área um, dois, e três (...) é totalmente diferente (...) o único problema é o lixão que é bem aqui de frente, tem água encanada, tem esgoto, tem mercado (...) área quatro aí já começa um pedaço (...) melhor (...) tem uma parte da favela mesmo (...) A área seis é preocupante, tem casas que são em cima do córrego, olhava aquilo e me sentia impotente não podia fazer nada. (...) passa umas duas ruas e a qualidade de vida é bem melhor (...) tem a área sete que é a mais carente, tirando uma rua tudo é favela (...) (E6)

(...) foram construídos casas nos fundos (...) você entra no quintal e por fora parece uma casa única quando (...) entra são várias casas lá no fundo (...) algumas casas são assim, são várias casas mesmo assim, não é nem essas casas (...) que parece uma só, são várias casas (...) no mesmo quintal (...) pequenas áreas de esgoto a céu aberto (...) uma área de enchente (...) quando dá chuvas bem fortes (...) grande número de ratos (...) algumas que nem na minha área que eu conheço mais, tem um espaço lá que é um campinho que está meio abandonado (...) ninguém assumiu aquele lugar (...) ali às vezes vira ponto de drogas. (E8)

6.3.2 O objeto/finalidade do trabalho no PSF: entre a exclusão e a definição das metas

Os entrevistados localizaram o objeto de trabalho, sobretudo na descrição minuciosa das condições gerais de trabalho e vida da população adscrita – carentes, desempregados, subempregados, baixa escolaridade, confinados em domicílios precários – exposta a fome, infestações parasitárias e problemas respiratórios.

Assim exposto, recortado no interior do processo de exclusão social, apresentava um espectro de problemas, questões com as quais *a gente nunca vai conseguir trabalhar* (E4). Não fosse ainda o reconhecimento de que a população é *esmagada pelo desemprego e pela igualdade* social, o sentimento seria só de irritação e desentendimento com a sua

condição: *não se mobiliza, não participa, mas cobra* (E15).

(...) é uma população com nível sócio econômico baixo, (...) emprego e sub emprego (...) baixos salários (...) famílias populosas (...) em pequenos números de cômodos aglomerados, (...) varias famílias num mesmo quintal (...) não tem mais espaço nesse quintal (...) construindo uma casa em cima da outra com muitas escadas com riscos de fraturas e promiscuidade, gestação na adolescência (...) muitas mulheres (...) maridos presos ou que já foram mortos (...) a maioria (...) famílias de mulheres (...) criando filhas que engravidaram e os rapazes não assumiram que tão tendo filhos e filhas (...) geração de mulheres passando pela mesma (...) historia da mãe (...) fome (...) não é muita fome (...) 10% de fato passa fome (...) questões de higiene serias (...) é bem cultural das pessoas (...) uma população de baixa escolaridade (...) muito marginalizada (...) representa o que é a população brasileira (...) miscigenada e excluída não politizada, não se organiza (...) pra defender instituições como creches (...) vive na porta, solicita agente comunitário (...) (E2)

(...) a população é bastante pobre é comum as doenças mais básicas que não tem fim, verminose, piolho, sarna, não acaba isso o ano todo (...) a gente viu que os maiores problemas são os respiratórios, que são a nossa maior demanda, maior causa de internação (...) coisa para ser trabalhada aos poucos, e como é que a gente faz isso (...) estabelecer prioridades, pegamos para tentar atender isso nas questões de carência da população que são muito grandes, a gente nunca vai conseguir trabalhar (...) a população é muito carente, não é só do serviço de saúde (...) é só a ponta do iceberg, tem muitos e muitos problemas (E4)

(...) com a população eu ficava muito irritada (...) eu não conseguia entender direito essa relação (...) a população (...) também é esmagada (...) pelo desemprego, desigualdade social (...) ela podia ir atrás, ir á luta, mas não vai. (...) Tem muita gente desempregada (...) a população não se mobiliza (...) quer melhorar, mas não quer participar, tem reunião de conselho é divulgado (...) mas ela não participa depois (...) quer cobrar, reclamar (...) ela fala, mas (...) não quer participar, não quer trabalhar para nos fortalecer (...) é difícil entender (...) (E15)

(...) o poder socioeconômico foi ficando mais difícil conforme os passar dos anos, as pessoas foram se aposentando (...) a família se desestruturou um pouco (E8)

(...) a área sete que é a mais carente (...) muita gente, mas são os melhores pacientes, antes a gente tinha um pouco de dificuldade depois que a gente organizou o trabalho ficou mais fácil (...) (E6)

Mas não apenas a exclusão social marcava a descrição do objeto de trabalho: entre a prevalência de jovens e idosos, de gestantes adolescentes, a desqualificação de uma demanda que “vem por vir”, por vezes agressiva, outra que milita nos movimentos de saúde, o reconhecimento de que o objeto de trabalho é limitado pelas metas e prioridades do programa: hipertensão, diabetes, recém-nascido, tuberculose, vigilância.

(...) a nossa população aqui ela é composta por um público extremamente jovem, a gente tem muito idoso, mas também tem muito jovem (...) a gente optou em trabalhar com a questão do adolescente (...) uma demanda muito grande de adolescentes grávidas, 28% da nossa população gestante é adolescente (...) (E12)

(...) em questão da população tem um menor número de gestantes, um menor número de crianças (...) a área cinco tem muita menina com vida sexual com 12 anos que vem fazer teste de gravidez (...)

(...) tem muito usuário que participou do movimento de saúde (...) a maioria dos pacientes que vem reclamar, quem vem pro conselho de gestor pra cobrar coisas (...) eles tem esse perfil mesmo. (E3)

(...) temos pessoas vindo pedir para trocar guia de exame no acolhimento, para olhar a tosse de ontem, não (...) está debilitando a pessoa, vem por vir (...) (E5)

(...) A população é agressiva, ninguém sai sem resposta, às vezes se você fala um não por mais "bonitinho" que seja, eles fazem barraco (...) (E7)

(...) o gerente foi colocando as coisas e foram acontecendo (...) Não tem uma coisa assim que foi de acordo com o diagnóstico da área (...) foi colocada para todo mundo (...) a gente discutiu as prioridades, as

metas (...) que é hipertensão, diabetes, recém-nascido, tuberculose, vigilância (E1)

6.3.3 O Modelo Assistencial: de metas pré-definidas

O modelo assistencial foi também privilegiado no depoimento dos entrevistados. O cumprimento das metas, sua cobrança e os ajustes para alcançá-las aparecem com força como eixos da orientação do trabalho. Como se verá logo a seguir, as metas são cobradas através de planilhas de produtividade e os instrumentos de informação em saúde que captam as necessidades não são utilizados. Assim instituído, mesmo diante dos problemas de alta complexidade reconhecidos pelos enfermeiros no interior do objeto de intervenção, dispara processos de trabalho para atender necessidades relativas a doenças crônicas prevalentes na população em geral como hipertensão e diabetes. Os enfermeiros se vêm dessa forma cobrados a cumprir atividades estabelecidas por metas pré-definidas em instâncias centrais, quase sem permeabilidade para mudança, monitoradas por um sistema de informação marcado por inconsistências e pouco funcional.

(...) todas as unidades (...) foram entrando no mesmo ritmo de trabalho (...) ter que cumprir [as metas] (...) Como você está num programa de trabalhar com promoção de saúde, com a prevenção, você trabalha em cima de grupos de risco (...) É numérica (...) porque acaba diminuindo a qualidade a gente não consegue cumprir (...) até gostaria de fazer mais (...) Eles [a supervisão de saúde] só criticam por criticar, porque não foram atingidas as metas para eles (...) na equipe de ajudar a gente avaliar, isso não é feito (...) sinto falta disso de (...) realmente você [saber se] está no caminho certo, [se] falta pouco (...) (E1)

(...) As tarefas, tudo o que (...) tenho que fazer (...) são decididas já em outras instâncias, fora da Unidade (...) as famosas metas (...) (E3)

(...) A gente está conseguindo atingir [as metas] por equipe. (...) está sendo cobrado sim, quando a gente não consegue (...) acaba tendo que justificar (...) (E7)

(...) a gente teve que por mais períodos de consulta para continuar mantendo essa fórmula por enquanto por ser uma unidade mista, é o que tem dado certo (...) (E8)

(...) o SIAB (...) não é nenhuma novidade na unidade (...) não funciona (...) não me serve de base nenhuma eu tenho gestantes nesse SIAB que o bebê tem dois anos de idade e lá continuam (...) não posso imprimir nenhum daqueles relatórios velhíssimos que me trazem dados de pesquisas maravilhosas (...) eles não são fiéis, já zeraram esses prontuários (...) acho que duas vezes ou mais (...) refazer toda a micro área, todas as áreas (...) não funciona, e aí atribui sempre a culpa ao computador porque ele não responde, como ele não pode se defender (...) é fácil você atribuir a culpa a ele (...) você (...) vê posturas inadequadas (...) comportamentos (...) responsabilidades que geram esses problemas (...) a gente fala o nome de SIAB, mas você pode fazer o que for, os administrativos são de responsabilidade do gerente ele tem isso, isso é dele e ele que resolve, então se eu quiser qualquer dado eu faço minha listinha, fico com aqueles benditos caderninhos naquela “bateção de boca” de renovação de caderninho de dados refazendo trabalho quinhentas mil vezes porque aquele relatório não me serve de nada. (E5)

6.3.4 A organização do trabalho: organizar o trabalho é um jogo de tentativa e erro

Estruturada diante de um modelo pautado em metas, é nas reuniões técnicas (uma ou duas reuniões anuais) e nas reuniões de equipe periódicas (estabelecidas aparentemente pela própria equipe a partir das demandas internas) que se define a organização do trabalho.

Nas reuniões examinam-se os problemas do planejamento anterior, destacam-se necessidades da população que não puderam ou não foram atendidas, discutem-se os casos, pautando-se pela planilha de produção como referência para avaliar a cobertura das metas. Embora relatem uma certa flexibilidade para reorientar a organização do trabalho, destacando mesmo um grau relevante de participação geral e, particularmente por parte dos enfermeiros, *algumas coisas não são pra discutir* (E16), *é faz e pronto* (E16).

O planejamento possível volta-se mais à racionalização do trabalho da equipe, as avaliações objetivando compreender porque não se consegue por em prática o que foi determinado e expor o desacordo com as metas, localizando quem não conseguiu executar bem a tarefa combinada.

Nesse processo, pesa a avaliação que se tem das queixas trazidas pela população

que, como vimos na descrição do objeto, passam como se fossem caprichos de quem quer atenção e não como indicadores de outras necessidades que não as estritamente vinculadas aos marcadores da atenção. Certamente pesa ainda a impressão que se tem dos usuários que quando participam através do conselho gestor, é para reclamar!

Desse modo, essa dinâmica engessa o planejamento do trabalho, nem sempre sendo percebida como geradora de potencialidades positivas; a participação dos trabalhadores nas decisões não deve afetar as metas e as atividades e discussões são direcionadas intencionalmente para as planilhas de cobertura: *estressa é a burocracia... cobrando... formulários como se eu não fizesse nada... tem determinados momentos que você pode propor e será ouvido... é legal de você falar...tem uns determinados assuntos que... está posto...a gente não consegue interferir – E5).*

(...) O planejamento a gente faz no final do ano (...) planejamento para as atividades do ano seguinte que são avaliados nas reuniões de equipe principalmente (...) qualquer problema que surge com o planejamento feito a gente discute em equipe e em reunião, existe uma discussão na unidade com o planejamento de cada equipe que a gente faz no início do ano (...) coloca o que vai ser feito ao longo do ano (...) tem duas reuniões por ano para avaliar se o que a gente propôs está sendo colocado em prática (...) avalia quase que diariamente, mas principalmente em reunião de equipe, como (...) está, se está sendo executado(...) as dificuldades (...) se precisar à gente muda mesmo que não tenha acabado o ano (...) necessitando (...) mudar a gente muda em equipe (...) (E13)

(...) Na reunião de equipe a gente discute os casos, as visitas que foram feitas na semana. Como o paciente estava, se ele teve alguma melhora, se ele precisa de algum exame, (...) já solicito (...) os grupos a gente faz uma discussão com as agentes, [as agentes falam] a gente já fez tanto, vamos dar um tempo, porque a gente está meio cansado de ouvir as mesmas coisas. (...) Todo mês a gente pega pela planilha (...) imprimo a produção da minha equipe naquele mês, a gente discute: olha gente, esse mês passou poucas crianças na puericultura, o que está acontecendo (...) Hipertenso, diabético, a cobertura da região específica deles, se eles estão fazendo as fichas, que é programada por mês, a gente discute nesse sentido (...) (E1)

(...) toda última quarta-feira do mês a gente tem reunião geral (...) a gerente desmarca as consultas para que nós possamos ter essa reunião geral (...) Ela aceita as opiniões tanto dos enfermeiros como dos outros técnicos, dos médicos (...) é uma coisa bem aberta, tanto é que a gente vem mudando a forma de atendimento (...) a gente vem mudando bastante (...). Desde que (...) atenda ao (...) cumprimento das metas que são cobradas. (...) respeite os princípios do Programa Saúde da Família (...) não tenho nenhum problema de mudança (...) E a gente está sempre (...) inovando para ver (...) o grupo que adapta melhor, o que as pessoas esperam (...) todo final de ano a gente tem uma avaliação do trabalho que foi feito durante o ano. Tem (...) propostas (...) planejamento para as atividades que serão desenvolvidas no próximo ano (...) esse espaço (...) geralmente é de uma semana (...) fazendo essa avaliação do trabalho que foi feito (...) sugestões, coisas que a gente vê (...) que deu certo, e o que não deu certo (...) (E8)

(...) alguma coisa de agendamento a equipe decide (...) tem coisa que é muito pontual, a demanda do dia ele acha importante o dia todo, não tem horário, isso não muda, o que cada um dos profissionais diz pra ele é uma coisa importante (...) até entendendo o ponto de vista, mas a divisão dos horários pelas equipes a gente que decidiu (...). Uma grande dificuldade é a questão de tempo de consulta que a gente faz atendimento em 15 minutos por causa dessa dinâmica toda que eu estou falando (...) é muito apertado e isso a gente não tem como trocar, mas normalmente tenho liberdade (...) (E4)

(...) Algumas coisas são decididas e pronto, algumas coisas não são pra discutir, mas o que dá pra ser discutido, é discutido em reunião técnica (...) A gente sempre discute, eu faço isso, você faz aquilo, cada grupo a gente faz diferente (...) (E16)

(...) As grandes mudanças sempre são discutidas, outras coisas, é “faz” e pronto, tem que cumprir e não tem como (...) (E9)

(...) mas o que estressa, estressa é a burocracia, tem que fazer para inglês ver, são reuniões de protocolo e você tem que ficar quatro horas lá com uma figura falando de um serviço imaginário que só acontece na cabeça dele e me cobrando mais quatro, seis ou oito

formulários como se eu não fizesse nada (...) (E5)

(...) nas reuniões técnicas (...) perguntam, ouvem todo mundo, a gente acaba tendo muita influência, tanto que a mudança no acolhimento foi por nós. A gente participa bastante (...) a farmácia, algumas coisas que (...) pedimos (...) conseguimos. (E6) (...) é sempre pedido opinião pro enfermeiro, sobre o acolhimento, número de ordem pro acolhimento, sobre o fluxo os processos de trabalho da equipe de enfermagem (...) (E2)

(...) interferir diretamente não é tão simples assim (...) os enfermeiros têm voz, são ouvidos, e muitas vezes nossas idéias são aceitas (...) colocadas em prática, mas (...) algumas decisões só compete ao gerente mesmo (...) talvez a gente não tenha tanto poder para interferir em algumas mudanças que compete ao gerente (E13)

(...) Até que ponto a interferência dos enfermeiros em decisões da unidade esbarra na política de relações humanas (...) tem políticas já postas onde a gerente cria um vínculo, constrói uma relação com a equipe multiprofissional com os agentes, com os serviços gerais, com os administrativos (...) tem determinados momentos que você pode propor e será ouvido, e dinâmicas que é legal de você falar (...) tem uns determinados assuntos que já é sabido (...) está posto que (...) a gente não consegue interferir (...) é uma relação do gerente com o ACS, do gerente com o administrativo (...) (E5)

(...) chego as oito da manhã já tenho vinte cinco ou trinta da minha área e aí vou embalando (...) depois das nove horas quem chegar na sala onze que é a nossa sala de milagres cada unidade tem a sua sala com o seu número cabalístico (...) a nossa é a onze, (...) o auxiliar ouve, registra, e sempre vai levar até o nosso conhecimento se é com você ou se é com ele [médico] (...) de quatro às cinco é que dá uma apertadinha as pessoas lembram de um catarro, lembram de uma dor e assim vai, então assim nós terminamos a segunda-feira (...) (E5)

A organização do trabalho privilegia tempo e movimento, colocando os trabalhadores diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e, ao mesmo tempo atender aos imprevistos que, mais do que problemas inesperados, constituem busca

por atendimento de demandas não previstas no seu conjunto.

Por isso, embora programado e pré-definido, o trabalho tal como organizado é constantemente interrompido por picos de demandas ou por novas exigências da supervisão de saúde - entre os imprevistos naturais que se colocam no atendimento em saúde. O planejamento cede então lugar a atividades pontuais para “apagar incêndios”, o que com muita frequência rompe com a rotina previamente estabelecida, privilegiando atividades burocráticas (*uma listagem de hipertensos e diabéticos para hoje e uma atividade programada acaba deixando de fazer... sempre o prazo é muito em cima –E13*), tudo isso imprimindo a sensação de que *you se organiza para fazer uma coisa e quando chega you fez tudo e não fez nada* (E12).

(...) Às vezes acontece imprevisto e você tem que deixar de lado o que está fazendo (...) isso é um problema (...) o gerente podia estar mais perto pra ver essas situações (...) (E15)

(...) Uma coisa é resultado de exame (...) só (...) passar a medicação ou orientação (...) chama um grupo de pessoas no período para às vezes aliviar a agenda (...) ou você planeja e acontece alguma coisa de força maior que não permitem que você sente pra fazer a reunião (...) (E3)

(...) Aqui não tem uma rotina, na verdade tem uma rotina (...) essa rotina (...) é quebrada pelo usuário que bate na sua porta (...) quer entrar, pelas complicações, pela dinâmica da unidade, pela falta de profissional que às vezes não vem (...) você se organiza para fazer uma coisa e quando chega você fez tudo e não fez nada (...) às vezes você não consegue sair pra fazer visita porque o acolhimento (...) consome muito o seu tempo, você se programa e não consegue sair (...) a gente optou agora por fazer trimestral (...) a cada três meses faz o (...) planejamento de trabalho e (...) a cada três meses a gente senta para reavaliar a equipe, (...) falamos tudo o que foi feito, quais foram os entraves (...) as complicações, quem teve falha dentro da equipe (...) tenta se organizar novamente (...) todas as equipes estão fazendo a cada três meses (...) (E12)

(...) é a demanda (...) não é o diretor, não é o enfermeiro supervisor (...) depende da demanda da população (...) vejo a demanda priorizo e ai vou ver o que vou tá fazendo (...) tem uma escala (...) uma escala de consulta

(...) uma organização dentro da equipe e na unidade de consulta, de atendimento, mas a demanda, acaba engolindo isso e a gente acaba abrindo mão de certas questões preventivas pra “apagar incêndio” (E2)

(...) muitas vezes a gente não consegue colocar algumas atividades em pratica por uma dificuldade grande (...) ter que dar um tempo da nossa agenda, da nossa semana, para atender acolhimento, para atender retaguarda (...) tem dia que vem muita gente (...) doente (...) precisando (...) tem dia que não tem ninguém (...) a gente acaba perdendo um período da semana que poderia estar fazendo outra coisa para ficar parado esperando acolhimento. (...) Existe (...) algumas cobranças que não vêm nem da gerente da unidade, vêm de fora da supervisão de saúde, que solicita uma listagem, alguma coisa (...) uma lista de hipertensos e diabéticos para hoje (...) a gente tem já uma atividade já programada (...) acaba deixando de fazer para cumprir com isso porque eles colocam muito prazo e sempre o prazo é muito em cima (...) (E13)

(...) Talvez precisasse (...) organizar melhor pra que essa população não fique desordenada, o horário de ser atendido, qualquer horário quer ser atendido da forma que ela quer ser atendida e pronto (...) acho que não pode ser dessa forma (...) (E15)

Mas não são apenas as demandas populacionais ou as exigências burocráticas que pervertem a prévia organização do trabalho. Privilégios (*somos cobrados a fazer rodízio, eles não; quando precisam faltar compensam em números de pacientes, nós temos que fazer as horas* - E1), relações de poder, relações pessoais e a pressão da população intermediada e intensificada pelo ACS transtornam a ordem estabelecida, como mostram os depoimentos dos enfermeiros, acuados por essa rede de acasos perturbadora da ordem institucionalizada. Parecem intimidados pelos demais membros da categoria profissional que, privilegiados por relações inter-pessoais com a direção ou obtendo sucesso na pressão que exercem sobre os enfermeiros, passam a determinar o que fazer, quem deve ser atendido ou visitado, estipulando muitas vezes de que forma isso deve ser feito (*a pessoa chegava na diretora e o que a gente falou não valia mais* (E1); *vou morrer na praia... vai retalhar o meu serviço sim, de cima em baixo* (E5); *tem que ter um jogo de cintura muito grande... é na hora que eles querem* (E11); *a população pressiona o agente... o agente*

como uma ponte da população pressiona a gente... é essa demanda que sufoca) (E2).

(...) a gente tem muita dificuldade (...) da categoria médica (...) um exemplo. Muitos querem fazer um horário, batem o pé, e como não têm médico, eles podem fazer o horário que eles querem, trabalhar no dia que eles querem, normal se cumprem ou não a carga horária (...) não tem o envolvimento, nós somos cobrados a fazer rodízio, eles não têm. Quando eles precisam faltar eles compensam em números de pacientes, nós temos que fazer as horas (...) às vezes o jeito não de gerenciar do gerente dessa unidade (...) a própria supervisão mesmo, o médico é a coisa mais importante (...) Tem poucos [médicos] na Zona Leste, na periferia quando consegue um, tenta segurar o máximo (...) (E1)

(...) tem pessoas que criam amizade com a diretora (...) a gente determinava alguma coisa (...) a pessoa chegava na diretora e o que a gente falou não valia mais. Dois pesos, duas medidas, isso já aconteceu (...) eu estava na supervisão, a gente rodizia na supervisão alguns auxiliares, a cada dois meses é uma enfermeira que fica fazendo uma escala temporária, cobertura (...) quando (...) estava na supervisão, uma auxiliar (...) disse: vou tirar férias tal dia (...) tinha outra auxiliar (...) a diretora (...) deu um jeito e elas acabaram tirando férias juntas (...) nós conversamos com ela, e falou se acontecer alguma coisa você vai fazer o serviço de auxiliar, porque como você libera (...) não teve mais como reverter (...) (E1)

[o ACS usa de seu vínculo com a população] (...) “se perguntar por que é que não veio nenhuma gestante, não veio porque eu não convidei, eu não convidei porque eu acho que não é isso que eles precisam, eles precisam de consulta, eles precisam disso, eles precisam daquilo”, (...) se ele não confrontar, se eu não vender, se ele não comprar a minha idéia, eu posso ter toda a bibliografia (...) , atualizada, que vou morrer na praia (...) na hora que eu virar e falar eu não vou fazer, o agente comunitário vai retalhar o meu serviço sim, de cima em baixo (...) imagina se a outra área vai fazer porque é que você não vai fazer? (...) (E5)

(...) você tem que ter um jogo de cintura muito grande (...) a gente até entende eles [os ACSs] moram aqui (...) sabem realmente as dificuldades só que nós somos uma equipe (...) e você tem um limite também pra andar, não

tem como você ultrapassar seu limite mesmo que você queira não consegue, você não dá solução (...) troca de receitas controladas, tudo com o prontuário também (...) a gente faz na reunião de equipe ou na diária ou na semana (...) é na hora que eles querem (...) os planejamentos da equipe, (...) da semana (...) a gente vai fazendo os grupos (...) essa semana eu marco pra outra semana pra não se perder se não você coloca as pessoas, elas nem aparecem (...) uma pena (...) (E11)

(...) eu estava em VD com um agente comunitário (...) gente não tinha nada programado (...) quando não tem nenhum lugar programado a gente vai onde ela [ACS] acha que é importante (...) (E13)

(...) o agente comunitário fica estressado vai lhe solicitar você acaba abrindo um horário na agenda por que não agüenta mais o agente comunitário te atormentando (...) quando chega na consulta não é nada (...) é uma necessidade gerada e não que de fato é uma necessidade. (...) o paciente pressiona ele e ele pressiona a gente (...) o agente comunitário solicita troca de receita (...) consulta (...) VD, (...) resolutividade (...) troca de encaminhamento (...) laqueadura do paciente (...) um hemograma (...) perdeu o hemograma do paciente e o paciente brigou com ele, (...) o agente pressiona a gente e acho que a população pressiona o agente aí o agente como uma ponte da população pressiona a gente (...) é essa demanda que sufoca (...) (E2)

Na equação de convivência de duas formas de organização do trabalho, observa-se um nítido apartamento entre as atividades realizadas para atender às finalidades do PSF e as que são realizadas para atender às finalidades da UBS, com nítido envolvimento das enfermeiras com o trabalho em equipe em detrimento das responsabilidades das enfermeiras que dizem respeito à UBS, que vão sendo repassadas como um peso para quem está mais tranqüilo e depois vão sendo rodiziadas. Na mesma direção, auxiliares de enfermagem que passam a maior parte do tempo realizando atividades direcionadas aos usuários da UBS, independente da área a que pertencem, não conseguem participar efetivamente da equipe, seu trabalho necessitando ser supervisionado pela enfermeira.

(...) Eu vejo mais o meu envolvimento com a equipe do que com a unidade (...), não sei se é a equipe que demanda mais, ou se a gente acaba se direcionando

mais com as coisas da equipe e deixando um pouco de lado as questões da unidade (...) mesmo que eu tenha me dedicado, acho que (...) fico mais com a equipe (...) não sei se solicitam mais (...) de fato a demanda é grande, a gente não consegue se organizar pra ter momentos de supervisão (...) fica em momentos de atendimentos na unidade, então é uma questão de organização (...) tá sendo cobrado agora o período de supervisão, a diretora cobrou (...) os períodos de supervisão pra minhas responsabilidades (...) preciso me organizar mesmo com a demanda, no período de supervisão da unidade pra tá junto da unidade de saúde, não só dentro da equipe (...) (E2)

(...) todas as atividades relacionadas à enfermagem, conforme vai chegando as coisas novas, a gente vai direcionando para quem está mais sossegada (...) tenta fazer um rodízio (...) (E7)

(...) Tem uma distribuição entre os enfermeiros, cada enfermeiro é responsável por uma coisa dentro da unidade (...) a gente tem os rodízios (...) a gente já foi responsável, já rodizou, e o outro passa a ser responsável (...) (E8)

(...) estou bem envolvida com minha equipe, com a unidade já fui mais (...) Procuro não me meter muito em que os outros estão fazendo. Se precisarem de ajuda, tem que vir e me pedir, de preferência com antecedência. (E9)

(...) O meu envolvimento (...) considero a minha equipe muito boa, muito legal (...) no que diz respeito ao trabalho da equipe, o atendimento da nossa área, os grupos da nossa área eu me considero muito envolvida, com a equipe em primeiro lugar (...) como a nossa equipe funciona bem (...) me considero muito envolvida (...) eu me disponibilizo bem, pra unidade muitas vezes falta tempo para a gente estar participando de tudo o que acontece na unidade (...) procuro me envolver bastante, mas talvez eu acho que eu não me dou tanto quanto eu me dou para a equipe (...) por falta de tempo mesmo (...) (E13)

(...) auxiliar de enfermagem aqui nessa unidade ainda tá um pouco distante (...) tão mais na parte técnica (...) precisa tanto que ele participe das atividades dentro da

equipe (...) tem uma distância, ele (...) fica quietinho (...) ainda não consegue participar da discussão que a gente faz na equipe (...) isso ainda falha (...) (E14)

(...) Eu estou bem envolvida com a minha equipe, com a unidade eu já fui mais (...) você vai percebendo uma coisinha aqui, outra ali e vai se afastando (...) sou eu, não fico reparando no que o outro está fazendo (...) (E16)

6.3.5 A divisão do trabalho: sob a ameaça de um rolo compressor

Nos depoimentos dos entrevistados, é possível reconhecer que, embora as reuniões de equipe se dediquem a estabelecer as obrigações de cada categoria profissional, prevalece o tradicional trabalho parcelar, baseado na divisão entre trabalho manual e intelectual e em formas racionalizadoras de agilização das tarefas, em detrimento de uma formação em equipe tomada virtualmente como eixo central dos processos de trabalho. Mesmo as atividades grupais são projetadas com o objetivo de ganhar tempo.

(...) A divisão do trabalho (...) das equipes a gente faz nas próprias reuniões de equipe, (...) fazemos os planejamentos dos grupos (...) as atividades para o próximo mês e quem vai ficar fazendo o que (...) normalmente a gente colocava uma auxiliar e uma agente de saúde responsável por participar de todos os grupos aquele mês (...) isso diminui um pouco de todos de estarem participando (...) uma acaba participando de todo processo que acontece dando uma retaguarda para a equipe (...) (E4)

(...) atende médico e enfermeira (...) A primeira escuta quem faz é a auxiliar de enfermagem (...) a gente tem um protocolo (...) diante desse protocolo conforme for a queixa (...) encaminha para a médica ou enfermeiro (...) as queixas que são da enfermeira, a enfermeira atende, e as queixas que são para os médicos são encaixadas em vagas que os médicos já têm disponível para estar atendendo (...) demanda espontânea. (...) A gente faz o grupo de sexta-feira (...) faço a parte de anamnese do paciente (...) a parte de coleta da história do paciente, o auxiliar verifica os sinais vitais (...) o agente comunitário (...) ajuda a pesar e medir (...) não tem problema dele estar fazendo, sob a supervisão, lógico

(...) o outro agente comunitário está junto para ir coordenando aquelas pessoas que estão entrando e saindo (...) recolhe (...) traz os prontuários. Quem pega o prontuário (...) é o ATA (...) ele vai entregando os prontuários para cada pessoa para a gente saber de quem é de quem (...) fazer a coleta da história (...) eles [agentes] têm uma escala, eles são divididos, eles vão de dois em dois nas tarefas que tem na área. (...) ao mesmo tempo o médico faz a palestra (...) a gente vai encaminhando os pacientes para lá, e aí tem aquela palestra, eu entro junto participo e depois a gente reparte o atendimento de novo (...) a visita do médico geralmente vai lá faz um exame físico, consulta, faz a parte clínica e pronto (...) o enfermeiro tem o curativo (...) um procedimento (...) é bem diferente (...) ele [enfermeiro] coordena os auxiliares (...) os agentes (...) acaba sendo o envolvido maior nessa história devido às atribuições que são dele mesmo (...) o médico não tem essa atribuição (...) (E8)

Pautados nos protocolos, o médico é o profissional central na equipe – investido da possibilidade de escolha do que fazer - que traduz na sua organização os preceitos da divisão social e técnica do trabalho de tipo taylorista: aos agentes comunitários e aos auxiliares de enfermagem, a parcela manual do trabalho, aos médicos e enfermeiros a parcela intelectual. Porém quando se defrontam apenas médico e enfermeiro diante do objeto de intervenção, passam a ser os enfermeiros os *trabalhadores manuais*, cabendo ao médico a parcela intelectual.

A racionalização do trabalho é de tal intensidade que desvirtua o que historicamente se designou como atos de complementaridade do ato médico e que tradicionalmente estiveram sob a responsabilidade da enfermagem. É exemplar a seguinte manifestação: *se acontecer dele não estar aí... vou ter que atender... isso é imposto... aqui todo mundo faz como é que eu vou dizer que: desse jeito eu não brinco* (E5).

Mas, chama a atenção a naturalização dessa racionalidade no trabalho que chega mesmo a distorcer o que seria o funcionamento de uma equipe: *o médico está com muita gente para atender... eu levando... o caso não... o paciente (...) ele... vai resolver me passando a prescrição... não sou eu que estou prescrevendo... estou ajudando... um paciente a menos... esperando... talvez não seja tão grave... a gente pede ajuda das auxiliares de enfermagem e das agentes comunitárias... fazem sem problemas não se*

negam a fazer... ajudam porque entende que está ajudando o funcionamento da equipe (E13).

Assim sendo, tudo se passa como se os trabalhadores estivessem sob a ameaça de *um rolo compressor, o trem tá andando, você tá pendurado na porta, você não tá nem de pé no corredor... se a gente tivesse só isso pra fazer...* (E5).

(...) a gente atende no mesmo horário [médico e enfermeiro], mas se acontecer dele não estar aí (...) vou ter que atender (...) isso é (...) imposto (...) aqui todo mundo faz como é que eu vou dizer que: *desse jeito eu não brinco* ? (...) é um rolo compressor, o trem tá andando, você tá pendurado na porta, você não tá nem de pé no corredor (...).se a gente tivesse só isso pra fazer (...) fazia com um pouco mais de qualidade (...) a gente tem tantas outras coisas pra fazer (...) até pra olhar pro colega do lado, é difícil (...) (E5)

(...) antes (...) fazia menos só que como veio a meta (...) tentei colocar doze [consultas agendadas] (...) achei muito corrido (...) coloquei só dez mesmo. Às vezes entre um acolhimento e outro a gente acaba encaixando alguma coisa que aparece (...) um dia de acolhimento (...) a gente esta atendendo porta e chegam alguns casos (...) a resolução é simples, mas (...) é um caso médico (...) estou fazendo algo que não é da minha função (...) com a ajuda do médico eu não estou fazendo sozinha (...) estou realizando algo que não é meu para ajudar isso (...) é um acordo entre a equipe eu e o médico da equipe (...) a troca de receita é uma atividade médica, (...) desde que as duas partes concordem, elas copiam a receita e ele carimba (...) (E13)

(...) Na mesma sala (...) você faz um atendimento e o médico outro (...) tem muita ausculta pulmonar (...) tá sibilando (...) eu quero o parecer dele para ver o que vai ser feito (...) eu (...) chamo (...) terminou a consulta dele, ele (...) faz a avaliação e a gente termina o atendimento de um (...) como se fosse uma forma de agilizar (...) (E14)

(...) é no atendimento da livre demanda (...) o enfermeiro vai avaliar se tem necessidade de antibiótico (...) pede uma avaliação médica (...) muitas vezes o médico dita pra gente passar a receita (...) o enfermeiro vai escrevendo no receituário, (...) e o médico pega o receituário (...) pronto (...) e carimba (...) (E2)

(...) um dia de acolhimento (...) a gente esta atendendo porta e chegam alguns casos (...) um caso médico, mas o médico está com muita gente para atender (...) cheio de pacientes de acolhimento (...) eu levando o caso para ele não levando o paciente (...) ele também vai resolver me passando a prescrição eu posso atender não sou eu que estou prescrevendo (...) mas (...) estou ajudando (...) será um paciente a menos que vai ficar lá esperando na porta dele (...) a gente já pode dispensar (...) talvez não seja tão grave que como o nosso fluxo é muito grande a gente pede ajuda das auxiliares de enfermagem e das agentes comunitárias, (...) fazem sem problemas não se negam a fazer (...) elas ajudam porque entende que está ajudando o funcionamento da equipe (...) (E13)

(...) Quem faz mais é o médico da minha área, eu faço uma participação, ele (...) já fazia grupo de hipertenso na área dele, no outro posto (...) ele já tem os teminhas, (...) as palestras (...) eu faço uma participação, uma fala menor (...) (E3)

(...) O envolvimento dos médicos é bom, se precisar, (...) algum paciente, eles atendem (...) alguns que são mais chatinhos (...) se pedir com jeitinho eles atendem. A pediatra atende adulto se precisar (E6)

6.3.6 A enfermagem, o enfermeiro e o trabalho em si

Para falar da enfermagem, do enfermeiro e do trabalho em si é preciso lembrar que o desenvolvimento do **trabalho em si** *pressupõe uma delimitação anterior do objeto, da definição do modelo de atenção e da seleção dos meios e instrumentos voltados para o alcance da finalidade*. Assim ele se materializa *nos atos realizados pelo conjunto de trabalhadores da saúde e que, na sua articulação, produzem a transformação no objeto* ³

Tal lembrança se faz oportuna nessa altura do trabalho, buscando um esforço de síntese do que até aqui foi manifesto pelos enfermeiros entrevistados. Os seus depoimentos levam ao entendimento de que o PSF se instala em territórios que se configuram como sítios da exclusão social, propondo ao olhar dos trabalhadores um objeto recortado por

³ Conforme nos ensinam Queiroz, Salum (1996:7).

metas pré-definidas, mas que a eles se insurge com toda a complexidade que caracteriza as formas de reprodução social presentes no território. Nessas condições, organizar o trabalho é um jogo de tentativa e erro, e sua distribuição vai se constituindo sob a ameaça de um rolo compressor, uma racionalidade que até mesmo desvirtua os tradicionais princípios do trabalho em equipe.

Centrado na consulta médica, na consulta de enfermagem, no acolhimento e na visita domiciliária, eleitos como instrumentos fundamentais para a intervenção no território, uma produção com metas quantificáveis a alcançar, mesmo que os trabalhadores se debatam diante do engessamento no recorte do objeto, reconhecendo a amplitude de problemas, isso não implica em que sejam gerados por um diagnóstico de necessidades específico de cada área. Um *roteiro*, *uma rotina devem ser seguidos* e, ainda que resumidamente lembrado pelos entrevistados, como já mencionou-se anteriormente, os instrumentos de captação de informação parecem ser de pouca valia para a delimitação dos problemas e necessidades da população assistida, que dirá para disparar atos a eles conseqüentes.

(...) Algumas coisas já são um roteiro do Programa Saúde da Família (...) acompanhar mensalmente pré-natal, puericultura, todos os grupos (...) tenho que ter, vamos supor, 4 períodos de atendimento de consulta (...) a gente já se programa (...) distribui qual o período da semana (...) tenho que ter tantas visitas no mês (...) a gente já se programa em cima do que vem estabelecido de números (...) (E3)

(...) Já existia uma rotina (...).foi aperfeiçoada (...) teve muitas modificações, mas já existiam os protocolos aplicados pelo Ministério (...) esses protocolos me foram apresentados (...) se você atender individualmente você não atrapalha a produção porque você acaba indo fazer consulta na área (...) a gente tinha menos períodos de consultas, e agora a gente tem mais (...) a gente teve (...) que abranger a meta (...) Quando fala em números, números, números, números, números a qualidade sem dúvida nenhuma cai, porque a gente não consegue, é impossível fazer. A consulta de enfermeiro pelo menos é impossível, (...) não posso responder pelos médicos (...) acredito que cai da unidade inteira (...) tem grupo de hipertensos (...) a gente também faz consulta individual (...) (E8)

(...) a gente conseguiu (...) organizar aquilo que é prioridade para o PSF (...) é muito tranqüilo (...) tranqüilo atender gestante, hipertensos (...) ultrapassar isso que é prioridade do PSF, pra ir além (...) a gente melhora perfil epidemiológico, isso é fato, que melhorou o perfil e os indicadores de saúde isso é fato, é um fato, melhoraram mesmo, mas todas as necessidades não dão pra chegar nem perto (E4).

(...) rotina de planejamento familiar, hipertenso e diabético, grupo de saúde do homem, grupo de climatério, tem o grupo do peso de crianças de baixo peso (...) se fala de alimentação, distribui multi-mistura feito pela pastoral (...) esse grupo do peso tem todo o mês, as outras três quintas-feiras a gente vai dividindo o planejamento familiar, hipertenso e diabético, climatério, saúde do homem (...) saio para fazer VD, ora (...) saio de carro ora (...) saio a pé, ora (...) eu saio com agente de uma micro ora (...) saio com agente de outra micro, saio com auxiliar de enfermagem, programamos isso na reunião de equipe, chego na hora pego meu caderninho tenho lá todos os pacientes com o seu diagnóstico (...) faz tempo que a gente não vai nesse aqui, porque a gente tem um controle, se não for levantada nenhuma urgência hoje eu vou fazer rotina, visito todas as minhas puérperas feliz, maravilhoso (...) (E5)

E, como se observa na fala de dois dos entrevistados: *quando fala em números, números, números, números a qualidade sem dúvida nenhuma cai, porque a gente não consegue, é impossível fazer* (E8); *ultrapassar isso que é prioridade do PSF, pra ir além... que melhorou o perfil e os indicadores de saúde isso é fato... mas todas as necessidades não dão pra chegar nem perto* (E4)

Produtividade, racionalidade, diante de marcadores localizados num conjunto de doenças ou de condições especiais previamente definido pelo programa tornam-se então a baliza para a realização dos atos múltiplos que traduzirão o trabalho em si. O fato é que a intensificação do trabalho como exigência da produção limita até o cumprimento da rotina.

(...) para a minha cabeça (...) ficou complicado, numa mesma manhã atender de tudo um pouco (...) me dá um acolhimento que me desorienta, então se eu atender, uma criança, daqui a pouco um adulto, daqui a pouco uma gestante eu já não sei mais em quem eu vou olhar

(...) assim então me desfalca um pouco, então a gente focaliza um grupo em dia e um grupo no outro (...) sexta-feira é o dia que eu atendo o retorno de hipertensão agendado de rotina, ou uma mulher ou um homem que tenha uma necessidade específica, uma avaliação, uma rotina, uma queixa, efetivamente são adultos sexta-feira de manhã são adultos inespecíficos que não tem uma característica específica porque até a saúde da mulher a mulher que vem para a consulta de Papanicolau ele já entra para o grupo educativo (...) (E5)

(...) fica atenta a alguma criança de baixo peso, uma gravidez de risco, uma adolescente gestante (...) faz atividade de visita domiciliária pra pessoas que não podem estar vindo (...) Você não pode poupar um dia de consulta para fazer grupo (...) tem que fazer consulta, porque grupo não é considerado consulta (...) A gente vai apagando incêndio (...) fazendo da maneira que a gente acha que tem que ser feito (...) nunca concordam, nunca vem ninguém ajudar (...) A gente [atende] paciente acamado (...) uma parceria da família e do posto, o posto não pode ficar vinte e quatro horas (...) quando a gente não vai, eles vêm uma forma de cuidar adequadamente (...) (E1)

(...) as pessoas valorizam demais as queixas (...) tem gente que não tem noção do que é acolher, ainda tem na idéia que é o enfermeiro que tem que acolher (...) (E6)

(...) foi um processo de construção da própria unidade (...) o acolhimento quando eu cheguei aqui era feito de um jeito (...) a gente modificou de novo porque não tem dado certo daquele jeito. As auxiliares de enfermagem (...) estavam super estressadas porque tinha que ficar na linha de frente recebendo todas as pessoas (...) o enfermeiro começou a fazer (...) também não deu porque a população também não aceitava (...) tinha consulta variadas com enfermeiro, fichas clínicas, não dava certo (...) tinha que sair toda hora tava atendendo ia lá chamava a médica para vim atender juntas (...) vamos adequar isso (...) baseado nas próprias atribuições [do enfermeiro] do ministério da saúde.(E14)

Também os grupos acabam entrando no circuito da produtividade e dessa forma, vão se desenvolvendo para racionalizar o atendimento e desafogar a agenda, em geral é

feita uma intervenção inicial para os participantes do grupo e em seguida é realizado atendimento individual para os participantes.

(...) tem que ter grupos, não dá pra fazer individual, todas as pessoas da equipe têm que está participando do grupo, alguns saem para o individual e isso acaba diminuindo a agenda (...) (E7)

(...) O planejamento, a adesão foi baixíssima já fizemos duas reuniões esse ano com a população (...) (E15)

(..) Alguns grupos você entra já com uma coisa estabelecida e os outros grupos manda mesmo pra você não pegar uma agenda (...) eu tenho seis agendados e tenho uma pasta com vinte Papanicolau, você marca um grupo mesmo, porque é um atendimento rapidinho (...) entregar um exame, fazer uma orientação e pedir algum outro exame complementar (...) então você marca esses grupos mesmo (...) (E3)

(...) A gente faz primeiro o grupo, tem aquela palestra (...) demora um pouco mais (...) tem aquelas orientações de no mínimo uma hora (...) hipertensão é um pouquinho mais complicado (...) Toda sexta-feira a gente tem o grupo de hipertenso (...) por micro áreas (...) a gente tentou, esses vários grupos tinham uma confusão de aderência (...) E depois a gente atende individualmente (...) a necessidade de cada um, pedido de exame, troca de receita, é mexer na medicação (...) adequar a medicação para aquele paciente (...) às vezes a pessoa está com um problema mais grave, às vezes é um curativo (...) aquele procedimento pode demorar mais ou durar menos. Você nunca sabe o que te espera na verdade (...) nós visitamos independente se é acamado (...) se é restrito, geralmente quem traz a demanda é o agente comunitário (...) (E8)

Pode-se concluir que, estar próximo de condições de vida aviltantes e, no desdobramento, tomar o objeto de trabalho do interior do processo de exclusão social, constituem potenciais de desgaste para os enfermeiros, pois parecem se apresentar como questões insolúveis, que constituem uma demanda incompreensível e perturbadora.

Mas os maiores potenciais de desgaste dos enfermeiros do PSF avolumam-se fundamentalmente na organização e divisão do trabalho: uma organização que se volta para metas pré-estabelecidas, cobradas pelo critério numérico da produtividade,

monitoradas por um sistema de informação pouco efetivo, com a persistência da velha divisão técnica entre trabalho manual e intelectual.

6.4 Preparando o trabalhador para a polivalência: a exploração da subjetividade do trabalhador

Sob o impacto de um trabalho que lhes coloca exigências de todo tipo, os enfermeiros entrevistados trazem nos seus depoimentos um conjunto de reflexões nas quais se podem identificar *padrões de comprometimento*, por certo integrados à mente do trabalhador pelo discurso dirigente, que denotam um envolvimento intenso com o trabalho (suas metas, suas exigências de produtividade, sua racionalização), com a acentuada expectativa que se tem de suas potencialidades para solucionar os problemas e, sobretudo, com a impossibilidade de oferecer respostas para os problemas trazidos pela população e que transcendem as metas propostas.

Suas falas mostram como se deixam levar por uma reorientação do sentido do trabalho, disponibilizando sentimentos e emoções para enfrentar as situações para as quais o modelo não prevê, nem meios, nem instrumentos de trabalho condizentes.

Na verdade, os depoimentos agrupados a seguir, segundo a direção de cada um dos significados que qualificam a apropriação de sua subjetividade, preparam o campo para compreender a multifuncionalidade que lhes é exigida e que será tratada posteriormente como a polivalência do trabalhador.

6.4.1 Assumir a meta e as estratégias da empresa e os problemas do trabalho

Os depoimentos a seguir demonstram que, pressionados por demandas organizacionais de toda ordem, os enfermeiros “vestem a camisa” do PSF, levando trabalho e preocupações com os problemas enfrentados para casa, trabalhando nos finais de semana, tornando quase natural a alocação de recursos próprios para dar conta do trabalho e atividades que não são da sua esfera de ação, inquietos ainda com as respostas que dão às exigências do trabalho.

Sofrem, desgastam-se carregam o peso da obrigação e da responsabilidade com o atendimento para dar conta do trabalho.

Então, a área é longe, eu vou de carro [particular], porque não dá para ir à pé, porque senão não dá para fazer as visitas, (...) uma área [é] de um lado e a outra área é do outro. (...) uma micro área é de um lado e uma micro área é de outro e aqui é muito acidentado aqui o bairro. Então, tem subida, tem muita ladeira, tudo. Então, não teria como eu fazer, a não ser que eu agendasse todas as visitas de uma micro área para fazer de cada vez, isso seria ruim porque outro paciente que estaria esperando, mais urgência, necessitando, ele não receberia visita (...) Então, eu tenho que ir com o carro, né, aí eu não posso agendar mais do que isso, no máximo umas quatro famílias, porque senão realmente não dá para dar conta. (E8)

Ah! levo trabalho pra casa! Às vezes, não dá tempo de fazer aqui, e os grupos do mês, planejamentos de grupos, memorando e da vigilância epidemiológica, tem coisas que eu não consigo fechar na unidade. Eu levo trabalho pra casa. (E2)

A gente faz duas vezes por ano campanha de Papanicoloau, a gente abre o posto aos sábados e colhe uma média de 220 a 250 Papanicoloau. A gente faz campanha de “remédio em casa”. Conseguimos mais de 600 inscritos no remédio em casa. A campanha de vacina (...) é obrigatória. Fora isso a gente faz uma organização, chega uma hora em que os prontuários estão todos mexidos, fazemos um mutirão e arrumamos. Fazemos campanha de hipertensão e diabetes de sábado. Então, pelo menos uns dois sábados no mês, a gente vem trabalhar. (E10)

(...) tem coisas que até então não eram da minha competência, mas eu queria ver a unidade funcionando perfeitamente, sem erros, com todo mundo pensando igual, mas as pessoas não pensam da mesma forma, e eu acabo sofrendo por isso, então eu comecei a mudar isso pra não sofrer mais. (E15)

E eu faço isso (...) porque eu sei que os outros enfermeiros fazem isso também. Mas eu preferia o que eu fazia antes, porque eu não estou aqui pra fazer

pronto socorro também, então eu acho que é uma atribuição que não seria minha, mas eu acabo assumindo e fazendo, porque eu acho que eu tenho competência pra fazer, mas a gente sabe que é pra dividir o trabalho com o médico também. (E3)

(...) é complicado porque as pessoas tão chegando, a população que tá chegando, se vai no pronto socorro, não tem atendimento, e tem uma realidade muito difícil de vida e que taí bem na nossa porta. E a gente sabe que é uma comunidade assim mesmo. Por toda condição social, apesar de você trabalhar em equipe, o médico tem suas atribuições e ele não vai dar conta de atender toda essa demanda e as pessoas não merecem se verem sentadas ou sem dinheiro para pegar um ônibus para ir em um hospital. Então é nesse sentido (..) que é obrigado a atender (...) (E14)

(...) eu assisto muito desenho animado com os meus filhos, eu jogo bola com os meus filhos, eu monto e remonto os caminhões que eles insistem em desmontar, eu planto, eu encho de muda de roseira (...), eu gosto muito de trabalhar com terra, eu me solto, eu me perco, danço com os meus filhos, a gente dança pela casa, às vezes, até a noite, dez, onze horas da noite, eu não assisto novela, pouco assisto jornal, mas assim eu faço atividades completamente diferentes, saio, brinco, a gente vai passear, vai andar no parque, vai para a praia independente de final de semana prolongado pra desligar, e assim, às vezes, eu ainda fico pensando naquela figura que eu quero ver na segunda-feira.(E5)

E aqui, [diferente do hospital] a gente não passa o plantão. (...) aqui a gente tem sempre os mesmos problemas. (...) eu vou de segunda a sexta, de sábado e domingo eu vou descansar. Porém, segunda-feira [reencontro] aqueles mesmos problemas que eu tinha na outra semana, eles vão existir ou não, dependendo da resolução, mas aquele paciente vai continuar existindo, vai ser sempre aquela pessoa que eu vou atender, ela nunca vai ser responsabilidade de outro, ela sempre vai ser minha responsabilidade. (E8)

(...) às vezes, a gente [se] sente um pouco desgastado mesmo, acho que pela rotina do dia-a-dia, a gente chega, atende todo aquele pessoal da demanda espontânea, (...) tem dia que você fica mais cansado de

tudo, mas acho que a vontade de querer fazer campanha e de querer modificar a realidade, de (...) abrir um espaço comunitário, que a gente conseguiu abrir pra trabalhar com a educação da saúde, acho que existe um envolvimento, não é aquilo: eu chego aqui, faço meu trabalho, atendo minhas consultinhas e vou embora.(E14)

A avaliação é da equipe, que quer atingir a meta, eu acho que tem que ter uma avaliação individual e você tentar melhorar, pois é com a avaliação que você tende a melhorar ou vê "eu realmente não sirvo pra isso". (E7)

Agora que começaram a cobrar mais [as metas], eu acho isso muito bom, assim todo mundo se supera! (E16)

6.4.2 O trabalhador do PSF é idealizado: *corre atrás e tenta não errar*

Para além do comprometimento com a empresa, os próprios trabalhadores acreditam que para trabalhar no PSF é necessário uma motivação, um *gosto fora do comum*, *um envolvimento com tudo que é bom ou ruim*, e um empenho individual, que chamam de perfil para o trabalho, diferente de outros trabalhadores que não são do PSF.

Consideram-se movidos pelo ideal de que são capazes de transformar a realidade, se envolvem individualmente com cada questão e dedicam-se a fazer com que acreditem que são realmente especiais. E, assim, idealizam o trabalhador do PSF.

Eu fico triste, não dó, pena, mas eu fico triste porque é mais difícil, uma pessoa que é contratada na polêmica, no viés político que se encontra hoje o PSF, muito mais difícil que uma pessoa consiga “aflorar” esse ideal, consiga construir responsabilidade social, do que pra gente que foi pego pela mão, pedra crua e o Davi lapidou, com maior ou menor destreza, assim um grande artesão, na arte de olhar esse profissional de saúde, os médicos, os enfermeiros e pegou a gente e foi mostrando essa realidade que é muito diferente. (E5)

(...) ultimamente a gente está com uma equipe muito boa aqui na unidade. Todo mundo mais ou menos fala a mesma língua. Eu acho que o meu envolvimento é até

demais da conta, às vezes eu chamo minha atenção por que (...) acho que (...) tenho que desacelerar um pouco, (...) é (...) uma coisa (...) inexplicável, (,,,) que só quem gosta de PSF, quem gosta de fazer e quem acredita nisso que consegue saber, entender, é uma coisa, é uma situação assim fora do comum, a gente se envolve muito, enquanto enfermeiro, a questão do vínculo é uma coisa que as pessoas às vezes falam: você tem que quebrar um pouco, você tem que mandar esse povo parar de bater na porta, mas eu acho que quando você conhece a sua população, quando você sabe as dificuldades todas que envolvem aquilo, aí você não consegue, você acha que é necessário, você acha que eles têm que bater na porta sim para pedir ajuda, você acha que você está aqui para isso mesmo esse é o seu papel, eu acho que PSF é isso não tem como mudar, a situação está dada, tem que ser feito e a forma de se fazer eu acho que é se envolver sim. (E12)

Olha, acho que tem pessoas que são envolvidas mais por vontade mesmo, vontade própria porque está no perfil delas se envolver com tudo, com problema, com campanha, com passeio, com tudo que é bom ou ruim, e tem gente que acaba sendo um pouco mais alheio mesmo, fica um pouco distante mesmo, mas eu acho que no geral as pessoas aqui dessa unidade são envolvidas com o trabalho, com a unidade, com os problemas e com as coisas boas também. (E13)

Eu acho que tem três tipos de trabalhadores: os muito envolvidos, os envolvidos por alguns interesses e os não envolvidos, são aqueles que vêm por algum motivo depende (...) do interesse, qual o objetivo da pessoa na unidade, como que ela vê o programa saúde da família, como que ela entende o processo de trabalho depende também da questão pessoal. (...) porque é um trabalho coletivo e porque eu tô num programa de saúde da família, e eu faço o que eu faço também por que eu gosto (...). Eu gosto do que eu faço, então eu me envolvo, corro atrás, tento não errar. (E2)

(...) são profissionais dedicados (...). Mas eu acredito que isso depende da pessoa. Então, a gente repara que há algumas pessoas que são mais envolvidas com os casos do que outras. (E8)

6.4.3 O enfermeiro deve ter *uma solução para tudo*

Não é só no comprometimento com o trabalho e na idealização de seu perfil que os enfermeiros apresentam indicações evidentes da exploração de sua subjetividade. Ao debater-se em torno do mito de que os trabalhadores do PSF devem resolver todos os problemas, mostram uma outra direção em que isso acontece, quando relatam ser os enfermeiros cobrados principalmente pelo agente comunitário de saúde para dar respostas, a qualquer custo, às dificuldades do dia a dia.

Nessa empreitada, acabam se *desdobrando*, trabalhando *em dobro*, sabem que *não há solução para tudo* (E11), precisam ter “*jogo de cintura*” (E10); enfrentar e superar a tensão que daí decorre exige *maior atenção com a equipe* e com os agentes com quem é preciso *conversar, explicar para ser uma coisa bem tranqüila* (E11).

(...) o agente comunitário, como ele mora na área, ele espera mais que um médico e um enfermeiro, eles acham que você tem que ter uma solução pra tudo. Tem que ter um “jogo de cintura” muito grande, mas a gente até entende, porque a gente sabe das dificuldades. (E10)

(...) você tá sem médico, você tem que dar conta (...) entre aspas (...) tem que fazer seu trabalho de enfermeiro, você não faz trabalho médico, é enfermeiro, mas você acaba se desdobrando um pouco (...) sua atenção claro que tem ser maior, sua atenção com a equipe tem que ser maior, então é uma semana atípica seu trabalho é em dobro. (E11)

A gente encontra algumas dificuldades nos seguintes sentidos (...) principalmente na questão do agente comunitário como ele mora na área, ele espera muito além de um médico e de um enfermeiro, então agente tem um pouco essa dificuldade (...) de fazer com que o agente comunitário entenda de fato o planejamento, mas depois que você começa a conversar (...) explicar e (...) colocar (...) em prática, você vai sanando mais tem que ser uma coisa bem tranqüila. (E11)

(...) eles [os agentes] acham que você (...) tem uma solução pra tudo, você não tem uma solução pra tudo, você não consegue atingir o objetivo. Eles não

conseguem enxergar que você direcionou o caminho, que você tá ensinando a pescar né eles querem que você dê o peixe, quando você não dá o peixe, que na maioria das vezes não dá pra você dar o peixe, quando você não dá o peixe, gera toda uma frustração, aí eles querem que a gente reavalie o planejamento que não é bem assim, tal área tá mais descoberta, você cobre mais tal área, você vai aqui, você ali (...) (E11)

6.4.4 Soluções que a gente nunca vai trabalhar?

Finalmente, em suas falas os enfermeiros trazem os sentimentos de *frustração*, *angústia* e de *compaixão*, pressionados a fazer algo, a buscar pessoalmente alternativas para resolver problemas cuja solução transpõe o programa de metas. Assim sendo, recolocam-se diante do dilema antecipado no reconhecimento do território encaminhando soluções pontuais para dificuldades que a *gente nunca vai conseguir trabalhar* numa população *esmagada pela desigualdade*, faminta e desempregada, sacando, do próprio “bolso” amenizando momentaneamente o problema.

É que eu me sinto muito frustrada por que assim, eu tenho o que comer, eu tenho o que vestir eu tenho onde morar, eu tenho um carro e às vezes eu me deparo com pessoas que não tem o que comer né e eu vou tirar de mim pra da pra eles, não tá certo, o salário é pra mim. Mas, tem famílias que a gente ajuda mesmo, que eles não têm ninguém. E isso angustia muito por que você fala: eu tenho o que comer, eu tenho o que vestir, eu posso ir ao cabeleireiro, posso dar uma educação boa pro meu filho e de repente me deparo com uma situação que a pessoa não tem nem o que comer, e eu levo pra casa isso né, eu fico angustiada, choro que como pode um ser humano ter chegado nessa situação, sem você conseguir fazer muita coisa.(...) A gente sempre eu faço desde que eu entrei aqui eu tiro da minha cesta, tiro do meu salário pra tá ajudando, não todos mais tem famílias que não tem nada. (...) Como aquela família que eu falei, que tava sem comer a uma semana e acabou a comida e a gente que tá dando. (E2)

(...) são vários pacientes em situação de miséria que a gente se depara. Então, você vai ter que ver a família,

tem as igrejas evangélicas, católicas que dão leite, né. A gente também tem uma horta que a gente também fala que está também vendendo verduras. A gente está tentando fazer a multi-mistura. Agora a questão de emprego é uma coisa mais difícil assim. Até uma vez uma paciente psiquiátrica que uma vez ela estava precisando, eu falei vamos ajuntar, a gente ajunta latinha, garrafa descartável. Ela falou: Ah, eu tenho vergonha, eu não queria. (...). Até um dia ela falou assim para mim, que o filho pequeno de um ano, ela falou: eu não tenho o que comer em casa. [enfermeira respondeu] Hoje é dia de feira, quando acabar a feira eu vou lá com você pedir. Ela falou assim: ah, eu não quero pedir, eu quero comprar. Então, tudo bem se você quer comprar a gente vai comprar. Infelizmente, ela não quis, ela falou: muito obrigado. Eu ia junto com ela pedir. (E1)

Quando a gente vai fazer visita em uma família que tá numa condição social muito difícil, tá passando fome, então não tem como não pensar nisso, acho que seria muito desumano chegar ver uma realidade daquela e não conseguir refletir sobre as condições sociais que essas pessoas estão inseridas e que o nosso trabalho também, como poder ajudar, não tentar resolver tudo mais dentro dos aspectos da saúde tem como poder colaborar com aquela família. (E14)

6.5 A polivalência

6.5.1 Extrapolando os limites de sua prática para “quebrar o galho”

Com a flexibilização do trabalho, o profissional precisa desenvolver uma série de capacidades para se inserir ou se manter no mercado de trabalho, ou seja, assumir qualquer posto que se faça necessário. Nessa direção, *colocando-se no lugar do paciente, fazendo um pouquinho de tudo, serviço de assistente social, psicólogo, terapeuta, se não tomar cuidado, serviço de médico, os enfermeiros, ora na farmácia, ora na administração, ajudando, mas se sobrecarregando*, disparam a **polivalência**, muito além do seu *estoque de*

*conhecimentos e habilidades.*⁴

(...) então o enfermeiro do PSF ele faz serviço de assistente social, faz serviço de psicólogo, ele faz serviço de terapeuta, se ele não tomar cuidado ele faz serviço de médico e ele faz serviço de enfermeiro além dele ser enfermeiro, às vezes ele é pai, às vezes ele é mãe, então eu acho que isso para uma pessoa só que se diz ser enfermeiro eu acho que a gente não está preparado. (E12)

Olha, às vezes a gente acaba fazendo um pouco de assistência social, de psicóloga, um pouco de médico também. É eu sou muito, digamos assim, não é que eu seja ansiosa, mas é que eu quero ajudar o paciente naquela hora, me coloco no lugar do paciente. Eu acabo extrapolando um pouco. Eu acho que deveria melhorar nesse ponto, né o paciente acaba ficando sem limite, depois é fogo, né. Então, a gente acaba fazendo um pouquinho de tudo (...) Por exemplo, a gente tem casos sociais de crianças que estão no abrigo, que você acaba tendo que interferir, ir lá no abrigo, sabe? (...) Você faz o memorando, você tem que mandar, essas coisas de psicólogo também, às vezes se a pessoa tá na sua frente: eu vou me matar, na sua frente, a gente é meio psicólogo. Você tem como tirar alguma coisa da pessoa, né. E também de enfermeiro assim, você acaba é se apropriando de coisas que não são suas assim, é o dia a dia. Às vezes você assim, se vê você está dando diagnóstico, discutindo com o médico, já chega com uma coisa mais ou menos pronta, acontece (E1).

(...) e aí eu falei: gente agora eu preciso sair, porque eu preciso fazer visita. Se eu não falasse que ia fazer visita, eu ia ficar na farmácia porque os auxiliares, um foi no grupo, o outro foi fazer visita. Então, fica complicado mesmo. (E1)

(...) o enfermeiro que também era responsável pela farmácia estava de férias. Ai acabou que vieram me procurar...aí você que vai atrás. (E3)

Fico no suporte, na referência, cada período fica uma

⁴ Expressão de Braga (2007).

enfermeira (...) Muita coisa a gente acaba fazendo, por exemplo, a farmácia, o almoxarifado, (...) esse mês uma pessoa que também era um auxiliar ou uma enfermeira que fazia. E a gente acaba tendo que ficar um pouco na parte administrativa. (E7)

O dia que a diretora não está aqui, o enfermeiro supervisor responde por ela. (E3)

Ai claro eu sou normal, eu sou normal de repente sei lá tem um surto de alguma coisa na alguma coisa na área, você tem que deixar aqui e ir pra área até, de repente um colega aqui tá assim, (...) aquela semana aconteceu alguma coisa o pessoal começa a descer [para a UBS], descer, descer, você acaba além de você, fazer a sua parte você ajuda esses colegas como eu te falei.(...) Não a gente toma café quando dá tempo, risos... Bom normalmente o colega segura né, a gente tem muito companheirismo aqui dentro, os enfermeiros, isso é legal aqui. A gente assim um cobre o outro, eu tô muito apurado (...) o outro vem e ajuda, tudo bem você acaba tendo que pedir porque o colega tá muito envolvido com o trabalho dele, às vezes não percebe que você tá saturado mas a gente pedindo a gente tem essa colaboração, mais dá pra tomar um cafezinho rápido, não dá pra ficar sem um café totalmente. (E11)

(...) vou dizer como as coisas estavam, a gente teve uma mudança de médico né, e aí ficou muito sobrecarregado pra mim estar fazendo isso, então alguns grupos que eram divididos médicos e enfermeiros juntos, eu acabei assumindo e o médico acabou ficando praticamente só com o grupo de hipertensão – resultado de exame e troca de receita, resultado de exame e troca de receita que não é bem um grupo, o grupo que ele fazia mesmo é grupo de hipertensos, os outros grupos ficam todos para mim.(E4)

(...) grupo de puericultura são os médicos que fazem desde que eu entrei é assim e continua assim, só eventualmente eu faço o grupo se eles estiverem de férias. (E4)

(...) cada um atende o seu, mais a gente acaba ajudando o de outro, quando não tem, por exemplo, a equipe um, o enfermeiro não está então a gente acaba ajudando a médica de outra área, por que ela está sozinha (...)

(E14)

É sem problemas. É não vou dizer que às vezes a pessoa assume aquele setor, às vezes não consegue, já aconteceu da gente ter que fazer uma mudança, porque a pessoa às vezes não está conseguindo dar conta daquela atribuição, mas assim entre nós a discussão é boa, né. A gente consegue resolver os problemas bem entre os enfermeiros, não tem assim um choque assim. Geralmente a gente discute bem, e cada um, não está dando para você então eu vou te ajudar, tem um coleguismo. (E8)

(...) o que tira a semana da rotina é em evento assim, mesmo que seja um evento inusitado ele é hipertenso, diabético ele amanheceu mal não teve condição de vir trabalhar, com qualquer um acontece, eu sou humana com os meus pacientes eu tenho que ser humana com os meus parceiros de trabalho, aí ele já me liga e eu aviso gente o Sérgio não está vindo o Sérgio está no médico alguma coisa assim, minha agenda está aqui vou pegar os acolhimentos dele vou dar uma drenada nessa agenda dele, não, você não drena não, você vai ter que atender todos, aí isso atravessa. (E5)

Eu fiquei uma época na vigilância, é super puxado, a gente tem uma unidade grande com 26 mil pacientes, então ninguém consegue acompanhar o quanto se está trabalhando, o quanto que às vezes se precisa dividir isso. Então acaba ficando assim, você é de tal função, se fulano entende de tudo, os enfermeiros entram de férias, você fica perdido. Agora mesmo eu estava mexendo na documentação da vigilância na semana passada, as duas enfermeiras que estavam [com essa responsabilidade], uma estava de férias e a outra de licença, então assim, eu cobri todas. (E3)

(...) dá um pouquinho de dificuldade de adesão dos pacientes, a gente um grupo de pacientes com problema de saúde mental dos pacientes, eu e a outra enfermeira. A gente acabou com esse problema de adesão, estava indo super bem, só que estava sobrecarregando somente a gente, não acho que estava ajudando, não tinha o movimento das outras equipes, a gente, nosso trabalho está todo parado. A nossa equipe a gente tirou um período para fazer o grupo e não tinha envolvimento. Então, falta um pouco disso. Têm muitos agentes que

falaram: eu não gosto de saúde mental, eu não gosto de tal coisa assim. Eu acho bem complicado, a falta de comprometimento. (E1)

(...) que na verdade o que elas [pacientes] querem é só conversar, querem só um pouco de atenção e a gente vai, a gente tem muito [casos de] saúde mental a gente vai também nessas residências saber o que tá acontecendo, a gente faz um pouco de trabalho social também né. (E11)

6.5.2 No fio da navalha: como num pronto-socorro, fazer o papel do médico

Por meio do *coleguismo*, do *companheirismo* e, considerando a polivalência normal, sob a alegação de que, a mesma *humanidade* que orienta a relação com o paciente deve estar presente na relação com os *parceiros de trabalho*, os enfermeiros com frequência, ou assumem o trabalho do médico, ou dividem com ele o momento da consulta – até da emissão de laudos –, o que se qualifica *nem como positivo, nem como negativo, mas devia mudar*.

Todo mundo sobrecarregado, todo mundo lotado, todo mundo com pouco tempo pra resolver as coisas, não é minha atribuição, mas todos fazem, cria-se assim uma confusão, se não uma promiscuidade de papéis, o que não é desconhecido pela gerência que muitas vezes fala assim: *Olha é que vocês estão juntos um ao lado do outro (....) você tá junto do médico, tá do teu lado, você não tá fazendo sozinho, tem uma pessoa do teu lado fazendo*.

Eu acho assim, depois de um ano e pouco pra cá, eu comecei a atender todo tipo de acolhimento, antigamente eu via assim, quando era uma coisa mais séria eu passava para o médico Eu acho que isso vai do tipo de envolvimento que você tem com o seu médico de equipe, então uma coisinha mais assim que eu ia discutir com a minha médica anterior, ela queria ver, então eu só atendia consulta de enfermagem mesmo. Agora eu acabo atendendo todo tipo de consulta, não vou dizer que não é minha atribuição, muita coisa eu atendo tenho que pedir carimbo pro médico, discutir o caso com o médico, mas eu acabo assumindo e fazendo. (...) E eu faço isso por quê? Porque eu sei que os outros enfermeiros fazem isso também. Mas eu

preferia o que eu fazia antes, porque eu não estou aqui pra fazer pronto socorro também, então eu acho que é uma atribuição que não seria minha, mas eu acabo assumindo e fazendo, porque eu acho que eu tenho competência pra fazer, mas a gente sabe que é pra dividir o trabalho com o médico também. (E3)

(...) nós damos laudos para a SP Trans, para EMTU, para o INSS, para a perícia do INSS, todo o tipo de laudo possível e imaginado, tem que procurar o CID, muitos desses laudos lógico a totalidade de laudos para o INSS é avaliação e assinatura médica, porém nós dividimos isso, tem dia que tem seis ou oito laudos aí quebra as pernas a gente aqui só faz isso, então ele faz alguns eu faço outros eu vou lá a gente já conhece a história a gente já tem um bom conhecimento da comunidade e aí autoriza, mas nós fazemos juntos, vou lá ponho o Cid e nós fazemos em conjunto, troco as guias, então termina minha segunda-feira (...) acontece um problema de saúde com o meu médico eu assumo a agenda dele, porque não é comum aqui nessa UBS mandar os pacientes retornar e aguardar o reagendamento da mesma forma que se eu tiver um problema ele vai receber a minha agenda. (E5)

Então, até o momento, eu [enfermeira] atendia ginecologia, qualquer queixa ginecológica, mulher, gestante e coleta de Papanicolaou. Então, tudo que é associado, essas três né, as consultas que eram marcadas eram para essa especialidade. (...) agenda de clínica médica, né. Então, toda demanda de clínica médica, né tanto faz troca de receita, atendimento de diabético, hipertenso ou qualquer outro motivo né, na terça de manhã. (...) agenda de pediatria, né. Então, eu entro as sete, a agenda vai até às onze. (...) à tarde eu atendo pré-natal e ginecologia novamente. Então, tem uma agenda à tarde outra vez na quinta-feira, né. (E8)

(...) é muito difícil, muita atribuição, muito atendimento médico, e a gente faz como se fosse atendimento médico, e a gente sabe que é um atendimento médico (...) e que isso é em vão porque o paciente as vezes precisa de um atendimento médico não de enfermagem. Só que naquela hora a única assistência que você pode tá dando é de enfermagem, então nem toda atribuição que o enfermeiro faz é de enfermeiro. (...) A gerência muitas vezes fala assim: Olha é que vocês estão juntos

um ao lado do outro (....) você tá junto do médico, tá do teu lado, você não tá fazendo sozinho, tem uma pessoa do teu lado fazendo.(E2)

Os médicos novos inclusive, têm três médicos novos aqui, então você entra e já vai carimbando. Às vezes eu falo: “peraí, vê se é isso mesmo, eu já fiz a receita, mas é isso mesmo?”. Os outros dois eu até perguntei: “como você prefere? Que eu chegue e discuta o caso, como você prefere?”... “não, já vou carimbar, está todo mundo sobrecarregado, todo mundo lotado, todo mundo com pouco tempo pra resolver as coisas”, então se você não tem dúvida, você já vai lá e acaba resolvendo dessa forma, eu acho que não é o ideal, mas... (...) Daria pra mudar, foi até uma coisa que eu levantei na reunião de equipe, eu falei da mudança que tinha tido, nem colocando como negativo nem como positivo, e até o meu médico de equipe colocou “você não está gostando? Você quer que a gente mude?”, aí eu falei, não tudo bem. Também não está assim, extrapolando os limites, o que eu vejo que é muito raro de acontecer, eu passo a bola, mas a gente tem liberdade pra discutir isso sim. (E3)

6.5.3 Todos os problemas batem à porta

No caminho de tudo equacionar e encaminhar, os enfermeiros vão diagnosticando a necessidade de se qualificar para a multifuncionalidade que o trabalho lhes impõe: *especializar, estudar mais, se aprofundar, não estão preparados, um conhecimento que a graduação não dá, mas o serviço permite que se aprenda, uma construção externa, cada dia uma interrogação ... nós vamos atrás*. Consideram então que devem ter habilidade para resolver todos os problemas do dia a dia, cobrados pela população e pelos próprios funcionários para dar respostas às dificuldades encontradas: *é difícil*, mas representa, um desafio e constitui um processo de aprendizado diário determinado pelo trabalho em que se integram e que, portanto, demanda estudar sempre.

Então, todos os problemas que acontecem na unidade e todos os problemas que os auxiliares trazem, nós aqui no caso eu que estou na supervisão é que vou atender, por exemplo, uma dúvida sobre curativo, uma dúvida na sala de tratamento, uma dúvida é sobre vacinação,

uma dúvida sobre uma pessoa que veio receber uma inalação, que veio receber uma medicação, né nós respondemos, nós que eu digo quem, o enfermeiro que está na supervisão, no caso eu na segunda-feira que respondo por isso. Qualquer dúvida do acolhimento também, sou eu também que respondo. Então assim, os problemas no geral da unidade, sou eu que respondo na segunda-feira até uma da tarde (...) Às vezes a gente não é assim, a gente não é, não somos super, hiper. Então, às vezes não dá (risos). (E8)

Porque é difícil você atender tudo, por exemplo, você é atender tudo se entendeu? É saber de tudo ao mesmo tempo. É diferente, por exemplo, quando você é o enfermeiro que atende só criança, então você só sabe de criança, e sabe tudo sobre criança, né, e quando a gente atende tudo, a gente precisa às vezes né, de se especializar, estudar mais, para a gente conseguir se aprofundar naquilo, e a gente nem sempre vai entender assim de tudo aquilo. Então, um generalista, um enfermeiro né, e o médico que faz essa parte generalista precisam estar sempre estudando. (E8)

(...) tem situações que batem na minha porta e é difícil para mim como pessoa, às vezes eu tenho que ouvir abuso sexual crônico de uma menina de dezesseis anos que ela tem relação sexual com o pai dela desde os doze e que eu sou enfermeira, eu não fiz psicologia eu não sou T. O e daí você é enfermeira sim e graças a Deus eu sei ouvir, ainda bem que eu sei ouvir eu tô falando muito com você, mas eu sei ouvir (risos), daí eu sei ouvir, daí que bom que você sabe ouvir, hoje chegou uma paciente para mim e falou você fez tão bem para mim há dois meses atrás só de ter me ouvido né, então que bom que eu sei ouvir, então assim se eu disser para você que eu estou preparada eu estou mentindo porque eu não estou, que bom que o serviço permite que a gente aprenda por que isso é um processo e a gente vai aprendendo né. (E12)

Tenho buscado muito, porque, enfrentar não é bem enfrentar, estar dentro dessa realidade exige certo conhecimento, então você entrar dentro da casa não é só pra ver a ferida do paciente que esta ali acamado, você tem que saber, aprender a lidar, a trabalhar com essa família como um todo, isso exige um conhecimento que a graduação não nos dá né, mas aí

nem é a função dela, é o básico, geral, então acho que preciso buscar, e eu estou buscando, acho que é uma construção externa que cada dia você tem uma interrogação de como eu lido com isso, nós vamos atrás. (E14)

E quinta-feira eu fico o dia inteiro no acolhimento, cada enfermeira fica no acolhimento o dia inteiro, das sete às nove faz por área, depois cada uma vai fazer suas atividades e aí fica a enfermeira escalada, e aí a gente fica lá o dia inteiro resolvendo os problemas de todas as áreas.(...) (E1)

6.5.4 Atender aos imprevistos em detrimento de outras ações

Nas falas dos enfermeiros, finalmente, a constatação de que o planejamento das atividades próprias dos enfermeiros são sufocadas pelos imprevistos não tão incomuns do dia-dia: as visitas domiciliares, os grupos e outras atividades que fazem parte da atenção à saúde pelo PSF, tendem a deixar de ser realizadas: *falta um funcionário, tem que ficar dando cobertura, sai prejudicada a visita domiciliar; aumenta a demanda, aumenta o acolhimento e o grupo que não tem tanta pressa acaba ficando para lá.*

Por exemplo, quando uma enfermeira pega uma licença médica, falta ou está de férias. Então, sai mais prejudicada a visita domiciliar, porque o paciente está lá na casa dele, né. Geralmente na segunda-feira de manhã acontece de eu não conseguir fazer visita, falta um funcionário, tem que ficar dando cobertura (...) Mas assim, o que impede mesmo de visitar um paciente geralmente é falta de funcionário, que a gente tem que ficar dando cobertura no acolhimento, na supervisão, já aconteceu várias vezes. (...) não tinha de quatro a três auxiliares aí eu me propus a ficar na farmácia no lugar da auxiliar de manhã. (E1)

(...) acho que a gente acaba se atrapalhando um pouco nessa parte de supervisão, que a gente acaba deixando pra lá para atender demanda. É o grupo que não tem tanta pressa acaba ficando para lá então acho que isso, geralmente esse período, agora que tá frio não, mas geralmente esse período de maio até agosto é um

período que a demanda acaba aumentando por causa viroses por ai o tudo mais, então o acolhimento acaba ficando maior, então nesse momento essas coisas que não podiam ficar acabam ficando, porque a gente acaba atendendo uma demanda que é clínica (...) Não é de enfermagem , mas o médico também não dá conta, se ele fica sozinho então a gente acaba assumindo juntos para dar conta do atendimento da unidade mesmo como um todo.(E14)

6.6 O fortalecimento

Ao avaliar o fortalecimento advindo do trabalho, os enfermeiros trouxeram depoimentos que relevam sobremaneira a presença de potenciais de fortalecimento em direções diversas.

6.6.1 O fortalecimento presente na relação com o objeto/finalidade do trabalho e com o trabalho em si: *renovando o gás*

Um conjunto de falas mostra fortalecimento ligado à relação prazerosa e recompensatória com o objeto/finalidade do trabalho - quase sempre recortado na sua individualidade - e com o trabalho em si – centralizado sobretudo na assistência individual: nas falas estão presentes a satisfação com a obtenção de resultados gratificadores do trabalho, com o vínculo formado com as famílias, muitas vezes localizada nas situações de conquista individual: *renova-se o gás*. Uma consulta, um grupo ou uma visita bem feitos, o trabalho bem executado, o trabalho com adolescentes e gestantes, o trabalho educativo dos grupos, o trabalho realizado em equipe, com os agentes comunitários, a resolução de problemas, o retorno enfim - seja ele expresso diretamente pela avaliação dos resultados do trabalho, seja pela gratidão expressa pelos pacientes, seja pelo valor a população dá ao trabalho - são motivo de felicidade, compensação, fortalecimento, realização e prazer, conferindo *força pra quando eu ficar triste, vendo famílias com muitas carências, é a resposta que eu tenho do trabalho e porque eu gosto do que eu faço* (E2)... *nem tudo está perdido...* (E15) *no programa o enfermeiro é valorizado, isso não acontece no hospital* (E10).

Eu costumo falar assim: eu chego em casa muito cansada,

mas eu fico feliz de ter conseguido desenvolver bem meu papel. Uma consulta de enfermagem bem feita, uma visita, em que você vê resultado a criança ganha peso, você fazer um pré-natal e a criança nasce bem. Isso eu me sinto super compensada de estar conseguindo resolver os problemas, pelo menos de saúde eu tenho tentado resolver. (E1)

(...) especificamente eu me sinto fortalecida, me sinto reconhecida, eu me sinto bem, com a consulta de pré-natal, com a consulta de enfermagem porque ali eu faço, eu me sinto aquela mulher, porque que eu sou enfermeira, porque minha consulta é diferente, porque que ela vale a pena, é porque eu sou enfermeira e enfermeira faz assim, fico feliz na consulta de puericultura, no grupo educativo de pré-natal assim eu me sinto realizada, aquelas vds de saúde mental eu chego com medo, mas eu saio feliz, mas assim aquela vd, aquele hipertenso descontrolado, aquele diabético, chega e você vê o resultado, então ali eu fico feliz eu me sinto realizada, eu sinto que vale a pena, então quando eu consigo fazer as coisas de enfermagem efetivamente me dão muito prazer, e como a gente faz isso com muita frequência para enfrentar toda essa rotina é isso que vai. renovando o meu gás.(E5)

Acho que grupo, consultas com gestantes, pediatria, pelo vínculo que você vai formando com as pessoas, acabam acreditando mais no seu trabalho (E9).

(...) você vê aquela criança crescendo bem, você vê que a mãe faz esse vínculo com você e fortalece e quando ela tem algum problema é em você que ela vem. Isso fortalece a gente né, não só na mãe, mas em todas as pessoas que fortalece, que procuram a gente quando precisam e vêm em você uma confiança, isso fortalece. (E8)

(...) eu acho que o prazer de tá vendo aos pouquinhos coisas que a gente consegue tá tendo bom resultado. Eu acho que isso é muito gostoso né, o paciente vem: olha meu filho engordou, ela não tá mais com anemia, eu acho que é o resultado do teu trabalho, isso que faz isso é que me faz feliz, me faz acreditar no que eu tô fazendo, e faz com que eu tenha força pra quando eu ficar triste, eu vejo famílias com muitas carências e eu tento arrumar estratégias para tentar ajudar, acho que é resposta que eu tenho do trabalho e porque eu gosto do que eu faço. (E2)

(...) essa semana a gente estava fazendo treinamento de tb,

todo mundo muito feliz com um paciente, que tem tuberculose, está curado aliás, quando fez tratamento supervisionado no domicílio não deu certo, é usuário de droga, catador de papelão, então ele nunca esperava o agente de saúde e a gente fez um acordo interno, quando ele ia fazer supervisionado na unidade na hora que ele chegasse, então ele vinha a hora que ele queria do dia, às vezes sem cartão de família, então ninguém pedia o cartão dele mas, pegava o prontuário, todo mundo sabia o número dele de cor, as auxiliares com a “carinha” das mais boas catavam ele davam o remédio ele ia embora, a face dele nesse período mudou, porque ele se sentia bem recebido aqui, porque era sem complicação pra ele, e ele teve cura, e foi uma coisa muito positiva, então essas coisas quando vão acontecendo são legais e a gente sente que valeu a pena.(E4)

Acho que o que traz mais fortalecimento, que gratificam mais, por exemplo, as atividades que você vê resultado que você sei lá vamos supor, algum grupo que você faz, mesmo que seja uma consulta, mas que você vê resultado que aquilo..., Que a tua atitude ajudou uma outra pessoa, uma família ou um grupo de pessoas eu acho isso me faz fortalecido, que isso me fortalece (...) eu e a agente fomos para ver um paciente que é considerado restrito, não é acamado e é um paciente que ele não é agradável, ele chora muito, às vezes ele reclama muito, então muitos profissionais até fogem de fazer essa visita para ele, e aí a gente falou vamos vê-lo né, e chamou, chamou ele, vai ver que ele estava dormindo, ou estava tomando banho e ouvimos uma voz e aí ele estava falando muito de longe, era na favela, em um barraco, e aí ele estava falando de longe, baixinho dentro do banheiro, e aí ele gritou, chamou a agente comunitária “vem aqui, por favor”, começou a chamar e quando a gente viu este homem estava caído no banheiro, fazia vinte e quatro horas mais ou menos que ele estava caído ele tinha tido não sei se foi um..., A gente não sabe ao certo o que ele teve, né e ele estava com uma diarreia há dias, então talvez ele teve uma fraqueza mesmo uma coisa que ele caiu ele era bem idoso né mais de setenta anos, ele morava sozinho, ele estava caído no banheiro fazia um dia que ele estava lá naquela mesma posição e quando a gente chegou lá e viu ele a gente ficou desesperada, depois chamamos ajuda e veio o bombeiro o samu e foi uma manhã inteira que a gente ficou lá, foi a segunda visita que a gente fez, até que chegou o bombeiro o acesso era muito difícil, a gente

conseguiu dar banho nele antes do bombeiro chegar, tirar ele do chão, o bombeiro ajudou depois a levar para a cama e ai depois desse dia eu fui para a minha casa mais tranqüila eu percebi que a gente ajudou alguém, acho que se a gente não tivesse passado lá acho que esse homem tivesse ficado mais algumas horas lá, ele poderia ter até morrido, então são coisas que a gente ajuda e a gente se sente útil e a pessoa reconhece, até hoje ele agradece muito a gente vai lá ver ele, acho que são essas coisas assim.(E13)

(...) uma das coisas que me fortalece são os pacientes, apesar de ter pacientes difíceis, mas também tem pacientes bons que vem agradecer tudo o que a gente fez por eles, pela mãe deles. São coisas que a gente pensa né, nem tudo está perdido. (E15)

O que mais me fortalece é o atendimento individual é onde eu aprendo mais, por que aqui eu vi um monte de coisas. (E6)

Fortalecimento... Acho que é o reconhecimento da população. (E7)

fortalecimento ... acho que esse envolvimento com a comunidade, essa busca de caminhos, soluções, esse retorno da comunidade, nós temos um retorno uma valorização da comunidade. Dentro do programa você sente que o enfermeiro é valorizado, isso não acontece em hospital. (E10)

Todas as atividades me trazem fortalecimento, desde que a gente faça e traga um resultado bom, vamos supor, tem um paciente está acamado, está precisando fazer um curativo e você vê que o paciente ficou bem e isso também é pra nós, pois significa que o seu trabalho foi bem executado... mas o grupo é muito bom, pois você explica, passa conhecimento. O planejamento familiar, eu gosto de fazer, o trabalho com adolescente na escola também é bom, apesar de você vê muita adolescente grávida, com DST, quando você é correspondido é uma satisfação. (E11)

Fortalecimento...; Eu acho que é o trabalho com adolescente.(...) Porque eu acho que é um processo que ele está passando, de adolescência, acho que é um momento importante da vida dele, se tiver alguém do lado eu acho que pode ser um indivíduo diferente, ele pode criar coisas

diferentes na vida dele, e daí com isso a gente pode sanar um monte de problema, né ele pode se tornar um adulto saudável, ele não vai tornar um marginal, ela não vai ter gravidez tão cedo, ela vai poder planejar a vida dela, então eu acho que sem duvida nenhuma, eu acho que eu gosto muito mais assim, eu gosto muito de trabalhar com adolescente por causa dessas questões, aí eu também gosto de atender a grávida adoro porque, (...) mas assim eu tenho muita satisfação de atender a gestante eu gosto muito é uma coisa que eu gosto muito é ser enfermeira obstétrica, então eu sou apaixonada adoro grávida, gosto, acho que assim nesse momento o que está me dando muita satisfação é trabalhar com adolescente, eu quero que ele esteja, eu quero ver meus adolescentes bem, saudáveis, sabe...; Ter projeto de vida, e eu acho que se a gente conseguir alguma coisinha com isso talvez no futuro a gente consiga diminuir essa questão de doenças mental, essas coisas psicossomáticas, sabe tudo isso.(E12)

Fortalecimento acho que o grupo educativo, acho que o trabalho em equipe é ensinar acho que é pra isso que eu estou na consulta de enfermagem, então tudo que eu faço que considero ser parte da enfermagem. Acho que isso não pode faltar, o trabalho em equipe fortalece muito, porque você pode dividir as coisas, e que muitas vezes você chora, muitas vezes você sorri, muitas vezes você fica bravo, muitas vezes você estressa, tem hora que você percebe que algo de bom aconteceu, e que você conta para os seus colegas, e eles falam que bacana isso, ou do contrario contar _ necessidade que o trabalho não esta contemplando, que isso é fundamental.(E14)

fortalecimento... Os agentes comunitários que confiamos, o respaldo que as pessoas tem aqui, acho que o respaldo pelo trabalho aqui dentro isso é uma das coisas que me fortalece, os pacientes, apesar de ter pacientes difíceis, mas também tem pacientes bons que vem agradecer tudo o que a gente fez por eles, pela mãe deles. São coisas que a gente pensa né, nem tudo está perdido. Acho que é mais uma questão de tempo, o trabalho que a gente tem com os outros membros nem precisa ser da equipe, a gente senta, conversa. E acho que o trabalho assim não é gostar ou deixar de gostar, eu acho que se não gostasse nem aceitasse não estaria fazendo mais o que faço, acho, em alguns momentos você começa a pensar na sua vida, o que estou fazendo aqui, quando você não está tão fortalecido isso acontece, eu também não imaginava um dia pensar

isso, já tinha saído de outro lugar, tinha oportunidade de trabalhar em outro lugar, mas de um ano pra cá é que esse fortalecimento foi se desgastando. E acho que quando você começa a buscar outras alternativas, você começa a ter outras perspectivas, é que você não está tão bem onde você está. Acho que é um pouco isso, vou ficar o resto da minha vida aqui, não sei, mas espero que não.(E15)

6.6.2 Fora (mas também dentro) da UBS, na alegria e na tristeza, o serviço pega de um jeito, um show de fortalecimento

Mas não é só o atendimento bem feito, o ganho de peso, diabéticos e hipertensos controlados, o resultado positivo de um pré-natal, a felicidade em enfrentar uma visita domiciliária que atemorizava, o vínculo que aproxima e que denota a confiança do paciente, a cura de um doente, a constatação de que a ajuda foi eficaz e a gratidão dos pacientes que carregam em si potenciais de fortalecimento. Como se verá a seguir, numa outra direção, eles estão presentes na possibilidade de avaliar criticamente os limites e possibilidades do trabalho, seja nos espaços formais, nas reuniões de equipe, seja com um *colega pra discutir problema, dividir trabalho* (E1), seja nos momentos de máxima informalidade, *na casa do outro, sentado na cama, no chão, na mesa da cozinha, fazendo terapia* (E5).

E o fortalecimento se expressa, mesmo quando se constata que *falta a gente pensar mais coletivamente, a gente está atendendo muito individualmente, (...) ter outros instrumentos pra avaliar o nosso programa, (...) está muito em cima de números, não temos como avaliar nossa qualidade (...)tem que ter a prefeitura mais presente, mais aberta nas decisões. (...) estão impondo muitas metas, mas primeiro eles têm que ter gente capacitada pra trabalhar. Faltam alguns treinamentos pra gente, não só para os enfermeiros, mas para os profissionais em geral, treinamento técnico, mas também que incentive, que mostre porque nós estamos trabalhando desse jeito, porque nós estamos fazendo isso* (E3).

Me traz fortalecimento quando a gente senta em reunião e todo mundo discute, uma pessoa falando, dando opinião, ou pra programar ou pra avaliar uma coisa que já passou. Eu acho que é muito mais produtivo quando você sente que as pessoas estão

envolvidas, estão acreditando naquilo que nós vamos fazer e que as pessoas se dispõem a discutir o assunto (...) Falta a gente pensar mais coletivamente, a gente está atendendo muito individualmente, acho que falta a gente ter outros instrumentos pra avaliar o nosso programa, a gente está muito em cima de números, não temos como avaliar nossa qualidade. E acho que tem que ter a prefeitura mais presente, mais aberta nas decisões. Eles [a supervisão] estão impondo muitas metas, mas primeiro eles têm que ter gente capacitada pra trabalhar. Faltam alguns treinamentos pra gente, não só para os enfermeiros, mas para os profissionais em geral, treinamento técnico, mas também que incentive, que mostre porque nós estamos trabalhando desse jeito, porque nós estamos fazendo isso. Tem muita gente nova aqui que está correndo atrás de mapa, de fazer dez visitas no dia e eles não estão sabendo a importância de uma visita domiciliária pro agente comunitário. (E3)

(...) tanto o ACD quanto o odontólogo são figuras que fazem parte da família, então muitas vezes ele faz o maior esforço para estar lá àquela uma hora e meia, duas horas ele é fundamental parece àquela coisa de na alegria na tristeza na saúde e na doença, ainda quando o sangue começa a esquentar de algumas figuras de algumas personalidades ele olha assim, opa, opa, opa, vamos lá, a reunião sempre tem comidinha, sempre tem chazinho, cafezinho, suquinho, bolinho porque tem hora que tem que encher a boca, fazer uma terapia de vamos encher a boca com uma comida esperar terminar a fala, terminar o assunto. (...) na casa do outro [agente comunitário] tá todo mundo sentado ali, sentado no chão, na cama, ou na mesa da cozinha e o serviço pega de um jeito que assim as melhores reuniões de equipe que eu participei foram reuniões fora da estrutura física da UBS foram reuniões de altíssima qualidade, e o odontólogo foram, a psicóloga foi, então assim todo mundo se movimentou e foi show nota dez (...) tem uma terça-feira no mês a cada dois ou três meses que a gente faz um momento terapêutico da equipe, uma parte da reunião a gente fala de massagem, ou a gente fala de uma musica, a gente fala de alguma coisa de saúde mental para a equipe, porque se for ficar esperando alguém fazer para a gente não vai acontecer porque todos estamos com calça curta, a gente fica com as pernas presas dentro do serviço então se eu não fizer,

um dia a gente perde o rumo, então a gente institucionalizou isso na equipe cada três meses, eu vou e o que a gente vai fazer esse mês, às vezes a gente faz a reunião na casa de um agente comunitário, na casa do outro, só de sair do ambiente já é um negocio show (...) (E5)

Outra coisa que também fortalece o trabalho é você ter um colega pra discutir problema, pra dividir trabalho, é ruim quando cada um cuida de sua própria função e não olha para o lado. Porque é ótimo quando se tem um bom relacionamento no ambiente de trabalho. E uma coisa que fortalece também, é uma direção aberta, você pode chegar aqui a hora que for, que evita dar trela pra fofquinhas, que passa as coisas a limpo, que senta e discute (E1)

6.7 O desgaste

6.7.1 O território e o objeto de trabalho e suas ameaças: tristeza, sofrimento, cansaço, estresse

Cercados de dificuldades reconhecidas no objeto de intervenção, uma população com todo tipo de carência, como se viu no início deste capítulo, os entrevistados já anunciavam sinais de que os territórios adscritos pelo PSF integram potenciais de desgaste do trabalhador, impotentes diante da complexidade que implica trabalhar na periferia do tecido social.

Nesse sentido, em suas falas localizaram no território e no objeto de trabalho potenciais de desgaste que traduzem o insatisfação da população contra o serviço e que vão desde a pressão da alta demanda, insatisfeita se o trabalhador não dá conta de agilizar o atendimento, passando por destratos, xingos e insultos (E13), até ameaças de morte (E3). Nessas condições, os trabalhadores estressam-se, chegam à fadiga (*saio daqui muito, muito triste, assim descarregada, fico estressada, muito cansada* – E13), abalam-se (*isso me deixa muito mal e às vezes acaba com o meu dia, eu fico bem para baixo-* E13), ou chegam a evitar a situação, diante da gravidade da ameaça (E3).

(...) eu já fiquei muitas vezes sozinha atendendo eu e um médico, e aí você tem uma porta sei lá vinte, trinta pessoas

que você tem que atender, eu fico muito estressada, quando eu percebo que está passando o tempo, eu não estou conseguindo, as pessoas estão reclamando, porque é ruim, você coloca no lugar da pessoa (...) esperar, é ruim ter que ficar esperando duas ou três horas para ser atendido, mas para mim isso também é muito difícil e muitas vezes a pessoa descarrega o problema todo em cima de você como profissional, e aí é um dia que eu saio daqui muito, muito triste, assim descarregada, fico estressada, muito cansada. (E13)

(...) o paciente quer alguma coisa e no momento você não tem como dar, não tem como fazer o que ele quer naquele momento e ele acaba te destratando, te falando palavrões, te xingando mesmo, te insultando, e isso me deixa muito mal e às vezes acaba com o meu dia, eu fico bem para baixo principalmente quando acontecem ameaças, tem paciente que ameaça, ameaça que vai sei lá vai fazer reclamação, e isso para mim é algo que acaba com o meu dia mesmo, outras vezes quando tem muita gente para atender e você tem que atender correndo e aí as pessoas ficam reclamando porque é demorado, e às vezes tem pouco profissional na unidade e isso há algum tempo já vem acontecendo (...) (E13)

Na área 5, a gente tem uma área de mangue, que é divisa de Santo André, que é uma área de favela e a área 6 também, que tem um pouco de favela, mas também é uma área de risco que o pessoal não anda se não for da área. A gente não vai na área 5, por exemplo, que é um lugar assim, que forma uma favela, então ali só entra o pessoal da área. A gente teve uma situação no começo do ano, de ameaça pra médico, enfermeiro. Desde que eu estou aqui o pessoal não faz visita, evita de ficar indo lá por causa desses problemas. Eu não sei qual foi a situação em si, sei que foram ameaçados de morte e essas coisas... (E3)

Ainda no que se refere à relação com o objeto do trabalho, os enfermeiros relatam que problemas de alta complexidade trazidos pelos pacientes, como os da saúde mental - bem como o contato direto com o sofrimento e as carências da população, a população que não adere ao tratamento ou que encaminha suas reclamações sobre este ou aquele

profissional - integram pesadas cargas psíquicas: *sofrimento com as carências, a necessidade dos outros e com as pessoas que não aderem, isso é desgastante, sufoca* – E2, *às vezes a pessoa faz reclamação na ouvidoria ou com a própria gerente, e isso abala a equipe, o estresse não é só da pessoa a gente como é da equipe acaba incorporando* – E13.

O reduzido número de profissionais especializados no atendimento dos transtornos mentais diante do despreparo do enfermeiro para atuar nesses casos configura-se com um fator específico de desgaste, como se vê nos depoimentos a seguir (*saúde mental é muito difícil* – E8, *alguns casos engolem a gente, deixam a gente louca, rasgando dinheiro* – E5).

(...) quarta-feira de manhã eu tenho visita domiciliar de novo, porém das oito às nove horas a gente tem tido um encontro com a psicóloga (...) E é aberto a todas as equipes. A reunião é feita com todos, todos que têm casos, discutem os casos na reunião com a psicóloga, tá? (...) Então, a gente tem trazido alguns problemas de outras dificuldades, como problema de dificuldade escolar para a psicóloga (...) porque às vezes a gente não é capacitado para tanta coisa (...) Por exemplo, um atendimento para adolescente eu acho que é mais difícil e precisa de um preparo maior. Esse atendimento álcool e drogas, eu acho bem difícil, saúde mental é muito difícil (...) As outras coisas que são mais básicas da unidade, da unidade básica mesmo (,,) noo geral vai bem, agora essas em especial eu acredito que não só eu, mas muita gente tem uma grande dificuldade de estar atendendo.(E8)

Na segunda terça-feira do mês é reunião com a saúde mental, as reuniões são um pouco mais quietas porque são reuniões que a gente não consegue discutir a rotina porque alguns casos da saúde mental engolem a gente, reabilitação nem tanto, mas os de saúde mental deixam a gente louca assim rasgando dinheiro. (E5)

(...) o sofrimento com as carências, com a necessidade dos outros e o sofrimento também, com as pessoas que não aderem, que você marca uma consulta, monta uma estratégia toda pra o paciente, e o paciente não adere nada do que você tá falando, isso é desgastante. (...). Acho que é essa demanda que sufoca. (E2)

Deixa eu pensar se tem mais [desgaste] (...) Quando tem problema, por exemplo, com algum profissional da equipe eu acho que é chato, é uma situação bem difícil, por exemplo, alguma reclamação de agente comunitário, que às vezes gera conflito dentro da unidade, às vezes a pessoa faz reclamação (...) na ouvidoria ou com a própria gerente, e isso acho que abala também a equipe, fala pra gente, que sei lá a gente resolve isso, sei lá eu não levo isso adiante, eu não acho que o estresse não é só da pessoa a gente como é da equipe acaba incorporando a equipe também. (E13)

No que se refere ainda à relação com o objeto do trabalho, nossos entrevistados relatam situações de extrema exposição ao desgaste traduzida no depoimento a seguir em que se relata a necessidade de ação de um enfermeiro diante de uma situação de tentativa de suicídio, em que foi preciso tratar diretamente com o *gerente do tráfico*, para superar o problema enfrentado.

Acontece dos pacientes de saúde mental tentarem suicídio e eu ter que descer correndo para o buracão e articular com o gerente do tráfico para tentar convencer a moça a não se jogar de cima do alto do barraco porque ela acha que os manos vão matá-la porque ela acha que a expressão facial dela é feia, ela tem a cara fechada e eu tenho que convencer ela que ela não deve nada que ela é uma menina do bem, e o gerente diz para ela estar ao meu lado, que todo e qualquer acerto (...) feito dentro do núcleo da comunidade ele tem que autorizar, portanto ele não vai autorizar ninguém “queimá-la”, então que ela pode ficar segura ele me chama de [apelido da enfermeira], e uns chamam pelo monossílabo do seu nome como uma coisa corriqueira e comum, de [apelido da enfermeira], [nome da enfermeira], a doutora, (...), e eu chamo como um prestador de serviço que trabalha em comum acordo conosco ali. (...) olha a gente faz, a gente atende saúde mental com toda a propriedade que a saúde mental tem, sem ter a segurança o respaldo, sem ter o conhecimento bibliográfico que a moçada da saúde mental tem, você faz com segurança, você segura bronca de paciente que está agressivo. (E5)

6.7.2 Os meios e os instrumentos de trabalho: da planta física inadequada à insuficiência de recursos e ao modelo assistencial

Além de lidar com situações de sofrimento da população diariamente, os trabalhadores também têm que lidar com situações de precariedade extrema em que a falta de materiais básicos para o trabalho diário – que vão da falta de um formulário até a falta de material para curativo e de equipamentos mais sofisticados - e mesmo a planta física inadequada representam transtorno no trabalho.

Perda de concentração diante da responsabilidade de dar conta das situações num ambiente onde é difícil até ouvir o que o outro solicita, impotência muitas vezes superada em peregrinações em busca de oferecer serviço de qualidade e atendendo a demanda externa de quantidade trazem sofrimento, desgaste físico e sentimento de impotência: *a gente sofre por causa de barulho* (E11), *essa inda e vinda, esse desgaste, essa peregrinação, isso me desgasta* (E5).

(...) Em primeiro lugar, eu acho que aqui a gente sofre muito com o negócio da planta física, por que é um espaço que é alugado, foi planejada muito rápida, a gente sofre por causa de barulho, quando o local está cheio você tem que fazer um grande esforço pra ouvir o paciente, ouvir os colegas, pra se concentrar. (E11)

Então essa inda e vinda, esse desgaste, essa peregrinação entre os colegas, que também falta, a gente fica assim: “Você tem lâmina? Você tem aquilo? Vamos trocar? Pode emprestar?”, já virou utopia, e falar me dá tal coisa parece tão grosseiro e existem pessoas responsáveis e gabaritadas para manter isso e eu não posso perder o pouco tempo que eu poderia estar me educando, eu vou com o meu carro, com meu combustível, peregrinando entre as unidades e isso desgasta. (E5)

falta de material, muitas vezes, a má situação, às vezes falta de formulário, caneta, toner de impressora de xerox, até falta de equipo, falta de material de curativo, falta de gaze, equipamento de eletro que quebra e é muito sensível,

e às vezes não suporta a nossa demanda, é autoclave que quebra e a gente tem que sair esterilizando de todo mundo e a nossa vai quebrar também, e aí muitas vezes isso também é uma situação que nos estressa porque você não consegue, a gente tem uma grande preocupação na qualidade do serviço e você vê lá fora a necessidade de quantidade de serviço. (E5)

(...) o SAMU não vinha, tentamos o carro da saúde mental o motorista tava de folga, tentamos a ambulância do Guairacá tava sem ambulância nesse dia, tentamos do Sapopemba tava com vários horários marcados, eu tentei da Vila Prudente aí a ambulância veio era 5h15min, com o radiador furado (...) não tinha mais funcionários esse horário, conseguimos levar o paciente graças a Deus ainda tava sedada chegamos no IVA fomos mal tratados, a auxiliar de enfermagem do hospital IVA falou: como que vocês trouxeram essa coisa aqui né, aí a médica foi conversar com o diretor clínico, [a médica] disse que isso não se faz com ninguém, que foi super difícil, três dias de estratégia só pra essa paciente, a auxiliar de enfermagem falou também que como que tem um programa de saúde da família e a paciente tava naquela situação, qual o estado da paciente? Tava com mais ou menos 10 centímetros de diâmetro perfurado o couro cabeludo com miíase na calota craniana paciente com odor fétido (...) mal queriam encostar nela sair de lá era 5h30min que a diretora [do posto] foi buscar a gente, tive que ir correndo, fui pra minha casa. Essa foi minha semana passada. (E2)

Mais doloroso é ainda enfrentar a insuficiência de recursos próprios, diante da descoberta de que *aquilo que você aprendeu na faculdade não serve lá pra muita coisa, porque não adianta você ficar se matando de orientar aquilo que você se aprendeu que não é a lógica daquela pessoa, as readaptações são difíceis, quando esbarra nos recursos, nos planos de governo, de recursos, é difícil, é dolorido.*

Quando a gente esbarra nas impotências, quando você esbarra nas impotências além das suas próprias, das nossas impotências pessoais, as de serviço, de recurso, quando você quer fazer um trabalho e você esbarra no fulano que não tem o que comer, você tem que refazer todo o seu planejamento e mudar e você descobre que aquilo que você aprendeu na faculdade não serve lá pra muita coisa,

porque não adianta você ficar se matando de orientar aquilo que você se aprendeu que não é a lógica daquela pessoa, as readaptações são difíceis, quando esbarra nos recursos, nos planos de governo, de recursos, é difícil, é dolorido. (E4)

[desgaste...](...) a gente sabe que tem a questão de recursos e não dá pra fazer tudo da forma que a gente quer, às vezes a gente tira do bolso, uma ou duas vezes, mas depois a gente acaba não fazendo mais isso, o que acaba atrapalhando esse desenvolvimento do trabalho.(E15)

Pode-se verificar, finalmente, que o modelo assistencial pautado em metas, traduzido como instrumento de cobrança para descrever a produção de trabalho, também constitui carga considerável, especialmente representada pelo trajeto que têm que realizar e pelo destino que se dá aos resultados alcançados: *eu amasso barro, mastigo, regurgito, e fica pronto o mapa no nome de uma figura e parece que eu não faço nada... o que me desgasta é que muitas vezes o trabalho da gente não é valorizado precisam de números, precisam de cotas, precisam de metas, e isso atravanca o dia a dia, isso desgasta* (E8), *você tem aquele tempo reduzido, é obrigado a mostrar produção, aquela cobrança em cima de você* (E5).

Assim, a cobrança em cima da produção ou de levantamentos de dados solicitados em geral pela supervisão de saúde e que não retornam para os profissionais como subsídio para o trabalho são fatores de desgaste para os enfermeiros do PSF, desvalorizados pelo que isso pode significar de desconsideração em relação ao trabalho em si..

(...) primeiro eles [a supervisão de saúde] tem isso todo o mês, todo mês a diretora leva isso lá, segundo a produção eu entrego, terceiro eles tem que colocar alguma coisa no jornal hoje, então quer colocar e aí eu vou amasso barro, mastigo, regurgito, e fica pronto o mapa e fica pronto o mapa e no nome de uma figura e parece que eu não faço nada, então chega uma obrigação que tem que fazer aquilo em uma hora que assim eu tenho vontade de falar palavras de baixo calão, eu sou uma moça educada, falo assim olha a medida do possível vamos tentar (...) o que me desgasta é que muitas vezes o trabalho da gente não é valorizado

precisam de números, precisam de cotas, precisam de metas, e isso atravanca o dia a dia, isso desgasta e a gente deixa muitas vezes de fazer, por exemplo, eu saio para fazer VD fugida, fugida, largo meu carro aí e vou fazer á pé porque enquanto o meu carro esta aí eles acham que eu estou na unidade quando eu estou lá no meio da favela, feliz porque eu sei que vão me cobrar, não que eu estou fugindo do trabalho, mas porque é um trabalho que eu não acredito, é um levantamento de dados que eu não acredito que vá voltar em benefícios para essa comunidade, é um levantamento de dados que é benefício para um grupo x, para um período de campanha, isso que não vai retornar em benefícios para essa comunidade, então porque que eu vou deixar de fazer VD, eu vou deixar de atender (...) ((E5)

(...) quando você tem aquele tempo reduzido (...) é obrigado a mostrar produção, que você tem aquela cobrança em cima de você. Então isso desgasta muito. É onde gera o estresse, (...) onde gera o desgaste, (...). (E8)

6.7.3 A organização e a divisão do trabalho: estressam e nem permitem tomar café

Diante de um trabalho organizado para cumprir as metas, em que problemas inesperados representam demandas não previstas no modelo assistencial preconizado, em que relações de poder, relações pessoais e a pressão da população acentuam a racionalidade no trabalho e o caráter fragmentado e parcelar da divisão de tarefas, os enfermeiros entrevistados trazem à tona um conjunto extenso de situações em que afloram o *medo*, a sensação de que não vão *dar conta do recado, conflito e irritação* diante da diversidade com que os membros da equipe se vinculam ao trabalho, *frustração profissional*.

A exigência de produtividade e de registrar a produtividade, as *cobranças*, as *interrupções constantes* que atrapalham a continuidade de suas tarefas, as reuniões de equipe em que *borbulham o trabalho, as ansiedades, os problemas, as incompatibilidades*, a realização de atividades que não são atribuições da categoria, os diferentes graus de compromisso e, por vezes, a falta de integração entre as enfermeiras constituem motivo de estresse, angústia e irritação. A intensificação do trabalho e a racionalização do trabalho são de tal monta que às vezes, *falta tempo para ir ao banheiro, tomar um café*.

Desgaste... os levantamentos sem nenhum benefício para a comunidade porque não sou uma máquina, os papéis são os papéis, o que precisa é ter educação em saúde, às vezes eles precisam muito mais do que aquilo que está posto ali naquele papel, e essas reuniões, mas a gente tem que ir lá só olhar, não pode nem falar, porque (...) só tem rebelde e chega reclamação, porque ele fala na reunião (E5)

Desgaste... Eu acho que quando existe uma cobrança muito pesada, por parte da supervisão ou da gerência, (...) a nossa gerente ela não é uma pessoa que cobra a gente de uma maneira impositiva, (...) ela é muito tranquila, ela sempre pede da melhor maneira possível o que ela precisa, mas às vezes ela é cobrada dos superiores dela e ela tem que cobrar a gente, exatamente como ela foi cobrada ela tem que cobrar também, e aí algumas dessas cobranças que a gente olha e vê que não vai conseguir, ou fica com medo de não conseguir fazer (...) Isso me estressa muito é algo que eu acho que eu não vou conseguir dar conta, sei lá alguma coisa que eu acho que não é objetiva (E13)

desgastante? É você estar sempre sendo interrompido, você começa a fazer algo e vem alguém e bate na porta, às vezes, falta tempo para ir ao banheiro, tomar um café (E10).

(...) efetivamente a reunião de equipe é um fator de stress, porque tem posturas, tem dilemas, tem personalidades difíceis de lidar dentro de um grupo de trabalho, é um grande momento onde você junta a equipe e fecha a porta, amam-se ou odeiam-se, mas você tem que fazer borbulhar o trabalho, as ansiedades, os problemas, nem todo dia você está com aquela energia (...) (E5)

Acontece muito, acho que a gente acaba fazendo isso, até mesmo no acolhimento de manhã eu tô de um lado e ele de outro aí eu falo é uma amidalite eu passei tal coisa ela já carimba e pronto. Isso é uma coisa que me angustia muito por conta que a gente não acaba fazendo o papel do enfermeiro né, que é muito maior do que tudo isso que é muito mais bonito, isso traz uma frustração profissional, principalmente quando você está lá estudando aí você

[fala] puxa vida isso é enfermeiro, é isso que eu tenho que fazer, mas seu dia-a-dia não acaba permitindo esse tipo de coisa.(E14)

(...) é que eu queria que as pessoas entendessem que elas têm as obrigações delas e que elas têm que fazer aquilo. Por que é o trabalho delas, se não, tem que arrumar as trouxas e ir embora, por que não tem lugar. E acho que é isso, porque quando você trabalha em equipe, pessoas são diferentes, têm formações diferentes, acho que isso gera um pouco de desgaste, mas eu acho que é normal, isso gera um pouco de desgaste, mas é normal, vai acontecer seja no PSF, ou seja em outro emprego, em todo lugar tem incompatibilidades, são pessoas diferentes trabalhando juntos, que um tem um objetivo, o outro tem outro e isso acaba gerando conflitos. Mas para mim, o que gera mais desgaste é isso, dizer que as pessoas têm que fazer a coisa certa, do jeito que tem de ser feitas e tem gente que faz de qualquer jeito, isso é o que mais me deixa irritada. (E15)

Mas para mim, o que gera mais desgaste é isso, dizer o que as pessoas têm que fazer a coisa certa, do jeito que tem de ser feitas e tem gente que faz de qualquer jeito, isso é o que mais me deixa irritada (E15)

(...) Uma coisa que desgasta muito é o problema entre enfermeiros. Quando você não consegue ter uma mesma linguagem com o médico de equipe, e quando não tem envolvimento das pessoas, porque, como eu falei o grupo não é meu, o grupo é da equipe e quando não tem envolvimento se torna desgastante (...) (E3)

São essas queixas que a gente acaba escutando, quando você está trabalhando. São queixas que não são construtivas. O que me incomoda é o não-diálogo, o que me magoa são comentários na frente de pessoas que não tem nada a ver, já aconteceu várias vezes, já tivemos várias reuniões. (...) acho que a gente tem tudo, que não falta nada, acho que uma melhor integração, quando eu entrei no PSF minha dificuldade era trabalhar com os médicos, hoje eu vejo que não é. Não tenho problemas na minha equipe, quando sou só eu de enfermeira. Tenho mais dificuldades com as enfermeiras. (E7)

6.7.4 A enfermagem, as enfermeiras, os recursos da rede e o trabalho em si

Os enfermeiros se desesperam para dar conta da demanda e chamam a atenção para a necessidade de *impor limites: horário de saída, horário de almoço* (E4); sentem-se *impotentes* (E1) diante da realidade perversa das pessoas atendidas, chegando mesmo a trazer *alguma coisa do meu filho* (E1). O acolhimento é desgastante uma vez que a demanda é grande e os usuários querem ver seu problema resolvido rapidamente. O fruto do trabalho é limitado, *em um local que tem PSF há oito anos ter criança com verme pelo nariz* (E5). O trabalho é pesado e quando está *faltando um, que fica sem médico, atrapalha a vida de todo mundo*.(E4). Ademais tem que se *supervisionar todo mundo* (E6) e quando se precisa de *contra referência, você não tem uma resposta* (E2), *desgasta porque a gente não tem pra onde encaminhar* (E16).

Desgaste... Eu acho que o acolhimento não o acolhimento em si de acolher, de receber, mas acho que o atendimento clínico, pra gente (...), porque não é o seu papel, não é que você não sabe fazer, não é isso, que bom que a gente sabe fazer o exame clínico e tudo mais. Mas assim você tem essa responsabilidade, e muitas vezes os quadros clínicos são mais desgastantes. Atender essa demanda aí na verdade é nossa, mas na verdade não é nossa. Então é meio complicado às vezes ou chego cedo aqui na verdade, no dia que a demanda está maior, aí eu falo aí meu Deus, será que eu vou agüentar dar conta das outras coisas. Então é logo de manhã já chega e já dá de cara com a Unidade cheia, (...) de pessoas que têm que passar, com aquele desespero, e fila, aí você tem que dar conta de toda aquela demanda antes de começar seu atendimento, então é o que mais desgasta. (E14)

Às vezes eu me sinto impotente assim. Eu queria ajudar, mas é uma coisa que independe de mim (...). Na UBS a gente tenta fazer tudo certinho e foge do nosso controle, (...). Às vezes eu trago alguma coisa do meu filho, mas eu tento falar que não fui eu, eu tento não deixar assim. Eu não quero esse vínculo de dependência tanto minha quanto dele (...) (E1).

Desse acolhimento eu não gosto, eu acho desgastante, por que você ouve a queixa do paciente, orienta, agenda

consulta e nem sempre o paciente quer te escutar, ele quer passar com o médico e isso nem sempre é necessário. A população está muito mal-acostumada, ela sente uma dor e acha que tem que passar no médico, não quer saber que tem que marcar consulta, tem que ser preparada pra uma prevenção, ela quer resolver logo o problema dela e ir embora, então o acolhimento é desgastante... (E11)

Há muita demanda e os agentes solicitam muito o tempo todo te sufocam, às vezes eu não consigo fazer horário de almoço, mas isso eu preciso me policiar, eu não consigo me policiar, eu tenho que impor limites: horário de saída, horário de almoço, eu tenho que por limites pra mim. Eu sei que tenho que melhorar isso; então: É não conseguir sair no horário certo, não conseguir almoçar no horário certo e tentar atender a demanda dos agentes, dos pacientes, dos auxiliares, acho que isso desgasta demais, (...) tava cansada muito cansada, brava, brava com o médico, as pessoas estavam doente e a gente não dava conta do atendimento e quando está faltando um que fica sem médico atrapalha a vida de todo mundo fica muito complicado todo mundo reclama não tem resposta, é difícil. (E4)

Sabe assim, eu fico muito chateada, será que eu não estou fazendo bem o meu trabalho, será que eu estou conseguindo orientar, mas depende muito do outro, da família de estar junto orientado, né. É muitos casos de idosos abandonados, ninguém cuida. Então, isso me choca, me deixa bem mal de eu não conseguir atuar. (E1)

Eu acho que, um pouco, a gente trabalha tanto e os números não traduzem aquilo que você esperaria. Eu acho que está tendo uma mudança pra melhoria, mas se for pensar assim, cinco anos de trabalho já se passaram que eu estou aqui, eu acho que a gente espera sempre mais do que tem acontecido. Então eu acho que nossas atividades têm atendido parcialmente [a população]. O acolhimento, chega o inverno, lota tudo de novo, mas é sempre assim, melhora, lota tudo de novo (E3)

Desgaste ... Supervisionar todo mundo, por que eu sei que quando for olhar não é tudo aquilo, eu trabalhei em um pronto socorro, então eu sei o que é uma emergência (E6)

(...) em pleno ano de dois mil e seis uma criança de quatro anos soltar um verme pelo nariz, em uma comunidade atendida por PSF há oito anos não é isso que me estressa apesar de não ser mais passível, não ser compreensível a alguém entender em um local que tem PSF há oito anos ter criança com verme pelo nariz, a comunidade inteira sem água filtrada porque não conseguiu introjetar um filtro de barro. (E5)

se for preciso de uma contra referência e você não ter uma resposta, você consegue fazer um trabalho bom aí quando você solicita um outro órgão, um assistente social, zoonoses, uma contra referência de especialistas, um SAMU e você não consegue né, então eu acho que eu me sinto impotente pra tentar conseguir essas articulações, mas eu acho que é uma questão da rede (E2)

Só saúde mental, porque eu detesto. Desgasta porque a gente não tem pra onde encaminhar (E16)

Desgaste... A saúde mental que deixa muito a desejar. No restante a gente dá conta. (...) Tem uma psicóloga que vem a cada quinze dias, mas não resolve nada, só os casos mais graves que ela consegue alguma coisa (...) Só saúde mental, porque eu detesto. Desgasta porque a gente não tem pra onde encaminhar. (E9)

6.7.5 O desgaste concretizado no corpo bio-psíquico

O desgaste se concretiza em muito cansaço físico e mental, levando os enfermeiros a querer apenas *ir para casa e não fazer mais nada* (E7) e a acumular problemas de saúde variados com *alguma parte do corpo pagando o pato* (E4): hipertensão, alergias, dores de estômago. O *cansaço de você fazer, fazer, fazer e as coisas sempre estarem lá do mesmo jeito* (E1) leva a dormir no volante (E14) e a acidentes de carro.

(...) sou hipertensa. De um tempo pra cá, fiquei hipertensa, mas eu tive problemas particulares, problema de perda, foi juntando com o stress do dia-a-dia e acabei me tornando hipertensa.(E11)

Já tive situações agudas, já sofri acidente de trabalho, já

caí, já fraturei ossos no pé em visita domiciliar, fiquei três meses afastadas, já caí na escada da unidade (...), tem épocas que eu não consigo dormir, de tempos em tempos que eu percebo que eu tô mais agitada, aí eu dou uma parada, senão você adocece mesmo (...) Na outra unidade onde eu trabalhei, eu tive uma situação, uma alteração de pele, o médico olhava e me afastou 3 dias, aí passou. Na véspera de voltar, voltou tudo de novo, aí eu disse que tava melhorando e ele me deu mais 3 dias, uma sequência de 3 atestados de 3 dias, no terceiro atestado, eu parei e pensei, toda véspera de voltar a trabalhar, me volta a coceira e a pereba (...) Aí voltei a trabalhar, e eu pensando, não posso, tenho que trabalhar, tomei medicação, nada resolveu, era falar que eu ia trabalhar começava, eu tava passando uma situação de stress intensa, mas eu só fui fazer a ligação depois, mas eu fiquei muito temerosa, quando eu falei pra ele dessa situação, ele falou que era sério. Ele achou que eu estava com escarlatina. Então, eu passei uns dois dias trabalhando com essa situação, até que passou, mas eu fiquei muito temerosa, porque quando eu me dei conta que podia ser por stress, eu pensei “Vou fazer o quê?” (E5)

(...) tenho uma coisa importante pra dizer que um dia tava vindo pra unidade e eu dormi ao volante, e foi uma tragédia então bati no poste, em uma fase de muito estresse mesmo, foi no ano passado. (E14)

Às vezes você se sente é..., como vou dizer? (...) às vezes o cansaço de você fazer, fazer, fazer e as coisas sempre estarem lá do mesmo jeito, pressão social, cansaço. (E1)

Até então não tinha, mas eu tive alguns picos hipertensivos. (E6)

Fora estar gorda demais (...) alguém tinha que pagar o pato (...) Alguma parte do corpo sempre paga o pato... (E4)

(...) ultimamente depois de alguns problemas na unidade tô tendo dores de estômago constante tô tomando omeprazol, ranitidina, hidróxido de alumínio, quando eu fico nervosa o estômago dói, e além de doer o estômago me da enxaqueca que eu não tinha, eu nunca tive enxaqueca, ultimamente eu tô tendo enxaqueca, gastrite eu já tive em um momento da minha vida quando eu passei muito nervoso, depois melhorou e agora tá retornando, eu

nunca tive enxaqueca e comecei a ter. (...) A coluna é genético, agora a gastrite com certeza é psicossomático ou indisciplina minha de não me alimentar direito, também não é só enxaqueca com certeza é psicossomático. (E2)

(...) acho que eu precisava de um tempo, de passar por um outro momento, eu acho que agora eu estou num stress, num cansaço, precisando tirar férias, queria ter mais oportunidade para estudar (...) ultimamente a vontade é ir para casa é de não fazer mais nada. (E7)

(...) gosto de ver filmes, seriados, de ler jornal, livros mais isso tá muito difícil ultimamente, porque eu nunca consigo sair no horário, e meu filho sai muito tarde e vai dormir muito tarde, e eu vou fazer isso depois que meu filho vai dormir, aí eu fico bastante cansada, tem dia que eu fico tão irritada que na própria unidade, às vezes as pessoas percebem: (...) às vezes nem eu percebo que tô tão estressada por causa desse meu ritmo de vida (E2)

7 DISCUSSÃO

Este estudo mostra que a integração ao trabalho no PSF pelos enfermeiros entrevistados, para além da realização de um sonho nascido e alimentado desde a faculdade – localizado como motivação principal – desencadeia-se a partir de uma atração bastante forte pelo próprio processo de trabalho, atração esta localizada numa nova ordem, num novo ritmo, numa nova relação entre os trabalhadores, numa outra feição do objeto, o espaço privilegiado para *fazer diferente*.

O fato é que, à medida que os entrevistados prosseguem em sua descrição sobre o cotidiano de trabalho, esses atrativos vão sendo colocados em xeque: a realização do trabalho é quase sempre o resultado da tensão entre a realidade social e de saúde encontrada nos territórios e a imposição de metas que não dão conta dos problemas trazidos pela população adscrita. Nesse impasse, entre esparsas condições de fortalecimento, expõem-se a situações potencialmente desgastantes, em alguns casos concretizadas em desgaste psíquico e físico.

Sob essa tensão, diante de territórios que abrigam a exclusão social e todo o tipo de problemas por ela gerados, se produz uma organização e divisão do trabalho fundadas na produtividade, na cobrança repetida, na racionalização extrema – metas que *não se*

colocam em discussão – de tal forma que o trabalho em si se realiza sob a ameaça de um *rolo compressor*, limitando mesmo o cumprimento da rotina, num clima de intensificação do trabalho, persistindo a velha divisão técnica entre trabalho manual e intelectual.

O trabalho em equipe aparece apenas como uma forma de racionalizar e agilizar as tarefas assim como discute Peduzzi (2001), quando afirma que uma das possibilidades do trabalho em equipe é a de que a equipe se constitua como um *agrupamento de agentes* marcado pela *fragmentação* e pela *justaposição das ações*, sendo o médico - muitas vezes tratado de forma privilegiada - considerado o mais importante membro da equipe e a quem se destina o maior salário.

Explora-se a subjetividade do trabalhador, instaura-se a polivalência: os enfermeiros abraçam a causa do trabalho para além dos limites do serviço, tomando como referência um perfil idealizado para não falhar, para tudo solucionar, tudo realizar, indo além de seu *estoque de conhecimentos e habilidades*, fazendo um pouquinho de tudo, até papel de médico, muitas vezes, deixando de lado suas atribuições específicas. O diagnóstico diante dessa exigência para a multifuncionalidade é a de que precisam estudar mais.

Assim, o alto grau de envolvimento com o trabalho, caracterizado pela “entrega total”, faz com que os trabalhadores se sintam responsáveis pela população a tal ponto, tomando para si essa responsabilidade assim como mostrou Trapé (2005) em relação ao ACS e Guglielmi (2006) em relação aos médicos, o que sugere que esse é um problema dos trabalhadores do PSF e não só dos enfermeiros do PSF.

O estudo mostra, a partir do relato dos entrevistados, que os enfermeiros ainda não conseguiram se desvincular do modelo hegemônico médico-centrado e do atendimento individual - seja consulta agendada, seja demanda do dia - considerada um dos motivos de desgaste, e sua prática no PSF tem se mostrado pouco transformadora da realidade, melhorando o que se considera perfil epidemiológico da população, porém não transformando a realidade, já que, como refere Salum (2000-2001: 28), (...) *majoritariamente, as ações do PSF dirigem-se ao controle e recuperação das famílias dos grupos sociais que podem ameaçar a sociedade pela doença e pela revolta, famílias que representam risco social.*

E, como antevia a autora (Salum, 2000-2001:26), a enfermagem que vêm realizando

“(...) transita majoritariamente em torno de ações voltadas para a singularidade e orientadas hegemonicamente pela clínica e (...) o acolhimento - tomado de empréstimo de sua proposta original tal como encaminhado pelo Modelo em Defesa da Vida e *refuncionalizado* pelo *projeto focal de final de século* - vem ocupando parcela substancial do trabalho do enfermeiro e não parece ir além de um *pronto-atendimento humanizado*.”

Como se relatou, os auxiliares de enfermagem destinados a dedicar a maior parte do tempo realizando atividades direcionadas aos usuários da UBS, independente da área a que pertencem, não conseguem participar efetivamente da equipe e os enfermeiros mal conseguem supervisionar o seu trabalho. De fato, no que se refere ao trabalho do auxiliar de enfermagem no PSF, Shimizu, Dytz, Lima, Moura (2004) mostram *forte influência do modelo clínico de atenção*, relatando *que apesar de encontrarem facilidade na formação de vínculo com a clientela*, ressentem-se da *escassez de cursos de educação continuada*, *indefinição quanto as suas reais atribuições e falta de coordenação local*.

Os resultados indicam também que se, por um lado o agente comunitário de saúde é aquele a quem se atribui a parcela mais manual do trabalho, por outro - como num mecanismo de compensação já discutido por Trapé (2005) – é o que se reveste de um grau expressivo de poder, na medida em que sua proximidade com a população referida pode ser mecanismo para promover indisposições entre o serviço e os moradores, por exemplo, incentivando uma demanda que a unidade recrimina. Seguindo as considerações de Nunes, Trad, Almeida *et al.* (2002) existe uma relação de conflito e poder que se estabelece já que o ACS *passa a dividir e até mesmo disputar o lugar de prestígio na comunidade com outros membros da equipe*.

Estudo realizado em Pernambuco já havia constatado a necessidade de uma reorientação dos processos de formação desses trabalhadores, para que, melhor preparados, pudessem ser inseridos no cenário de sua atividade como sujeitos de ações transformadoras em sua prática de saúde, já que se sentem impotentes diante do quadro de vulnerabilidade da população assistida (Fontoura, Almeida, Marques, Prado, Portilho, 2004).

Nesse mesmo sentido, Trapé (2005) em dissertação que tomou como objeto a prática educativa do ACS, mostra que os ACSs não dominam o objeto de trabalho,

reproduzem a fala e o que foi planejado por outros integrantes da equipe e não conseguem transformar a realidade, sentindo-se *impotentes ao tomar para si a responsabilidade de atender a todas as demandas da comunidade*.

Ávila (2006) estudou as atividades realizadas, a interação do agente comunitário, as dificuldades enfrentadas e algumas características das relações do agente de saúde com os demais profissionais da equipe de saúde da família. Portadores de conhecimentos insuficientes e impotentes diante dos determinantes socioeconômicos, os ACSs são categorizados como porta de entrada e pau pra toda obra. Ainda, tal qual se relata neste estudo, problemas de supervisão do trabalho dos ACSs pela enfermeira foram apontados na dissertação apresentada por Silva (2002) à Escola Nacional de Saúde Pública, limitada pelo cumprimento de atividades burocráticas e pelo grande número de atividades sob sua responsabilidade.

A realidade estudada encontra, pois, sintonia com as considerações de Bujdoso, Trapé, Pereira, Soares (2007) que, ao analisar as tendências atuais da divisão de trabalho na enfermagem brasileira, reafirmam:

No processo de produção de saúde, a divisão social vem se expressando na relação entre a prática hegemônica - médica - e as demais práticas sociais. O trabalho médico é determinante e dominante do processo de trabalho em saúde sendo que a enfermagem contribui para a parte mais manual que por sua vez foi redividida cabendo ao enfermeiro “mais qualificado” o trabalho mais intelectual e aos auxiliares - “menos qualificados” - a parcela mais manual do trabalho. Por outro lado, as outras práticas sociais como a psicologia, a fonoaudiologia, a fisioterapia, entre outras, dividiram o trabalho intelectual com a prática médica. (...) Assim, ao médico destina-se maior poder e salário. O enfermeiro, com salário intermediário, executa o trabalho intelectual de comando do pessoal auxiliar, incluindo-se atualmente os agentes comunitários de saúde do PSF, precariamente remunerados, a quem se destina realizar atividades simplificadas e manuais.

Estudo recente, como o estudo de caso realizado em PSF de Juiz de Fora – MG por Friedrich, Pierantoni, (2006) reitera a existência de uma intensa divisão de trabalho, permeada de práticas de poder diversas, destacando ainda a existência de vínculos e remunerações diferenciadas para trabalhadores que compartilham o mesmo grau de responsabilidade.

Nessa direção, o que este trabalho apresenta encontra ainda respaldo no estudo realizado por Canesqui, Spinelli (2006), que estudaram o perfil sócio-demográfico e ocupacional do PSF em Mato Grosso, a partir de depoimentos de médicos e enfermeiros. As autoras mostram que *o elevado grau de implantação das consultas médicas não correspondeu ao de outras atividades*, embora o programa tenha contribuído *para ampliar o acesso aos serviços básicos*. Relatam dificuldades de toda ordem, entre aquelas relacionadas às *ações educativas, de promoção à saúde e a algumas ações preventivas, intersetoriais e com a sociedade civil*, mas também no *atendimento à saúde mental e do adolescente; na assistência nutricional de crianças e gestantes, bem como no controle da hanseníase e da tuberculose*. Da mesma forma, relatam dificuldades organizacionais, destacando o despreparo dos médicos e enfermeiros para conciliar o trabalho voltado para *as demandas por atenção básica e suas múltiplas atividades (assistenciais, educativas, preventivas, domiciliares e intersetoriais)*.

Assim é que as previsões de Salum (2000-2001) e Franco, Mehry (1999) se confirmam: adotam-se atividades verticalizadas e focalizadoras sem que se tome em consideração as necessidades específicas dos grupos de uma dada área de abrangência, propõe-se alcançar os resultados a partir de metas pré-definidas em instâncias centrais da Secretaria Municipal de Saúde, preconizam-se as intervenções padronizadas a serem desenvolvidas em qualquer lugar em que o programa esteja instaurado, o trabalho em equipe não se traduz em atenção integral voltada para a família, que dirá para o território como totalidade, um projeto que prevê no seu quadro *linhagens diferenciadas de técnicos* ao lado de uma *legião de trabalhadores precarizados*, arregimentados sob o discurso da solidariedade e a população continua procurando as unidades de PSF para atendimentos emergenciais, centrados no atendimento médico.

Do ponto de vista da Saúde Coletiva, os processos de trabalho deveriam ser disparados em função das necessidades diagnosticadas (Campos, 2004), porém o que se percebe é que, de um lado há que se cumprir o que estabelecem as planilhas e protocolos, de outro correr atrás da multidão de problemas não previstos no planejamento das ações.

Nesse sentido, estudos de casos realizados junto a unidades do PSF no Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia e Paraná aqui relatados, por essa ordem, vêm

apontando problemas na organização do trabalho e na satisfação das expectativas da população (Estellita, 2006), mas também na qualificação das equipes, bem como desconforto no que se refere ao padrão de remuneração diferenciado entre as diferentes categorias de trabalhadores (Estellita, 2006, Cotta, Schott, Azeredo, Franceschini, Priore, Dias, 2006, Capozzolo, 2002, Carvalho, 2005, Rodrigues, Assis, 2005, Almeida, 2003, Uchimura, Lang, 2005).

Constata-se persistência do trabalho centrado na assistência médica individual e biologizante, insuficiência na qualificação dos trabalhadores com risco de *simplificação da atenção* (Capozzolo, 2002), afora a inflexão da burocratização e da impessoalidade no desenvolvimento das ações, afunilamento no acesso e lacunas no atendimento (Carvalho, 2005).

Tal como na realidade aqui descrita, destaca-se a grande demanda reprimida como obstáculo ao processo de trabalho e a resolubilidade do programa (Rodrigues, Assis, 2005). Almeida (2003) ainda alude ainda que o atendimento individual e focalizado estaria impactando as reações negativas das famílias em relação ao programa. Nessa direção, Santos, Uchimura, Lang (2005) identificam *dissonâncias entre as proposições teóricas e o trabalho realizado pelo serviço*, bem como *contradições e dificuldades a serem superadas, para que, conforme propõem os documentos oficiais, seja efetivamente realizada a mudança do modelo assistencial*.

Estruturando o trabalho sob condições tão adversas, não seria de esperar que não ficassem os trabalhadores expostos ao desgaste, muito mais que ao fortalecimento. Assim sendo, se o fortalecimento se expressa na relação prazerosa e recompensatória com o objeto/finalidade do trabalho - quase sempre recortado na sua individualidade - e com o trabalho em si, também se faz presente nos momentos em que os enfermeiros se detêm diante da avaliação crítica dos limites e possibilidades do trabalho.

Mas, as situações de desgaste ou de exposição ao desgaste superam em muito os fragmentados momentos de fortalecimento.

Em 2000, Lacaz (2000) apontava os danos que poderiam advir sobre a saúde dos trabalhadores diante das transformações que vinham impactando o mundo do trabalho e que passavam a exigir *maior intensidade do ritmo, maior controle e conhecimento do*

trabalho; polivalência e criatividade; maior liberdade de ação, reconhecimento maior do trabalho e critérios rígidos de avaliação, aspectos que se fazem presentes no trabalho realizado no PSF.

Em seu trabalho, o autor reporta-se a resultados obtidos por Monteiro (1995) que avaliou a relação trabalho/saúde na gestão participativa – de certa maneira muito afim ao que se concebe como trabalho de equipe no PSF - e que mostraram *um quadro variado de queixas no qual prevalecem o mal-estar difuso, como dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir e cansaço que não melhora com o descanso*. Traz ainda as considerações de Heloani (1994) no sentido de que sob essa forma de gestão, *se exige além do trabalho, a afetividade e/ou até o inconsciente*. E, na longa citação que segue abaixo, em que se mencionam as palavras de ordem encontradas neste estudo - polivalência, produtividade, intensificação e reorganização do trabalho - recorrendo a Antunes (1995) e Monteiro (1995), o autor adverte:

“Do ponto de vista sanitário, essa realidade contraditória traz consigo um novo perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores. Além das doenças e acidentes associados à organização taylorista/fordista, hoje agrega-se a tendência de mudança deste perfil em que predominam doenças não reconhecidas como do trabalho, na medida que a organização (japonesa) do trabalho é o novo paradigma mundial e dele fazem parte a informática, a automação, a polivalência, a restrição hierárquica, o *enxugamento* do efetivo (*downsizing*), o desemprego etc. (Antunes, 1995). Se, de um lado, a reestruturação exige o surgimento de um trabalhador participativo, escolarizado e polivalente, esta polivalência é vivenciada de forma ambígua, ou seja, como aumento de responsabilidade, maior carga de trabalho e menor autonomia (Monteiro, 1995). (...) Em busca da meta *modernizar ou perecer*, fala-se em implemento da produtividade, a qual não se dá pelo aumento da produção por trabalhador, em consequência de mudanças tecnológicas, mas sim pela intensificação do trabalho reorganizado.” Lacaz (2000:157).

Já se havia mencionado em capítulo anterior os resultados obtidos por Camelo e Angerami (2004) que identificaram prevalência acentuada de estresse entre trabalhadores do PSF em Ribeirão Preto. Também aqui foram expostas as considerações de Bertoncini (2000), citado por Ribeiro, Pires, Blank, 2004, que avaliou entre profissionais de equipes

de saúde da família em Blumenau que as *condições de trabalho envolvidas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança e baixa auto-estima que dificultam as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.*

O trabalho de Lacaz (2000), o de Camelo e Angerami (2004) e o de Bertoncini (2000), mas vale aqui também relatar o trabalho muito recente de Guglielmi (2006) - que descreve a ocorrência de estresse, hipertensão e infarto em um dos médicos por ela entrevistados em sua tese de doutorado - são, portanto, referências importantes para se compreender e, ao mesmo tempo, reafirmar a presença de potenciais de desgaste e de desgaste articulados ao trabalho realizado pelos enfermeiros no PSF e que permeiam todos os momentos do processo de trabalho, seja diante:

- da precariedade dos **territórios** adscritos pelo PSF, representados pelo sentimento de *impotência* diante da complexidade que implica trabalhar na periferia do tecido social;
- da complexidade dos problemas que encontram no **objeto de atenção**, como os pacientes da saúde mental, mas também o sofrimento e as carências da população, uma população que não adere ao tratamento ou que encaminha suas reclamações sobre este ou aquele profissional, situações geradoras de *estresse, sufoco e desgaste*;
- da provisão insuficiente dos **meios e instrumentos de trabalho** que vão da planta física inadequada à falta de formulários e de material para curativo e de equipamentos mais sofisticados, e, para além dos recursos materiais, a própria insuficiência para lidar com as próprias limitações de conhecimento e prática, o que traz *sofrimento, estresse, preocupação e dor*;
- das exigências colocadas pelo **Modelo Assistencial** construído em torno de uma política de resultados, em que cobrança e demanda por produtividade representam *desgaste, estresse e desvalorização profissional*;
- da forma de **organização e divisão do trabalho** e que, pautada no Modelo Assistencial, se estrutura entrecortada pelas incompatibilidades internas, pela falta de integração entre as enfermeiras, pela exploração de sua subjetividade, pela

multifuncionalidade que lhes arrebatava e pela pressão da população para solução de problemas imprevistos e que não são ocasionais, mas rotineiros, trazendo *sofrimento, medo, ansiedade, estresse, angústia*, uma sensação de que não *dar conta do recado, trabalho em dobro, conflito e irritação e frustração profissional*;

- da instabilidade que caracteriza o desenvolvimento do **trabalho em si**, entre realizar as atividades programadas, as atividades que lhes são específicas e dar conta da demanda reprimida, exigindo uma *dedicação ilimitada* que ultrapassa o horário de trabalho e que traz *desespero, impotência e desgaste*.

Finalmente, referindo muito *cansaço físico e mental*, como expressão concreta do desgaste, os enfermeiros passam a acumular problemas de saúde como *hipertensão, alergias, dores de estômago*, além de se exporem a *acidentes graves de trajeto*, causados pelo cansaço, como o que relatou uma das entrevistadas: ao dormir no volante, sofreu acidente de carro.

E, como considera Lacaz (2000:157-158) esse padrão de adoecimento constitui

“(...) um novo perfil patológico (...) caracterizado pela maior prevalência, na população trabalhadora, de agravos à saúde marcados pelas doenças crônicas, cujo nexo de causalidade com o trabalho não é mais evidente como ocorria com as doenças (e acidentes) classicamente a ele relacionadas, os chamados infortúnios do trabalho. Proliferam então as doenças cardiocirculatórias, gastrocólicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais somam-se o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho, além das doenças psicoafetivas e neurológicas ligadas ao estresse (Gorender, 1997)”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA FAZER A SÍNTESE

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados: caracterizou-se o trabalho no PSF, discriminado pelos elementos que o compõem: objeto/finalidade, meios e instrumentos, organização e divisão do trabalho, ao mesmo tempo em que se localizou no interior do trabalho os problemas de saúde (potenciais de fortalecimento/fortalecimento, potenciais de desgaste/desgaste) dos enfermeiros que trabalham no PSF.

Para tanto, percorreu-se o seguinte caminho:

1. Problematizou-se, a partir de considerações de autores que analisam o novo mundo do trabalho, as repercussões sobre a *materialidade e a subjetividade* do trabalhador. Incentiva-se uma relativa *“intelectualização”* do trabalho e cria-se o trabalhador *“polivalente e multifuncional”*, dessa forma incrementando *as possibilidades de acumular mais valia*;
2. Problematizou-se que os trabalhadores do setor de serviços de saúde, mesmo no setor público, estão também sofrendo as consequências dessas transformações, observando-se influências do planejamento de resultados e do gerenciamento flexível participativo no interior das instituições e dos serviços;
3. Problematizou-se enfim o PSF como política pública de saúde, confrontando as diretrizes ministeriais com as críticas advindas da academia: defende-se, de um lado, o PSF como estratégia para o estabelecimento de vínculos e de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, mas, de outro, os críticos advertem, principalmente, sobre as armadilhas da verticalização, da normatividade e da focalização;
4. Realizou-se uma revisão bibliográfica que mostra que a saúde dos trabalhadores, tanto no âmbito dos determinantes – condições de trabalho –, como no âmbito dos resultados – problemas de saúde – parece encontrar-se até o momento à margem da produção de conhecimentos sobre o PSF;
5. Tomou-se considerações teóricas de cunho marxista propostas para analisar as

repercussões do processo de trabalho e das novas formas de organizar o trabalho sobre a saúde dos trabalhadores;

6. Realizou-se um estudo de caso que lançou mão da abordagem qualitativa, tomando como sujeitos de pesquisa, 16 enfermeiras do PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba do município de São Paulo, num campo de estudo conformado por 16 UBS: 8 administradas pela parceria SMS-Fundação Zerbini, 7 pela parceria com a Associação Saúde da Família e 1 com a Unifesp;
7. As formas de trabalhar dos enfermeiros entrevistados foram analisadas de acordo com cinco categorias: processo de trabalho, exploração da subjetividade, polivalência, desgaste e fortalecimento, analisando-se, em cada uma delas, os potenciais de fortalecimento e de desgaste gerados;
8. Sobre o processo de trabalho, pode-se afirmar que:
 - os enfermeiros reconhecem o espaço territorial ocupado pela população adscrita e enfatizam a precariedade das condições de moradia, configurando-se o objeto de trabalho como uma população carente;
 - o modelo assistencial tem como eixo orientador do trabalho o planejamento por resultados, que volta-se à racionalização do trabalho da equipe;
 - o médico é o profissional central na equipe, o trabalho é organizado segundo os preceitos da divisão social e técnica do trabalho de tipo taylorista;
 - Os instrumentos fundamentais para a intervenção no território são: a consulta médica, a consulta de enfermagem, o acolhimento e a visita domiciliária;
9. Com relação às categorias polivalência e exploração da subjetividade, o trabalho mostrou que:
 - os enfermeiros estão intensamente envolvidos com o trabalho, convivendo, de um lado, com a forte expectativa que se tem de suas potencialidades para solucionar os problemas e, de outro, com a impossibilidade de oferecer respostas para os problemas trazidos pela população;
 - os trabalhadores acreditam que para trabalhar no PSF é necessário uma motivação e um empenho individual, um perfil para o trabalho, diferente de outros trabalhadores que não são do PSF;
 - o planejamento das atividades próprias dos enfermeiros é sufocado pelos imprevistos do

dia-dia;

- os entrevistados assumem um pouco de tudo, evidenciando sua polivalência;
- os enfermeiros diagnosticam a necessidade de se qualificar para a multifuncionalidade que o trabalho lhes impõe;
- consideram então que devem ter habilidade para resolver todos os problemas do dia a dia, cobrados pela população e pelos próprios funcionários para dar respostas às dificuldades encontradas.

10. Com relação ao fortalecimento, pode-se afirmar que:

- está relacionado à relação prazerosa e recompensatória com o objeto/finalidade do trabalho e com o trabalho em si, destacando-se a satisfação com a obtenção de resultados gratificadores do trabalho, com o vínculo formado com as famílias, muitas vezes localizada nas situações de conquista individual;
- relaciona-se à possibilidade de avaliar criticamente os limites e possibilidades do trabalho, nos espaços formais, nas reuniões de equipe, ou até mesmo informalmente com os colegas.

11. Por referência ao desgaste, pode-se concluir que:

- os territórios adscritos pelo PSF integram potenciais de desgaste do trabalhador, impotentes diante da complexidade que implica trabalhar na periferia do tecido social;
- problemas de alta complexidade trazidos pelos pacientes, como os da saúde mental - bem como o contato direto com o sofrimento e as carências da população, a população que não adere ao tratamento ou que encaminha suas reclamações sobre este ou aquele profissional - integram as cargas psíquicas;
- os trabalhadores têm que lidar com situações de precariedade em que a falta de materiais básicos para as atividades diárias e mesmo a planta física inadequada representam transtorno no trabalho;
- a exigência de produtividade, as cobranças, as interrupções constantes nas tarefas em andamento, as reuniões de equipe, os problemas, as incompatibilidades, a realização de atividades que não são atribuições da categoria, os diferentes graus de compromisso e, por vezes, a falta de integração entre as enfermeiras constituem motivo de estresse, angústia e irritação;

- os enfermeiros se desesperam para dar conta da demanda e chamam a atenção para a necessidade de impor limites. O acolhimento é desgastante uma vez que a demanda é grande e os usuários querem ver seu problema resolvido rapidamente;
- o desgaste se concretiza em muito cansaço físico e mental, levando os enfermeiros a querer apenas descansar e a acumular problemas de saúde como hipertensão, alergias, dores de estômago, além de outros agravos como dormir no volante e sofrer acidentes de carro.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar ZN. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
- Almeida MI. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. *Acta sci. Health sci.* 2003; 25(2):227-235.
- Antunes LR. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7 ed. rev. e ampl. Campinas: Cortez/Ed. UNICAMP; 2000.
- Antunes LR. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.
- Argenta MI, Pires DEP. Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para profissão. *Rev. Brás. Enfermagem.* Brasília, 2002, 55(5): 600-604.
- Ávila MMM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa: Edições 70; 1977.
- Bernardo J. Estado: a silenciosa multiplicação do poder. São Paulo: Escrituras Ed.; 1998.
- Bernardo J. Democracia totalitária: teoria e prática da empresa soberana. São Paulo: Cortez; 2004.
- Bertoncini JH. Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [dissertação]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- Breilh J. Nuevos conceptos y tecnicas de investigacion. Guia pedagógica para un taller de metodologia. Quito: CEAS; 1995.
- Bruno LEN. Educação, qualificação e desenvolvimento econômico. In: Bruno L, organizador. Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Atlas; 1996.
- Bruno LEN. Estudos sobre poder, ideologia, trabalho e educação [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Educação da USP; 2004.
- Bujdoso YLV, Trapé CA, Pereira EG, Soares CB. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação? *Ciênc. Saúde*

Coletiva [periódico na Internet]. 2007 [citado 2007/0016]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=442

Calipo SM. Saúde, Estado e Ética: NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

Camelo SH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. latinoam. enfermagem*. 2004; 12(1):14-21.

Campanha A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997, p.115-65.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, Onocko, organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-66.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. saúde pública*. 2006; 22(9): 1881-1892.

Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família. [Tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Carvalho AMM. A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre – RS [Monografia]. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2005.

Chizzotti A *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5ª ed. Cortez; 2001.

Costa ARC, Melo MC, Oliveira MA, Dias RN. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53:127-30.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. serv. Saúde*. 2006;15(3):7-18.

Demartini ZBF. A questão da análise no processo de pesquisa. In: Lang ABSG, organizadora. *Desafios da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: CERU; 2001:49-72. (Textos, Série 2, 8).

Estellita, BAA. O Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos: um cenário

de êxitos e ruínas inseridos na proposta de reorientação da atenção básica à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Filho, DC. Dossiê Saúde Pública O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos avançados. São Paulo. 1999; 35: 89-95.

Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portilho JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. Rev. saúde Dist. Fed; 2004; 15(3/4):67-77.

Franco T, Mehry EE. PSF: Contradições e novos desafios. Disponível na Internet. <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> 2 de jun.1999).

Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes de saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativas do processo produtivo. Physis. 2006;16(1):83-97.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1991.

Guglielmi MC, Tavares Ricardo. A política pública “Saúde da Família” e a permanência – fixação – do profissional de medicina: um estudo de campo em Pernambuco [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1): 151-161.

Lacaz FAC. Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família. São Paulo; 2002 [mimeo].

Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Lautert L. O desgaste profissional – uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. Revista Gaúcha de Enfermagem. 1997; 18 (2): 83-93.

Lima CRM. Reforma do Estado e política de saúde: Discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. Saúde em debate. 1996; (50): 35-43.

Marx K. O capital: crítica à economia política. 8ª ed. São Paulo: Difusão editorial; 1982 (1).

Mauro MYC. Saúde mental do trabalhador e o enfermeiro. Rev. Enfermagem UERJ: 1996. out. (extra): 81-8.

Mendes Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: (Caderno CEFOR I – Séries textos); 1992.

Merhy EE; Bueno WS. Organizações sociais: autonomia de quem e para que? Disponível na Internet <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/OSreflex2.htm>. 23 de jul. 1998.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE, Franco TB. Programa de saúde da Família: somos contra ou a favor? Só analisando antes para dizer depois. Saúde em debate. 2002; 26 (60): 118-122.

Mészáros I. Para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1994.

Minayo CG, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(4): 797-807.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Resolução nº196/96. Brasília; 1996

Ministério da Saúde (BR). Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da comunidade. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.

Ministério da Saúde (BR). Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família. Indicadores de Monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos. Relatório síntes. Brasília; 2002. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf/RelatorioSintesdaPesquisa.pdf>

Minsitério da Saúde, DAB. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/localiza_cadastro.php (acessado em 10/11/2006).

Ministério do Trabalho e Emprego. Desafiando o subsolo. As condições perigosas e favoráveis no trabalho em obras do metrô. Brasília: Fundacentro; 2001.

Misoczki MC. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. Saúde em debate, 1995; 47: 4-7.

Misoczky MC. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. RAP. 2003; 37 (2): 335-54.

Moura FJM, Lisboa MTL. A violência e sua origem nas interfaces com o mundo do trabalho da enfermeira de saúde pública. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2005; 9(1):108-115.

Nunes MO, Trad, LB, Almeida, BA *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública 2002; 18(6):1939-1946.

Peduzzi, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Revista Trabalho, Educação e Saúde 2003;1(1):75-91.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. Revista Saúde Pública 2001;35 (1):103-9

Pereira G E. A participação d enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003 [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

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

Puccini PT, Cecílio L. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1342-1353.

Queiroz VM., Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em saúde coletiva. In: Livro resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out 6-11; São Paulo (SP). São Paulo: ABen-Seção-SP, 1996, p.347.

Ribeiro EM; Pires D; Blank, VL. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. saúde pública; 2004; 20(2):438-446.

Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2004; 12(1):28-35.

Rodrigues AÁAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia. Rev. baiana saúde pública. 2005; 29(2):273-285.

Safiano CM, Sarquis LMM, Felli VEA, Giacomozzi LMO. Processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar. Cogitare – Enfermagem, 2003; 8(2):87-90

Salum MJL. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o programa de saúde da família. Revista de Atenção Primária à Saúde. 2000/2001, 7: 24-33.

Salum MJL, Queiroz VM. Saúde e trabalho: um exercício de reconhecimento dos potenciais/processos de desgaste e de fortalecimento. Documento pedagógico para subsidiar o desenvolvimento da aula sob o tema Saúde do Trabalhador, ministrada, em 2/04/98. ENS/EEUSP.

Santos SM, Uchimura KY, Lang RMF. Percepção dos usuários do Programa Saúde da Família: uma experiência local. Cad. Saúde colet. 2005, 13(3):687-704.

Secretária Municipal de Saúde. Documento Norteador: Responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF. São Paulo; 2002.

Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. Rev. latinoam. Enfermagem.2004;12(5):713-720.

Silva MA. A produção científica sobre a relação trabalho e saúde na enfermagem: questões para debate. Rev. Enfermagem UERJ; 1996a.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. [tese]; 1996b.

Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev. latino-am. Enfermagem - Ribeirão Preto. 2000; 8(5):44-51.

Silva ABF. A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Soares LT. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. Rev Bras Enfermagem. 2000; 53:17-24.

Soares LT Saúde para todos em 2005. Outro Brasil. Disponível na internet: http://www.lpp-uerj.net/outrobrasil/Docs/1752005155616_laura_janeiro_2005.pdf. Acesso em 29/03/2007.

Souza HM. Programa de saúde da família. Rev Bras Enfermagem 2000; 53:7-16.

Trapé CA. A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. Rev. latinoam. Enfermagem. 2007; 15(1):142-149.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1992.

Wünsch Filho V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2004;2(2): 103-117.

ANEXOS

ANEXO I

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da
Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 02 de Dezembro de 2005.

PARECER Nº 0164/2005 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa "**Fortalecimento e desgaste dos enfermeiros do Programa Saúde da Família da Coordenadoria de Saúde Sapopemba - Vila Prudente**" CAAE 0126/2005, de autoria do(a) pesquisador(a) **Viviane Camargo Santos**.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).
VIVIANE CAMARGO SANTOS
NESTA

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Viviane Camargo Santos. Sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação na área de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo a pesquisa “Desgaste e Fortalecimento dos Enfermeiros do Programa de Saúde da Família”. O objetivo dessa pesquisa é estudar as formas de desgaste e de fortalecimento no trabalho dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família. Assim, solicito por meio desse documento o seu consentimento para participar do estudo. Pedirei que preencha um formulário com os seus dados e participe de uma entrevista individual de aproximadamente 40 minutos de duração que precisará ser gravada e transcrita. Gostaria de esclarecer que sua participação é voluntária e que não será cobrado nada por ela, assim como não haverá remuneração financeira caso você participe. Esclareço ainda que você poderá me pedir mais informações a respeito do estudo a qualquer momento e que tem todo o direito de se recusar a participar da pesquisa inclusive podendo abandoná-la quando desejar sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie. Não será necessário que você se identifique. O seu anonimato e o sigilo dos dados confidenciais serão mantidos por ocasião da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e/ou periódicos e você receberá uma cópia assinada desse termo, na íntegra. Você concorda em participar? Desde já agradeço a sua colaboração,

Viviane Camargo Santos
Enfermeira COREN 98136
Enfermeira da UBSF Jd. Sinhá - Tel. 6721-3798

Assinatura do entrevistado

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde- Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Tel: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO III

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORIA DE SAÚDE SAPOPEMBA VILA PRUDENTE

São Paulo, 10 de novembro de 2005

Ilmo Sr. Diretor da Coordenadoria de Saúde de Sapopemba-Vila Prudente

Prezado senhor,

Vimos solicitar vossa autorização para a coleta de dados para a pesquisa intitulada “Fortalecimento e desgaste dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família da Coordenadoria de Saúde Sapopemba-Vila Prudente”, que tem por objetivo geral compreender a relação entre os processos de fortalecimento e desgaste e as características do trabalho dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família. A pesquisa será realizada com os enfermeiros das seguintes unidades básicas de saúde: JD. DOS EUCALIPTOS, HUMBERTO GASTÃO BODRA, JD. SAPOPEMBA, MASCARENHAS DE MORAES, PARQUE SÃO LUCAS, IAÇAPÉ, TEOTÔNIO VILELA, COHAB JUTA II, DONA SINHÁ, FAZENDA DA JUTAI, IGUAÇÚ, SANTA MADALENA, PASTORAL, REUNIDAS I, REUNIDAS II e VILA RENATO, conforme projeto em anexo.

Nos comprometemos ao uso das informações obtidas somente para fins de pesquisa e à devolução dos resultados em reunião geral, com convite para todos os trabalhadores das referidas unidades e outros interessados da coordenadoria. Informamos que o projeto está sendo encaminhado ao Comitê de Ética da Prefeitura do Município de São Paulo para análise.

Contamos desde já com sua presença nessa reunião e aguardamos sua resposta acolhendo com satisfação sugestões que por ventura V.Sa queira encaminhar.

Atenciosamente,

Viviane Camargo Santos
Mestranda em Enfermagem
Área de concentração Enfermagem em Saúde
Coletiva

Profa. Dra. Cássia Baldini Soares
Orientadora
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

ANEXO III

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SUBPREFEITURA DE VILA PRUDENTE E SAPOPEMBA
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DE VILA PRUDENTE/SAPOPEMBA**

São Paulo, 18 de novembro de 2005.

Memo nº 1805 / 05 S.T.S. VP /SAP

À SMS

Comissão de Ensino

A/c Zenilda

Estamos encaminhando o Projeto de Pesquisa :
Fortalecimento e desgaste dos enfermeiros do Programa Saúde da Família
da Coordenadoria de saúde Sapopemba - Vila Prudente, proposto pela
pesquisadora Viviane, para avaliação desta Comissão.

Informamos outrossim, que estamos de acordo com a
proposta.

Aterciósamente

Dra. Helena Zuio
Supervisora de Saúde - SPVP/SB
R.F.: 614.968.501

Viviane C. Santos
Recebido 18/11/05

entregue em mãos

ANEXO IV

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Descreva as atividades que desenvolve em uma semana típica e numa semana atípica de trabalho.

Quem atribui as tarefas à você? Como é o processo de discussão sobre a distribuição/ atribuição das tarefas? O enfermeiro participa das decisões na unidade? Até que ponto é possível interferir nas decisões? Como você vê seu envolvimento com a UBS? E o envolvimento dos demais trabalhadores?

Considera que as atividades que realiza na UBS constituem de fato atribuições do enfermeiro? Você tem liberdade para realizar essas atividades da maneira como gostaria?

Com quem realiza essas atividades? Como é feito o planejamento, execução, supervisão e avaliação? Quais as dificuldades que encontra nesse processo? Como é feita a articulação entre as partes do trabalho realizada pelos diferentes membros da equipe?

Por que essas atividades foram instauradas na UBS? Elas estão respondendo às necessidades de saúde da população da área de abrangência? Como é essa população?

Você se sente preparado para desenvolver todas essas atividades?

Quais dessas atividades considera que trazem fortalecimento para você? Por que?

Quais são aquelas que considera desgastantes? Por que?

O que costuma fazer depois do trabalho? Por que? E nos finais de semana?

Por que você veio trabalhar no PSF?

Você já pensou em mudar de emprego. Por que?

O que falta no seu trabalho? Por que?

Tem algum problema de saúde? Qual? Com que você o relaciona?

Já teve algum afastamento? Por qual motivo?

Quais são seus planos profissionais para o futuro?

ANEXO V

QUESTIONÁRIO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DEMOGRÁFICOS

1. Unidade em que trabalha_____
2. UBSF () Unidade mista ()
3. Idade _____
4. Sexo Masculino () Feminino ()
5. Cor/raça Negro () Pardo () Amarelo () Branco () Índio ()
6. Naturalidade _____
7. Estado civil Solteiro () Casado () Unido c/ companheiro ()
Divorciado/separado () Viúvo ()
8. Filhos Não () Sim () Quantos? _____
9. Ocupação do pai _____ e da mãe _____
10. Escolaridade do pai _____ e da mãe _____
11. Participa de atividades religiosas? Sim () Não () Quais? _____
12. Faz parte de alguma Associação, Sindicato, ONG ou outro agrupamento?
Sim () Não () Se sim, qual _____

II – DADOS SOBRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. Em qual instituição formou-se? _____
2. Tempo de formação? _____
3. Formação complementar: Aprimoramento (..) Especialização (..) Mestrado (..) Doutorado (...) Em que área? _____
4. Cursando () Concluída ()
5. Vínculo trabalhista CLT (..) funcionário público concursado da prefeitura (..) Outros () Qual _____
6. A Unidade em que trabalha tem parceria com alguma instituição? Sim (..) Não () Qual? _____
7. Tempo de serviço na prefeitura? _____
8. Tempo de serviço nesta Unidade? _____
9. O que fazia antes de trabalhar na UBS _____ Local de trabalho _____ Que atividades realizava? _____
10. Tem outro emprego atualmente? Sim () Não ()
11. Caso sim, o que faz? _____ Local de trabalho _____
12. Número de horas que trabalha por dia _____ (inclua horas extras)

ANEXO VI

As motivações para trabalhar no PSF variam

Os enfermeiros vêm trabalhar no PSF pelos mais variados motivos: há aquele que valoriza o fato de estarem de fim de semana e feriados em casa; há os que arriscaram sem muita certeza do que iam encontrar, há os que se identificam pessoalmente com a população carente pela história de vida e os que acreditam que têm o perfil “diferenciado” necessário para trabalhar no PSF, passando pelos motivos mais comuns que são o fato de estarem cansados da rotina do hospital, de quererem trabalhar em saúde pública e de considerarem o salário bom.

Eu fiquei cinco anos no hospital São Paulo, e eu estava um pouco cansada da rotina, as supervisoras estavam pegando muito no pé (E1)

(..) [No PSF] o enfermeiro tem autonomia, ele pode planejar junto com a equipe, é um trabalho coletivo, eu acho muito interessante, eu gosto e acredito que é no programa de saúde da família que vai mudar e é a forma de atenção básica, não só né, mais tá ajudando a forma da atenção básica e é o salário, também é bom, não vou dizer que o salário não é bom por que não adianta a gente trabalhar por pouco, por que o salário também é bom, o horário é gostoso, final de semana tô em casa, feriado tô em casa com a minha família né, então tem todas essas vantagens.(E2)

Eu vim porque eu acho que o trabalho que eu desenvolvo aqui contempla o que eu gosto de fazer. Trabalhar em serviço de atendimento ao público. E também a gente avalia sempre o retorno financeiro, você pesa o que você trabalha, a sua carga horária, e também em relação ao salário e tudo mais. Então eu acho que é: salário, eu acho que eu tenho perfil pra trabalhar nesse tipo de atuação, .não no hospital, trabalhar na equipe, ter uma visão que não é só do enfermeiro, poder trabalhar com outras categorias, um trabalho bem participativo. (E3)

(...) queria fazer saúde pública desde o segundo ano de faculdade, qualquer coisa que tivesse mais próximo disso, é o que eu queria fazer. Sempre quis trabalhar com gente, adoro as pessoas entrando e saindo, a primeira vez que entrei num posto de saúde e vi as crianças entrando e saindo caminhando, discutindo, brigando, debatendo, concordando, eu achei aquilo muito legal, era isso que eu queria fazer. (E4)

Porque eu vim trabalhar no PSF... Porque dentro da minha história de vida, eu sou filha de retirantes, imigrantes, meus pais são nordestinos e eu tinha uma frequência de visitar o nordeste, visitar o Ceará e a Bahia e eu me indignava com aquela condição de saúde daquelas pessoas, então eu não sabia que tinha o nome de enfermagem e nem que eu poderia alcançar, mas eu sabia que quando eu crescesse, quando eu fosse grande, eu queria ajudar aquelas mulheres a ter filhos, porque era uma frequência de mulheres da família com 12, 15, 17, 28 filhos, eu achava que quando eu crescesse eu ia trabalhar pra ensinar aquelas mulheres a ter menos filhos, a cuidar melhor daqueles umbigos, porque eu tinha amiguinhos pequenos e vizinhos da roça, que tinha duas falanges de umbigo pra fora, uma coisa medonha de ver e ficava todo mundo peladinho, coisa horrível e eu achava que aquelas mulheres, que não sabiam ler e escrever, só carimbavam o dedo, quando a gente chagava lá, eu com oito ou dez anos, eu fazia carta pra elas e seus filhos, maridos e afins, familiares aqui em São Paulo e eu me indignava com aquela situação. Então aquilo desde meus sete dez anos, eu achava que quando eu crescesse eu queria trabalhar com aquilo. Aí cresci né, fui pra minha época de vestibular não sabia que o nome era enfermagem, fui procurar, prestei assim muito cismada, arisca e com o termino do primeiro semestre eu tive certeza que era isso. E fui construindo, dentro da faculdade, você tem toda uma construção biológica, cientificista e que direciona você pro hospital e parece ser mais seguro trabalhar no hospital, você parece ser mais inteligente quando trabalha no hospital, ainda existe dentro do núcleo universitário, existia pelo menos quando eu estudei a oito anos atrás, qualquer reconhecimento do enfermeiro da saúde pública, mas, tinha muita vontade de trabalhar lá, de devolver à comunidade, aquela

comunidade que era tão próxima, porque lá na margem do Itaim Paulista, eu presenciava situações muito parecidas daquilo, da comunidade onde eu trabalho, então eu queria trabalhar com isso. Mas o PSF ainda era uma incógnita em si, porque eu vim sem saber o que é, foi um tiro no escuro.(E5)

Pelo sonho que incutiram em mim na academia. Por que eu acho que o enfermeiro tem que ensinar como manter a saúde, como você pode promover. Eu vim pra cá por causa do sonho de educar. (E6)

Eu vim até por insistência mesmo, eu acabei fazendo a prova mais por experiência e acabei passando. Então as pessoas foram me convencendo, não me arrependo, eu gosto, mas tem momentos que se tivesse que parar, eu parava. (E7)

Eu achei extremamente, além de interessante, eu achei que o enfermeiro realmente podia desenvolver as atividades que são, que a gente aprende né. Porque quando a gente vai, por exemplo, para um hospital vai desenvolver lá as atividades hospitalares, mas você vai perder algumas coisas né, como a consulta de enfermagem, como o atendimento de uma saúde pública, como um atendimento de uma vigilância. Uma coisa assim, você não vai ter às vezes, porque lá é determinado. Então você vai até fazer uma vigilância, só que você não vai, tem aquela pessoa que é responsável, pela né, pelo controle de infecção hospitalar. E na, na unidade, no Programa Saúde da Família, essa é responsabilidade, é uma responsabilidade de todos, até da população. Então isso é muito, isso é muito bom de trabalhar, tem um contato próximo com as pessoas né, você forma vínculos com pessoas. (E8)

Por que eu quis saúde pública, estava cansado de hospital, trabalhar sábado e domingo. Aqui é um trabalho diferente e o salário também. (E9)

Por que eu amo saúde pública. Quando me falaram a primeira vez do PSF, eu me apaixonei. Então o mercado de trabalho me trouxe pra saúde pública. (E10)

No princípio eu achava e continuo achando que é um sistema diferente, que era uma proposta nova, você consegue detectar melhor essa questão de doenças, de epidemiologia, é uma proposta diferente do que a gente estava acostumada, eu trabalhei na UBS vários anos, é aquela rotina, já no PSF é diferente, vim também pelo salário, na época eu já era formada e achei que o salário era compatível com o meu estudo. (E11)

(...) e eu sempre gostei, sempre gostei de lidar com gente de lidar com população de conversar, de poder conhecer as pessoas, de podendo estar chamando pelo nome, de cumprimentar no corredor, sempre gostei disso, e é isso que eu sei fazer e gosto de fazer isso eu gosto de trabalhar desta forma acho que eu gosto do vínculo do PSF. (E12)

(...) me formei muito jovem e eu não pensava em trabalhar em hospital á noite, eu achava que isso iria acabar com a minha diversão me formei com, me formei faz dois anos, e então eu acho que é isso também os horários, não trabalha de fim de semana também (...) (E13)

Então eu me formei em 1999, é neste momento existia movimento da saúde da família, foi quando o programa de saúde da família estava aparecendo eu fiquei muito apaixonada por isso então eu terminei a faculdade em Ribeirão e já vim com a intenção de trabalhar no PSF em São Paulo, peguei minha malinha e vim, ai comecei a trabalhar no PSF, desde lá que eu trabalho no PSF, não tenho experiência em nenhuma outra área. (E14)

(...) eu me formei e fui para o PSF, é eu estava louca pra entrar, é eu quero é o meu sonho, trabalhar em uma população dessa forma, mas, talvez quando eu cheguei aqui em São Paulo não sabia que era dessa forma que o PSF funcionava. (E15)

Primeiro de tudo é porque é saúde pública, já estava cansada de hospital, trabalhar sábado e domingo e o trabalho que é legal, é diferente e o salário também.. (E16)