RSC
ISSN 2594-7524

REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

**ARTIGO** - ARTICLE - ARTÍCULO

# Singularidades da enfermagem em Unidades da Estratégia Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia

## Nursing singularities in Family Health Strategy Units in Feira de Santana, Bahia

## Singularidades de enfermería en Unidades de Estrategia de Salud de la Familia en Feira de Santana, Bahía

*Tatiane Santos Couto de Almeida*[1], *Thereza Christina Bahia Coelho*[2]

1 - Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP), Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil
2 - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

**RESUMO**

Este artigo tem por objetivo analisar e discutir o processo de trabalho de enfermeiras(os) que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, com oito profissionais da enfermagem, de nível superior, de oito equipes da ESF de um município do semiárido baiano. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista semiestruturada e observação sistemática e o método de análise, a de conteúdo do tipo temático. Os resultados identificaram uma percepção de prazer relacionada à redução do sofrimento do outro e o reconhecimento decorrente. Tal percepção de bem-estar também se associava à satisfação com o trabalho. Embora existissem facilidades para a execução do trabalho, as dificuldades se mostraram-se mais enfáticas e, em sua maioria, fora do poder de governabilidade da(o) enfermeira(o). O desgaste provinha da sobrecarga de atividades, do excesso de fazeres burocráticos e participação incipiente da comunidade nas atividades educativas da ESF. As estratégias de enfrentamento apontaram para táticas individualizadas pouco eficazes para a transposição do sofrimento laboral com nuances de comportamentos submissos, uso de atividades evasivas, como lazer, atividade física, busca religiosa, conversas, ações pontuais que não incidiam diretamente sobre as causas do sofrimento laboral, nem na transformação do trabalho e do sujeito.

**Palavras-chave**: Estratégia Saúde da Família; Enfermagem; Prazer; Sofrimento; Estresse Psíquico.

**Histórico do Artigo**

Recebido 18 Novembro 2021
Aprovado 25 Novembro 2021

**Correspondência**
Tatiane Santos Couto de Almeida
Av. Esperança, Residencial Bosque Itália, Bairro Maria Preta, CEP: 44435-500
Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.
E-mail: enf.tatianecouto@hotmail.com

**Como citar**
Almeida TSC, Coelho, TCB. Singularidades da Enfermagem em Feira de Santana, Bahia. Rev. Saúde Col. UEFS 2021; 11(2): e7613.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access)
http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva

DOI: 10.13102/rscdauefs.v11i2.7613

## INTRODUÇÃO

O trabalho é indispensável para o ser humano, uma vez que está relacionado à sua sobrevivência e condicionamento social. Assim, trabalhar não é apenas uma forma de obter ganhos materiais, mas também, um modo de inserção social e de construção da identidade em que os aspectos psíquicos e físicos se imbricam intensamente. Diante disso, o trabalho pode ser um fator de desgaste e gerador de doenças e, ao mesmo tempo, pode se constituir em fator de equilíbrio e desenvolvimento. Por este motivo, não se pode afirmar ser o trabalho sempre patogênico. Contrariamente, o trabalho pode ter igualmente poder estruturante para a saúde mental e física[1].

Diante desta perspectiva, ratifica-se que a mulher e o homem se tornam dependentes do labor para a garantia de suas mais diversas necessidades e, ao se inserirem no mundo do trabalho, poderão experimentar vivências de prazer e sofrimento, influenciando a sua satisfação e o seu processo saúde-doença[2,3].

A insatisfação dos vários seguimentos profissionais da saúde com o trabalho e suas repercussões foi investigada por Tomasi et al.[4] com base em um estudo sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica em duas regiões do Brasil. O ambiente físico do trabalho foi considerado inadequado pela metade dos trabalhadores pesquisados e quase dois terços destes referiram insatisfação em relação às atividades que desempenhavam. As relações pessoais foram avaliadas como insatisfatórias para um terço dos trabalhadores do Sul e, no Nordeste, esse resultado foi mais enfático, atingindo 90% dos entrevistados.

O trabalho em saúde e, sobretudo, na enfermagem, é alicerçado por um caráter relacional, desse modo, as relações interpessoais conflituosas trazem repercussões negativas para o trabalhador e para o trabalho. Por outro lado, o caráter relacional se opõe às imposições para a execução de ações e serviços em larga produtividade, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o programa que estrutura a Atenção Primária/Atenção Básica, no Brasil.

O estudo de Santos, Soares e Campos[5] revelou situações de tensão no trabalho marcadas pela realidade social e de saúde encontradas no território, cobrança de produtividade e imposição de metas, pela gestão, que não resolviam os problemas trazidos pela população. As práticas da(o) enfermeira(o) apontaram um potencial pouco transformador da realidade, visto que, mesmo após o estabelecimento dos planos de cuidado, a procura do serviço por usuários da ESF era justificada pelas mesmas queixas, o que produzia a sensação de trabalho desgastante e impotência. Ao mesmo tempo, a(o) enfermeira(o) encontrava usuários que apresentavam dificuldade de adesão ao tratamento, que sofriam, e que se mostravam insatisfeitos com o atendimento recebido, gerando mais desgaste. A provisão insuficiente dos meios e instrumentos de trabalho, assim como estruturas físicas inadequadas trazia estresse, preocupação e dor.

As exigências impostas pelo modelo de atenção à saúde construído em torno de uma política de resultados, somada às prescrições da organização do trabalho, coloca a(o) enfermeira(o) como profissional multifuncional, pressionado, constantemente, pelas demandas trazidas pela população, o que pode resultar em ansiedade, angústia, conflito, desvalorização e frustração profissional[5].

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

Situações como esta podem contribuir, inclusive, para o aumento do absenteísmo. Absenteísmo aqui é considerado como ausências no momento em que o empregado deveria estar trabalhando normalmente[6]. Já, a proporção de tempo perdido, significa a razão do número de horas perdidas no trabalho por licença para tratamento de saúde e o número de horas previstas para serem trabalhadas[7]. Obviamente, o absenteísmo diminui a produtividade e o lucro, daí ser uma noção ocupacional mais estudada com finalidade administrativa e econômica.

Gehring Junior et al.[8] mostraram que profissionais de enfermagem da Atenção Básica de Saúde de Campinas apresentaram índices de frequência e gravidade de absenteísmo acima da maioria dos estudos encontrados. Isso pode estar associado às cargas psíquicas enfrentadas no ambiente de trabalho. Em se tratando das mulheres, é provável, ainda, que uma maior proporção de tempo perdido por licença para tratamento de saúde relacione-se à dupla jornada que, geralmente, não está associada a mais de um vínculo, mas aos afazeres e responsabilidades domésticas após a jornada de trabalho profissional.

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

David et al.[9] investigaram o impacto da organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica e a sua relação com a saúde desses trabalhadores. Dentre vários aspectos, o estudo revelou a insatisfação dos profissionais com a chefia e com os colegas de trabalho (83,6% e 76,3%, respectivamente), configurando a existência de conflitos no ambiente e a desintegração entre membros de uma mesma equipe, dificultando a execução do trabalho interdisciplinar

preconizado para as Equipes de Saúde da Família. Foram observados dados relevantes como: a insatisfação com os horários (71,9%); com o ritmo de trabalho (47,3%); e pouco controle e decisão sobre o trabalho (63,5%). Ressaltou-se, ainda, nessa pesquisa, um elevado índice de insatisfação (69%) relacionado à conciliação entre vida social e trabalho.

Outro dado relevante na ESF é a falta de segurança e instabilidade no emprego, marcado pela inexistência de vínculo empregatício formal, onde a maioria dos profissionais, inclusive enfermeiros, é contratada por meio de cooperativas ou mesmo por serviços prestados, determinando angústia e incerteza nos postos de trabalho[9,10,11], o que reflete a precarização do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

Essas informações foram corroboradas pelo estudo de Leal-Silva[12], o qual apontou que os trabalhadores de saúde da Atenção Básica se submetem às mais adversas condições de trabalho, que compreendem desde aspectos sociais até direitos trabalhistas.

Além disso, o vínculo estabelecido, através do convívio cotidiano dos trabalhadores da ESF, com os usuários, incita nesses trabalhadores aspectos diferenciados, na medida em que esse convívio humaniza o trabalho e permite o conhecimento dos seus contextos de vida e, ao mesmo tempo, provoca um forte impacto psicológico, representado pela impotência vivenciada frente a situações de extrema miséria[13].

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

Sabendo que não se pode desvincular o trabalho das vivências de prazer e de sofrimento, acredita-se que, diante das situações desfavoráveis à saúde no trabalho, o trabalhador desenvolve estratégias de enfrentamento, as quais possibilitam que o sofrimento seja ressignificado de tal modo a não desencadear o adoecimento. Nesse sentido, os trabalhadores não são inertes aos constrangimentos organizacionais e a proteção da saúde não depende exclusivamente de atitudes defensivas individuais, mas passa também por estratégias coletivas de defesa que possuem papel relevante para o desenvolvimento de resistência aos efeitos nocivos sobre a saúde mental[14,15].

Um estudo sobre o trabalho da enfermagem[16] constatou que as estratégias de enfrentamento (distanciamento, despersonalização e modulação do sofrimento com humor) criadas pelo coletivo de trabalhadores assinalam a relação de sobrevivência do indivíduo perante as situações adversas do trabalho, como a superlotação, a sobrecarga e o desamparo diante das fragilidades do sistema público de saúde e, por isso, representam importante fator de proteção à saúde dos profissionais de enfermagem.

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

Embora o trabalho de enfermagem seja considerado desgastante, existem aspectos motivadores que se apresentam como intercessores para a realização pessoal e profissional, principalmente, a possibilidade de planejar, prestar cuidados diretos ao usuário e visualizar resultados. Além disso, a valorização e reconhecimento do trabalho, traduzidos por comentários positivos de terceiros, produzem sentimentos de intenso prazer[1].

Nesta perspectiva, considera-se a importância dos gestores e profissionais de saúde destacarem aspectos positivos do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem como estímulo capaz de minimizar descontentamentos e suscitar sentimentos prazerosos, mesmo diante dos contratempos que podem gerar insatisfação e sofrimento no trabalhador. Acredita-se que isso pode ser, também, potencializado quando os comentários positivos são proferidos pelos próprios pacientes quando estes reconhecem o trabalho e assistência a eles conduzidos.

Corroborando com tal assertiva, Mendes[17] pondera que quando o trabalho se torna fonte de prazer, adquire valor na vida do indivíduo, que passa a se reconhecer como alguém que existe e que tem importância para a vida alheia. Isto faz com que esta pessoa não perca o desejo pelo trabalho desenvolvido. A autora refere ainda que, para se tornar fonte de prazer, o trabalho, além dos aspectos assinalados, deve permitir a autonomia, a cooperação e a integração para que as tarefas desempenhadas pelo trabalhador sejam percebidas como significativas.

O prazer no trabalho surge a partir do equilíbrio entre as exigências da organização do trabalho, as necessidades e os desejos do trabalhador. Ou ainda pode resultar da transformação do sofrimento, através da utilização de recursos psicológicos do indivíduo e da possível utilização de espaços coletivos para a discussão das situações causadoras de sofrimento[18].

Embora a maioria dos estudos analisados tenha se referido à Atenção Básica, observa-se que grande parte das pesquisas desenvolvidas sobre prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem apresenta como *lócus* de estudo o hospital[1,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30]. Esta lacuna deu sustentação à realização de novas pesquisas na ESF, na qual o enfermeiro apresenta uma atuação expressiva e relevante e seu processo de trabalho repleto de singularidades. Além disso, muitas pesquisas sobre a relação entre labor, prazer e sofrimento, na enfermagem, esbarram nos limites do paradigma positivista e desvinculam o indivíduo do seu contexto histórico, social e da sua subjetividade.

Nesse sentido, Lancman[31] afirma que, apenas nos últimos anos, tem-se incrementado o número de pesquisas sobre as condições de trabalho, conteúdo simbólico do trabalho e à relação do mesmo com a subjetividade do trabalhador, com o olhar para o sofrimento, o desgaste e a influência destes sobre a integridade física e mental dos sujeitos[32,33,34,35].

DOI: 10.13102/rscdauefs.v11i2.7613

Couto[36], para melhor conhecer as vivências de prazer e de sofrimento da(o) enfermeira(o), relacionadas ao seu processo de trabalho, levantou algumas questões que direcionaram seu estudo, do qual esse artigo é um produto: Qual a relação entre o processo de trabalho da(o) enfermeira(o) e a produção do prazer e do sofrimento na ESF de Feira de Santana-BA? Quais os significados atribuídos ao sofrimento e ao prazer no ao trabalho, na ESF? Que elementos do processo de trabalho são geradores de prazer e do sofrimento para a(o) enfermeira(o)? Quais as estratégias desenvolvidas para ter prazer e/ou evitar o sofrimento?

Frente aos questionamentos expostos, o objetivo desse artigo é analisar o processo de trabalho da(o) enfermeira(o) na ESF e a produção colateral, ou não finalística, de prazer e sofrimento para estes sujeitos.

## MÉTODOS

Esta pesquisa exploratória, qualitativa, é parte integrante do projeto multicêntrico intitulado "Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia", coordenado pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI), da Universidade Estadual de Feira de Santana, ao qual se agregou o Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), com o objetivo de estudar especificamente o "Processo de Trabalho em Saúde". O projeto macro foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A Rede de Serviços de Atenção Básica de Feira de Santana encontrava-se estruturada, no momento da coleta de dados, com 76 Unidades de Saúde da Família (USF) compostas por 83 Equipes de Saúde da Família (ESF), perfazendo um total de 59,6% de cobertura do referido programa. Possuía 33 Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade tipo I e uma razão de 0,4 ESB para cada Equipe de Saúde da Família[37].

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana[38], nas USF atuavam 1.241 profissionais e, destes, 83 eram enfermeiros(as).

As USF eram apoiadas por 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1, implantados em 2008. Esses Núcleos estão compostos por 8 Assistentes Sociais, 8 Avaliadores(as) Físicos, 2 Farmacêuticos(as), 16 Fisioterapeutas, 8 Nutricionistas, 4 Psicólogos(as) e 6 Terapeutas Ocupacionais[38], conforme se observa no Quadro 1.

O NASF, de acordo com a portaria n. 154 de 2008 que o regulamenta, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às ESF e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família[39].

Para a escolha das USF que determinaram o campo empírico desta pesquisa foi utilizado o mesmo modelo de organização territorial estabelecido pelos estudos epidemiológicos conduzidos pelo NEPI, que levava em consideração a área de abrangência de NASF.

Ou seja, foi escolhido um(a) enfermeiro(a) de ESF para cada zona territorial de NASF, oito no total, que atendesse às especificidades do estudo e os seguintes critérios de inclusão: 1) atuar como enfermeira(o) numa ESF com completude e diversidade de categorias profissionais; 2) estar há 6 meses ininterruptos na ESF em que estivesse cadastrada(o), por acreditar ser este um período possibilitasse conhecimento mínimo do seu processo de trabalho, na dimensão do assistir, administrar e ensinar, e de possíveis aspectos que implicassem prazer ou sofrimento no trabalho; 3) estar presente na USF no período da coleta de dados; e 4) dar o Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa.

A coleta de dados, realizada em 2012, utilizou as técnicas de entrevista semiestruturada e observação. A entrevista "é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação"[40]. É uma técnica privilegiada para a coleta de informações, visto que a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, e fornece dados subjetivos que constituem uma representação da realidade por meio da expressão de ideias, opiniões, maneiras de pensar, sentir e atuar[41].

A entrevista semiestruturada, por sua vez, oferece perspectivas para que o entrevistado alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, mas pode direcionar as respostas para o objetivo da pesquisa. Nesse sentido, foi utilizado quatro dos cinco blocos do roteiro construído e testado em projeto piloto: a) Bloco I – Identificação e trajetória profissional do (a) entrevistado (a); b) Bloco II – O processo de trabalho dos profissionais da saúde; c) Bloco III – Resultados projetados e alcançados; d) Bloco IV – Circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação.

A técnica da observação se fez importante, uma vez que permitiu maior aproximação com a prática dos sujeitos do estudo, considerando que algumas informações que não foram explicitadas durante a entrevista emergiram por meio de manifestações não verbais. A observação sistemática é aquela realizada sob um determinado controle para responder a finalidades que foram previamente definidas[42]. Para estruturar a observação, adotou-se um dos roteiros elaborados especificamente para a pesquisa "Processo de trabalho em

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

| USF/ESF | Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) | | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | NASF I | NASF II | NASF III | NASF IV | NASF V | NASF VI | NASF VII | NASF VIII | |
| USF | 7 | 11 | 9 | 8 | 11 | 11 | 8 | 11 | 76 |
| ESF | 9 | 11 | 9 | 8 | 11 | 12 | 10 | 13 | 83 |

saúde", subsidiando a realização de observação tipo "sombra", uma vez que a pesquisadora seguiu a profissional desde a sua chegada até a saída do trabalho, com descrição do passo a passo dos sujeitos do estudo em cinco momentos diferenciados: a) Momento 1 – Chegada do profissional; b) Momento 2 – Intermezzo (as atividades desenvolvidas pelo profissional entre a sua chegada na unidade e o início do trabalho propriamente dito); c) Momento 3 – Trabalho/ Atividade; d) Momento 4 – Descanso/Almoço; e) Momento 5 – Fim do dia de trabalho.

As observações foram realizadas nos espaços físicos das USF onde atuavam os entrevistados, em dois turnos diferentes (manhã e tarde). Para esta técnica interessaram as manifestações verbais e os aspectos do comportamento global, em particular, a comunicação não verbal, principalmente expressões faciais, gesticulações, mudanças na postura física, mudanças no timbre e volume da voz, riso, sorriso, choro, movimentação/isolamento do profissional na unidade, autonomia, criatividade, agressividade.

Foram ainda identificados através da observação, a dinâmica da unidade e alguns elementos do processo de trabalho, como as atividades desenvolvidas, instrumentos de trabalho utilizados em cada tipo de espaço bem como a divisão do tempo para a execução das atividades, estrutura física, trabalho em equipe, relações interpessoais e controle gerencial da unidade. Além destes, as estratégias defensivas utilizadas pela(o) enfermeira(o) para lidar com as pressões no trabalho e o suposto sofrimento.

Dos(as) 8 enfermeiros(as) entrevistados(as), 5 foram observados(as) e essa escolha se deu aleatoriamente. As observações somaram, aproximadamente, quarenta horas de duração e foram registradas no diário da pesquisadora, de modo simultâneo ao acontecimento, com o propósito de evitar perdas dos contextos observados. De acordo com Triviños[43], os registros devem ser efetuados conforme a descrição exata do que é observado e das notas de reflexão da observadora que implicam na busca de significados e explicações para o fenômeno observado.

Assim, os dados coletados através das entrevistas e observações foram submetidos à análise de conteúdo. Essa modalidade de análise, para Bardin[44:42] é constituída por "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens".

O objetivo da análise de conteúdo[44], portanto, é reconhecer as mensagens que se encontram por trás das palavras. Nesse sentido, a fala dos entrevistados e a observação do ambiente e das práticas revelaram significados que permitiram uma interpretação mais profunda em relação às situações do trabalho, enquanto processo, associadas ao prazer ou sofrimento, aqui entendidos na acepção freudiana[45,46] como emoções conscientes ou inconscientes que afetam todo o organismo humano, estando relacionadas à quantidade de excitação que pode ser percebida de forma desprazerosa, ameaçadora, quando ultrapassa a capacidade mental de enfrentá-la. O princípio do prazer determina que as aspirações e desejos idealizados de forma prolongada e contínua produzem um sentimento de contentamento que necessita ser contrastado com percepções de prazer e significadas. Nesse caso, a felicidade proviria da geração de intenso prazer pela satisfação de necessidades reprimidas.

Já, Dejours[47] afirma a existência de cargas psíquicas negativas, na forma de descargas oriundas do trabalho, que atuariam a favor da homeostasia ou restabelecimento de equilíbrio.

Com esses entendimentos, por meio da leitura exaustiva do texto formado pelas respostas, a análise identificou 18 núcleos de sentido dados *a priori*: 1) Sujeito trabalhador; 2) Objeto do trabalho no PSF; 3) Instrumentos de trabalho; 4) Finalidade do trabalho; 5) Atividades desenvolvidas; 6) Espaço/ tempo para o desenvolvimento das atividades; 7) Produtos do trabalho; 8) Significado do trabalho; 9) Significado do prazer; 10) Prazer no trabalho; 11) Satisfação com o trabalho do PSF; 12) Benefícios obtidos através do trabalho; 13) Facilidades para a realização do trabalho; 14) Sofrimento no trabalho; 15) Adoecimento devido ao trabalho; 16) Condições de trabalho/precarização do trabalho (insatisfação); 17) Dificuldades para a realização do trabalho; 18) Estratégias de enfrentamento ao sofrimento.

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

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Estratégia Saúde da Família trouxe a abertura de um novo campo de atuação para profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, um espaço para o estabelecimento de relações profissionais permeadas por uma concepção de trabalho que vão requer abordagens diferenciadas e a adoção de uma comunicação horizontalizada entre os membros da equipe[48]. Diante da necessidade premente de mudanças e da ruptura de paradigmas, estava dado que a(o) enfermeira(o) encontraria dificuldades para a execução do trabalho. Quais?

A ESF se edificou como potencial reestruturante da Atenção Primária, no Brasil, e, para as(os) enfermeiras(os), tem oferecido possibilidades de adentrar no mercado de trabalho, além de lhe dar maior visibilidade. Por ser o trabalho da(o) enfermeira(o) composto por muitas dimensões (assistir, gerenciar, ensinar), analisar o processo de trabalho desse profissional é algo desafiador.

Nesse sentido, o trabalho do(a) enfemeiro na ESF é, aqui, desdobrado em sete elementos: sujeito, objeto, finalidade, meios, atividades, espaço-tempo e produtos.

Decompor o processo de trabalho da(o) enfermeira(o) em elementos é relevante, uma vez que permite aproximar-se mais dos seus saberes e fazeres, visualizar facilidades, dificuldades, motivações e, sobretudo, o prazer e o sofrimento que o trabalho proporciona. Contudo, esses elementos particularizados não fornecem uma ideia consubstanciada desse trabalho, só atingida de forma integrada quando se quebra o limite entre o que é formalizado pelas legislações e organizações e o significado mais singular e concreto das representações reflexionadas pelos sujeitos.

**Sujeito enfermeira(o): vínculos, obrigações e questões não respondidas**

Fazer do trabalho o núcleo central de identificação do sujeito, implica articular todas as características que mostram e descrevem quem é o profissional. De que campo de conhecimento ele fala e reflete. Que discursos incorpora. Cada elemento traz uma carga histórica de imagens, obrigações, modos de pensar e agir difíceis de serem compreendidos em toda sua magnitude, porque "*la identidad es el resultado de una construcción social, es decir colectiva, o que se da en los espacios de encuentro de diferentes individualidades*"[49:6]. Ser homem ou mulher, jovem ou maduro, solteiro ou casado, com filhos ou sem filhos, mais do que características sociais que se afetam mutuamente, traduzem modos de dizer da existência de sujeitos em incessante construção. Modos que podem ser telegráficos, na forma de breve perfil (Quadro 2).

Quando se examina detidamente cada característica que se destaca da moldura apresentada, o que sobressai de imediato é o gênero/sexo, não por acaso figurado no início de cada perfil. A maioria dos sujeitos é formada por mulheres, o que ratifica a predominância histórica feminina da profissão de enfermagem, com idade entre 25 e 59 anos, casada e com filhos, o que implica outras ocupações e preocupações que não somente o mundo do trabalho.

**Quadro 2**. Perfil das(os) enfermeiras(os) das ESF entrevistados

| | |
|---|---|
| **E1** | Mulher, 36 anos, casada, três filhos, formada há 11 meses. Não é pós-graduada. Trabalhou como técnica de enfermagem, durante 15 anos, na área hospitalar e atua há dez meses na ESF. Esse é o primeiro trabalho como enfermeira, trabalha quatro dias na semana e não tem outros vínculos de trabalho. Desloca-se para o trabalho no transporte da secretaria de saúde e almoça na unidade de saúde. É responsável pelas tarefas domésticas do seu lar. |
| **E2** | Mulher, 26 anos, solteira, sem filhos, formada há quase quatro anos. É pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pós-graduanda em Pré-Natal. Tem experiência anterior como enfermeira de UBS e atua há três anos na ESF. Trabalha quatro dias da semana e no dia de folga da ESF trabalha numa Instituição de Ensino Superior e supervisiona estágio de enfermagem de rede básica. Desloca-se para o trabalho em carro próprio e geralmente almoça na sua residência. Pratica atividade física. |
| **E3** | Homem, 31 anos, casado, um filho, formado há um ano e quatro meses. Não é pós-graduado. Tem experiência anterior em função de nível médio, no setor privado, na área administrativa. A ESF é a primeira experiência na área de saúde, como enfermeiro e atua há dez meses. Trabalha quatro dias da semana e no dia de folga é plantonista por 24 horas numa unidade hospitalar em outro município da região. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência. Pratica atividade física. |
| **E4** | Mulher, 39 anos, casada, três filhos, formada há 15 anos. É pós-graduada em Saúde da Família. Tem experiência anterior como enfermeira em três outros municípios, na Atenção Básica. Neste município já trabalhou em UBS e ESF. Atua na ESF atual há quatro meses. Trabalha quatro dias da semana e, no dia de folga da ESF e aos sábados, trabalha em outro município, com vínculo de concurso público. Desloca-se para o trabalho em carro próprio e almoça na unidade de saúde. |
| **E5** | Mulher, 37 anos, casada, dois filhos, formada há dois anos. É pós-graduada em Urgência e Emergência e Saúde Pública. Tem experiência anterior e atual em função de nível médio, na área de segurança pública. A ESF é a primeira experiência na área de saúde, como enfermeira e atua há dois anos. Trabalha quatro dias da semana. Atua no outro vínculo no dia de folga ou nos finais de semana. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência. |
| **E6** | Mulher, 25 anos, solteira, sem filhos, formada há três anos. É pós-graduada em UTI. Tem experiência de três anos na ESF e atua na USF atual há dois anos. Trabalha quatro dias da semana e no dia de folga da ESF ou à noite trabalha numa UTI de uma unidade hospitalar. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência. Pratica atividade física. |
| **E7** | Mulher, 32 anos, solteira, sem filhos, formada há oito anos. É pós-graduada em Auditoria em saúde e pós-graduanda em Saúde do Trabalhador. Tem experiência anterior como enfermeira em três outros municípios, com oito anos de ESF e atua na USF atual há seis anos. Tem outro vínculo de trabalho e atua como professora de curso técnico de enfermagem à noite. Desloca-se para o trabalho em carro próprio, almoça na sua residência. |
| **E8** | Homem, 59 anos, casado, três filhas, formado há 27 anos. É pós-graduado em Enfermagem materna e neonatal. Depois de formado passou 18 anos atuando em função de nível médio, na área de telecomunicações. Tem experiência de nove anos na ESF e atua na unidade atual há oito anos. Trabalha quatro dias da semana e não tem outro vínculo de trabalho. Desloca-se para o trabalho no transporte da prefeitura e, geralmente, almoça na sua residência. |

Assim, a conciliação entre as tarefas domésticas e profissionais se torna algo não desprezível, parte de um cotidiano pressionado por múltiplos papéis, que pode trazer implicações para a saúde e qualidade de vida, uma vez que o trabalho doméstico se mantém como responsabilidade feminina na maior parte das sociedades[50:141-42].

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

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

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

Como é possível perceber, as necessidades do trabalho da casa e da maternidade antecedem a jornada do trabalho formal, que remunera. As múltiplas responsabilidades geram uma carga que vai se somar às demais provenientes do esforço próprio do serviço em saúde. Na verdade, nos casos estudados, a dupla jornada, ou tripla, aparece relacionada ao casamento com filhos. Dos(as) 8 enfermeiros(as) da pesquisa, 5 possuíam filhos. Exatamente, esses(as) 5 relataram na sua jornada cotidiana a realização de trabalho doméstico. As diferenças de gênero encontradas parecem se relacionar com a quantidade e o tipo de tarefa assumidos. Assim, as mulheres preparavam os filhos para a escola, alimentavam, davam banho, ou até levavam na escola, enquanto os dois homens, um referiu "fazer café" e "varrer quintal", e o outro, apenas levar o filho na escola.

Merighi et al.[51] mostram que conciliar trabalho e família é tarefa de sobrevivência que exige esforço, uma vez que a tríade mãe-mulher-profissional carrega imposições multidimensionais difíceis de serem ajustadas. As múltiplas atividades do cotidiano feminino são apontadas como responsáveis pela sobrecarga laboral e pela privação no cuidado de si mesmas, principalmente, quando essas mulheres não contam com uma rede familiar de apoio, o que gera estresse, cansaço, angústia e sintomas físicos.

Realmente, pelo menos um dos entrevistados referiu claramente a necessidade de "trabalhar muito" e "trabalhar mais" porque a remuneração "não condizia" com o esperado e isso resultava em menos tempo com a família.

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

Conforme pode ser visualizado no Quadro 3, o tempo de formação da graduação em enfermagem variou de 11 meses a 27 anos, entretanto, o predomínio foi mesmo de recém-formados. Dos 8 entrevistados, 5 tinham até 3 anos de formados. Campo de prática relativamente novo, com postos de trabalho ainda aumentando, a ESF no município estudado, apresentava características similares às descritas na literatura, ou seja, em sua maioria, compostas por enfermeiros com tempo de formação de até 5 anos como possível indicador para motivação, criatividade e inovação no trabalho, mas, também, com experiência profissional ainda fragilizada[52,53,54].

O tempo de atuação na ESF indicou 2 enfermeiros(as) com menos de 1 ano, 3 enfermeiros entre 2 e 3 anos e 3 enfermeiros(as) entre 8 e 9 anos de experiência. A experiência na ESF de no mínimo dez meses mostra um conhecimento, ainda, mínimo sobre o funcionamento e o processo de trabalho

**Quadro 3.** Caracterização dos sujeitos do estudo quanto à formação, atuação e vínculos. Feira de Santana-BA, 2011

| Ent | T-Grad | Ta-ESF | Ta-USF | Reg. Trab. ESF | Vínculos de trabalho | Pós-graduação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| E1 | 11 meses | 10 meses | 10 meses | Cooperativa | PSF | Não tem |
| E2 | 3 anos | 3 anos | 3 anos | Cooperativa | PSF e IES | UTI e PN |
| E3 | 1 ano | 10 meses | 10 meses | Cooperativa | PSF e hospital | Não tem |
| E4 | 15 anos | 9 anos | 4 meses | Cooperativa | PSF e AB | ESF |
| E5 | 2 anos | 2 anos | 2 anos | Cooperativa | PSF e Seg. Pública | U/E e SP |
| E6 | 3 anos | 3 anos | 2 anos | Cooperativa | PSF e UTI | UTI |
| E7 | 8 anos | 8 anos | 6 anos | Cooperativa | PSF e IET | Auditoria e ST |
| E8 | 27 anos | 9 anos | 8 anos | Cooperativa | PSF | Enf. Mat. Neo. |

Legenda**:** Ent = Entrevistado; T-Grad = tempo de formação da graduação em enfermagem; Ta-ESF = tempo de atuação na Saúde da Família; Ta-USF = tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família atual; Reg. Trab. ESF= regime de trabalho na ESF; PN = Pré-natal; U/E = Urgência e Emergência; SP = Saúde Pública; IET = Instituição de Ensino Técnico; ST = Saúde do Trabalhador; Enf. Mat. Neo = Enfermagem materno neonatal.

da estratégia. Portanto, acredita-se que essa presença jovem na ESF revela enfermeiros(as) ainda enquadrados pela teoria e que podem vir a sofrer, caso não encontrem apoio e sejam acompanhados pela gestão, nesse processo. Sobre o tempo de atuação na unidade atual de trabalho, 3 enfermeiros(as) tinham menos de 1 ano de atuação na unidade e 5 enfermeiros(as) entre 2 e 8 anos de atuação.

O tempo mínimo, de seis meses, exigido pelos critérios de seleção da pesquisa indica que a experiência no geral pode ainda ser menor do que a encontrada, ainda que um investimento na formação se mostrasse relevante. Ou seja, são sujeitos com história de investimento profissional. Dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), 6 eram pós-graduados – 4 tinham ou estavam finalizando pós na área de Saúde Coletiva – Saúde Pública, Saúde da Família, Pré-Natal e Saúde do Trabalhador – registra-se, entretanto que, destes, 2 tinham pós em UTI ou Urgência e Emergência, áreas assistenciais especializadas. Salienta-se que 1 que ainda não tinha pós-graduação, referiu ter interesse em especializar-se em UTI. Ao analisar essa questão, indaga-se: o que leva a(o) enfermeira(o) especializar-se em uma área e atuar em outra (ESF)? Será que seria influenciado pela (in)satisfação que este indivíduo tem pelo seu trabalho? Será que o sofrimento no trabalho teria algum grau de determinação nesse processo?

Ainda que esse estudo não pretenda responder de forma definitiva estas perguntas o fato de que enfermeiros atuantes no PSF possuam algum tipo de especialização em áreas hospitalares ou afins sugerem investimento tributário de um modelo de formação predominantemente focado no trabalho hospitalar.

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

Considerando que a ESF funciona em dias úteis e que todos informaram dispor de uma folga semanal, isso implica numa carga horária de, no máximo, 32 horas semanais. Mas, quando perguntados sobre a carga horária de trabalho, apenas 3 consideraram a folga existente, enquanto os demais informaram cumpri-la de acordo com a legislação vigente sobre a Saúde da Família, ou seja, 40 horas semanais. É importante ressaltar que os(as) enfermeiros(a) observados(as) chegavam à unidade depois de 8:00h, independentemente de se deslocar ou não com o transporte da Secretaria de Saúde.

Todos eram cooperados e, portanto, não possuíam vínculos que assegurassem direitos trabalhistas, expondo, assim, a precarização do trabalho na ESF. Estudos[56] mostram que, o vínculo empregatício funciona como um agente motivador, capaz de intervir na prática e nos resultados do trabalho realizado pelo enfermeiro(a) da ESF. Portanto, a instabilidade profissional, a partir de um vínculo fragilizado, pode levar a mudanças no seu comportamento, pelo efeito que ela produz, e à maior insegurança em relação ao emprego.

Pode-se associar essa questão da fragilidade do vínculo à conciliação desses profissionais com outras atividades. Dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), apenas 2 trabalhavam somente na ESF. Os(as) demais possuíam outros trabalhos, sendo que, destes, 1 atuava em outro local não como enfermeiro(a), mas como profissional de nível médio, na área de segurança pública. Os outros 5 atuavam: 1 como enfermeiro(a) de Atenção Básica, dois na área hospitalar e 2 na área de ensino. Notou-se que possuir a folga semanal era um agente facilitador para a conciliação com outro vínculo de trabalho, apesar de ter enfermeiros(a) que referiram trabalhar à noite e finais de semana. Um resultado semelhante foi encontrado por Rocha e Zeitoune[55]: 83,3% dos enfermeiros(a) que atuavam na ESF conciliavam esse trabalho com outros vínculos empregatícios de docência e assistência hospitalar, para conseguirem uma melhor remuneração.

Nessas circunstâncias, a ocorrência de mais de um vínculo produz, naturalmente, carga de trabalho elevada, o que reduz o tempo de descanso e de lazer. Assim, a intensa atividade pode acarretar cansaço, fácil irritação, desinteresse e, consequentemente, a execução laboral (na ESF ou outro local) com menor qualidade.

**Objeto do trabalho na ESF: todo mundo**

O objeto do trabalho não existe desagregado de um contexto, mas sim como exercício de atividade vinculada à determinada finalidade[56]. Nessa perspectiva, Ximenes Neto[52] aponta como objeto maior do trabalho do enfermeiro, os sujeitos, as famílias e a comunidade. Essa ideia é semelhante aos depoimentos de alguns entrevistados que reconhecem a comunidade em que atuam como o objeto central do seu trabalho, mas também os "usuários", "pessoas que vêm para o atendimento", e até demais profissionais da saúde.

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

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

A percepção do objeto mostra diferenças durante as observações. O(A) entrevistado(a) 2 tinha um olhar voltado para o objeto-usuário durante os atendimentos, planejava Feiras de Saúde para a comunidade da área de abrangência, mas, também, dedicava parte do seu tempo à gerência das "coisas" e à coordenação da unidade.

É interessante esse não reconhecimento das "coisas" como objeto do trabalho, mesmo quando ocupam parte significativa do tempo gasto no PSF.

E aquele que não chega, por algum motivo, à unidade, mas é da área de abrangência da USF, não é objeto do trabalho? Becker[57] assegura que a equipe, de modo geral,

deve fundamentalmente suplantar a atenção à demanda e as preocupações exclusivamente curativas, para ir à comunidade desenvolver ações de promoção junto à sua clientela. Entretanto, qual o significado que essa expectativa, de um usuário-objeto sempre demandante, pode ter para um processo de trabalho que tem como desafio promover uma atenção global à saúde, envolvendo a vigilância à saúde, a abordagem de grupos de maior risco e dando ênfase às questões do território para a produção da saúde[58]?

Foram observadas perspectivas divergentes, tanto em sentido restrito (no caso de um profissional com muito pouco tempo na área de saúde, apenas 1 ano de formado, 10 meses de PSF, sem pós-graduação, sem experiência anterior, e que vinha de atividade laboral técnico-administrativa em outro setor), quanto numa visão ampliada sobre o direcionamento do trabalho.

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

Por outro lado, o próprio crescimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atingiu, em 2017, 41.619 equipes, no Brasil, alcançando cerca de 70% de cobertura de pessoas cadastradas lançam uma demanda de difícil equacionamento que atinge gestores, trabalhadores e usuários. Para Carneiro et al.[59], a transição incompleta do modelo de Atenção Básica para a ESF, que se mantém, na maioria dos municípios com implantação ainda incipiente, provoca conflitos, desconti-nuidades e descrédito nas equipes, em especial nas(os) enfer-meiras(os), acrescido aos processos de instabilidade política que repercutem na rotatividade dos quadros técnicos. Com as avaliações realizadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ratificam-se a cronicidade dos problemas que permanecem essencialmente os mesmos identificados no estudo aqui apresentado.

Considerando, portanto, a complexidade do trabalho em saúde, é pertinente destacar que além do usuário, o enfermeiro deve interagir e trabalhar com todos os integrantes da equipe, na medida em que coordena o processo de trabalho da unidade de saúde. Este "dever" implica responsabilidades e expectativas aumentadas que podem ter repercussões não esperadas. Essas repercussões é o que aqui se pretende melhor conhecer.

**Finalidade do trabalho**

Quando perguntados sobre a finalidade do seu trabalho na ESF houve uma convergência nas respostas de alguns enfermeiros, que aproximaram suas respostas daquilo que preconiza a abordagem teórica do SUS e da ESF.

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

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

A finalidade está no cumprimento dos objetivos propostos pela ESF: prevenir, promover, atender, tratar, orientar. Mesmo diante da necessidade de adequar algumas normas daquele momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, traduzido pela criação da portaria n. 2.488 em 2011[60], era imperativo a continuidade de ações que traduzem o real significado do primeiro nível de atenção do SUS, que é focalizar a atenção no indivíduo e nas famílias, por meio de ações preventivas e de promoção à saúde, mas sem deixar de reconhecer a necessidade de assistir e tratar quando for preciso.

Salienta-se, por outro lado, que as observações no trabalho do enfermeiro revelaram uma prática ainda focada no "atendimento ao público", atravessado por uma abordagem biologicista, que prioriza o circuito "queixa-conduta". É certo que foi visualizado, também, planejamentos de atividades com grupos e práticas educativas, mas, ainda se mostraram pontuais.

Em um município do sul de Minas Gerais[61], uma análise da concepção das(os) enfermeiras(os) sobre o território, indicou traços persistentes do modelo tradicional sanitarista relacionado com limitação geográficas, características popula-cionais, condições de saneamento básico, riscos à saúde e problemas "sociais", que limitam os recursos comunitários às instituições que podem fornecer algum apoio material por meio de parcerias.

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

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

A ESF foi criada como modelo de reestruturação da Atenção Básica que passa a ser porta de entrada preferencial do sistema, com processo de cuidado centrado no usuário, o que pressupõe além de serviços adequados para o cumprimento das funções finalísticas básicas, também o suporte adequado às necessidades por meio da estra-setorialidade e da compreensão do território como recurso potencial diversificado.

O(a) entrevistado(a) E1 reconhece a finalidade preconizada pelas políticas públicas, entretanto percebe que o serviço não consegue dar conta das prerrogativas normativas e legais a ele atribuídas, colocando-se distante do que "deve ser". Então, a finalidade termina se desviando para o atendimento de urgências numa situação em que não existe uma estrutura que dê suporte, de forma acessível, a esse tipo de cuidado.

Outro aspecto diferente é trazido por E5, que traz como finalidade do seu trabalho a satisfação de suas necessidades individuais, como manutenção de nível social e prática profissional.

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

Essa visão é contemplada por Pinto[62], quando apresenta provocativamente os profissionais da Saúde da Família como modelos de "Coletivos Organizados de Produção", que além de produzir valor de uso para os outros (comunidade), produzem, também, para si, uma vez que se organizam em função de atendimentos aos seus próprios desejos e interesses, materializados por salário, reconhecimento, posição social, dentre outros.

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

Ainda assim, o forte laço apontado entre finalidade do trabalho e a posição de classe com a qual se identifica, "classe média", dá o que pensar, principalmente, quando se observa o sentido desse pertencimento. Ser da classe média permite dar boa educação aos filhos e viver bem. Ser enfermeiro é a chave (ou a chave obtida, a senha), na percepção do entrevistado, para ter acesso a este outro nível. Nível, posição, acessível pela educação superior custeada com ganhos do trabalho no nível médio.

**Instrumentos de trabalho**

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

As(os) enfermeiras(os) do estudo utilizavam os três tipos de tecnologias no trabalho desenvolvido na ESF, mas registrou-se uma maior referência às tecnologias leve-duras (conhecimentos) e duras (equipamentos/materiais permanentes, protocolos)[63]. As tecnologias não-materiais portam maior valor no espaço da ESF, que deve ser marcado pelas múltiplas relações existentes com os demais profissionais, com os usuários e com a comunidade.

Em que pese a relevância do uso das tecnologias leve no trabalho da ESF, apenas um dos entrevistados relatou uso das tecnologias relacionais, por meio das dinâmicas de grupo e o trabalho de equipe envolvendo os trabalhadores do NASF.

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

Outros instrumentais não relacionados com o núcleo técnico da prática surgem como tecnologias igualmente necessárias ao desenvolvimento de diversas atividades como os protocolos, computadores, impressoras, e automóvel para a realização de visitas domiciliares, cuja importância se percebe na falta deles.

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

Na observação de campo realizada na USF desta entrevistada, pôde-se constatar o inequívoco benefício que a informatização da unidade traz para o trabalho da(o) enfermeira(o), principalmente pela agilidade que o sistema informacional, e a visível preocupação quando o sistema, em determinados momentos, interrompia seu funcionamento.

Outros entrevistados complementam, registrando o uso, também, de protocolos ou manuais para apoiar os atendimentos e de equipamentos, mas relevam o uso do conhecimento científico, dando ênfase aos saberes da saúde coletiva e vigilância, com menção as experiências que o campo empírico proporciona para o desenvolvimento do trabalho e ainda, um dos entrevistados faz uma alusão ao uso intenso de impressos na ESF.

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

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

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

Observou-se que a falta ou insuficiência de materiais, bem como a irregularidade nas manutenções deixavam sem funcionamento os equipamentos necessários ao atendimento. Em duas das unidades, por exemplo, o sonar doppler estava quebrado e, em uma dessas, no atendimento à gestante, os batimentos cardiofetais não eram auscultados por falta de outro instrumento que o substituísse. As gestantes, por sua vez, cobravam da(o) enfermeira(o) a ausculta dos batimentos durante a consulta, o que deixava o profissional em situação constrangedora, quando havia esse tipo de impedimento.

Constatou-se a existência de uma "intimidade" dos(as) trabalhadores(as) com os instrumentos de trabalho elencados e tais instrumentos, por sua vez, possibilitavam um modo próprio de articulação o objeto, com o propósito de transformá-lo em produto final (consulta realizada/usuária satisfeita). Entretanto, percebeu-se uma maior preocupação e preponderância dos sujeitos deste estudo pelo uso dos conhecimentos e equipamentos no contato com o seu objeto de trabalho, do que com as relações.

Para Lopes et al.[64], as competências profissionais dos(as) enfermeiro(as) devem ser constantemente aprimoradas por meio de metodologias ativas, que estimulem o pensamento crítico-reflexivo capaz de identificar as necessidades de saúde das famílias em dada comunidade. Tanto os trabalhadores, como gestores, precisam propor novos conteúdos e estratégias que vão além da normatividade do Ministério da Saúde e possam dar conta das singularidades dos sujeitos em meio à diversidade de objetos de trabalho.

**Atividades: sempre tem o dedo da enfermeira**

As ações desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF, enquanto atividades normatizadas ou não, são de naturezas múltiplas. Foram elencados: atividades relacionadas à coordenação da equipe; ao gerenciamento do funcionamento da unidade; às ações assistenciais, educativas, de vigilância e "burocráticas"; a supervisão; as reuniões comunitárias; as visitas domiciliares; as atividades intersetoriais e de ensino.

> Eh, eu faço tudo, né, faço as consultas que a gente tem aqui que é puericultura, pré-natal, hiperdia (que cuida dos hipertensos, diabéticos), planejamento familiar e as visitas domiciliares, também, que eu faço de puérperas, pessoas acamadas, assim, todas as pessoas que não pode vir aqui na unidade eu vou atrás deles. [...] tem a parte administrativa, [...] tudo que entra aqui e o que sai, tudo anotado, né? Todas as medicações, comprimido por comprimido, a gente tem tudo anotado. Todas as doenças que são de notificações, a gente tem que... todas as notificações são mandadas para a Secretaria toda sexta-feira, a gente manda se teve diarreia, caso de diarreia, coqueluche [...] Por exemplo, teve um caso de rubéola, a gente sai pra fazer essa busca-ativa dos pacientes, faz a vacinação, é... tem essa parte de investigação de óbito que a gente faz [...]. Tem pacientes que eu dou uma olhada, né, se é um curativo mais assim infectado, quer que eu dê uma olhada, os técnicos me chamam, eu vou, e eu mesmo faço o curativo. Tem puérperas que só querem que eu faça a retirada de pontos [...]. Então, assim, pego os dados na mão das agentes comunitárias, porque assim, a enfermeira ela fica com a entrega de dados, ela tem que pegar os dados dos técnicos, eu tenho que pegar os dados do dentista também, dados do médico, do técnico e o meu. E1

> Na verdade, eu que sou a coordenadora, né? Eu que fico, eu faço a escala de serviço das técnicas de

> enfermagem, eu tenho um mural que eu coloco tudo, né, a divisão de trabalho, de serviços das técnicas, que aqui são três. [...] Faço, também, escala de sala de espera, que a equipe toda tem que fazer e eu, também. Fiz junto com a equipe um cronograma de atividades, [...] na verdade eu atendo por programa, né? [...] Trabalha muito com a parte educativa, a gente trabalha com mulheres, com os programas preconizados pelo ministério, Hiperdia, trabalha com os hipertensos e a gente trabalha muito com a atividade educativa, a gente realiza visitas domiciliares e trabalha com crianças, mulheres, homens, idosos [...]. Então, sempre tem o dedo da enfermeira. E2

A grande quantidade de atividades que o enfermeiro desenvolve, faz com que se reconheça como um "faz-tudo". Consultas, visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos, vacinações, investigações, curativos, retirada de pontos, coordenação da unidade, realização de escala de atividades dos técnicos de enfermagem e cronograma de atividades da equipe, supervisão, atividades educativas, registros, recolhimento dos dados da produtividade dos membros da equipe, confecção de relatórios para encaminhamento de usuário, contas, correções e encaminhamento dos dados pra a Secretaria de Saúde. Tudo isso são atividades que ratificam a polivalência da(o) enfermeira(o) que atua na ESF, base organizativa do próprio funcionamento institucional que tangencia, regula e orienta o processo de trabalho dos demais integrantes da equipe multiprofissional.

Pavoni e Medeiros[65] apontam para o acúmulo de atividades como provocador de sobrecarga de trabalho que impede essa(e) trabalhadora(or) de exercer suas ações com qualidade.

As atividades administrativas são realizadas, prioritariamente, na USF ou em casa, enquanto as de natureza técnica acontecem em diversos espaços internos da USF e, também, extramuros, como sintetizadas no Quadro 4.

Essa divisão do trabalho por espaço, de acordo com a natureza técnica da atividade pode ser melhor compreendida com a análise do outro elemento que complexifica o processo de trabalho em saúde (Figura 1).

**Espaço/tempo: desconforto, desorganização, carência, aceleração descobertas**

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

**Quadro 4.** Espaços e atividades desenvolvidas por enfermeiros na ESF. Feira de Santana, Bahia, 2011

| | |
|---|---|
| **USF** | 1. Coordenação da equipe<br>1. Elaboração de escalas de trabalho de técnicos de enfermagem<br>2. Reunião de equipe<br>3. Controle de frequência e escala de férias<br>4. Organização da escala de sala de espera<br>2. Gerenciamento de "coisas"<br>1. Solicitação de materiais de consumo e/ou permanente<br>2. Controle de entrada e saída de insumos<br>3. Solicitação de manutenção<br>4. Confecção de ofícios e comunicações internas<br>3. Atendimento de programas (HIPERDIA, Pré-natal, Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, Coleta de preventivo, Planejamento Familiar, entre outros)<br>4. Preceptoria de estágio supervisionado em rede básica de graduandos de enfermagem e do PET-Saúde.<br>5. Avaliação e/ou execução de determinados procedimentos<br>6. Notificação e investigação de doenças e agravos<br>7. Registros burocráticos dos atendimentos<br>8. Coordenação e/ou realização de grupos educativos<br>9. Fechamento de produção de procedimentos e atendimentos profissionais<br>10. Organização e encaminhamento de dados para a Secretaria Municipal de Saúde |
| **Espaços comunitários** | 1. Visita domiciliar<br>2. Busca ativa de casos ou de faltosos<br>3. Notificação e investigação de doenças e agravos<br>4. Realização de grupos educativos<br>5. Reuniões comunitárias<br>6. Supervisão de Agentes Comunitários de Saúde<br>7. Realização de feiras de saúde |
| **Domicílio** | 1. Fechamento de produção de procedimentos e atendimentos profissionais<br>2. Organização e encaminhamento de dados para a Secretaria Municipal de Saúde |

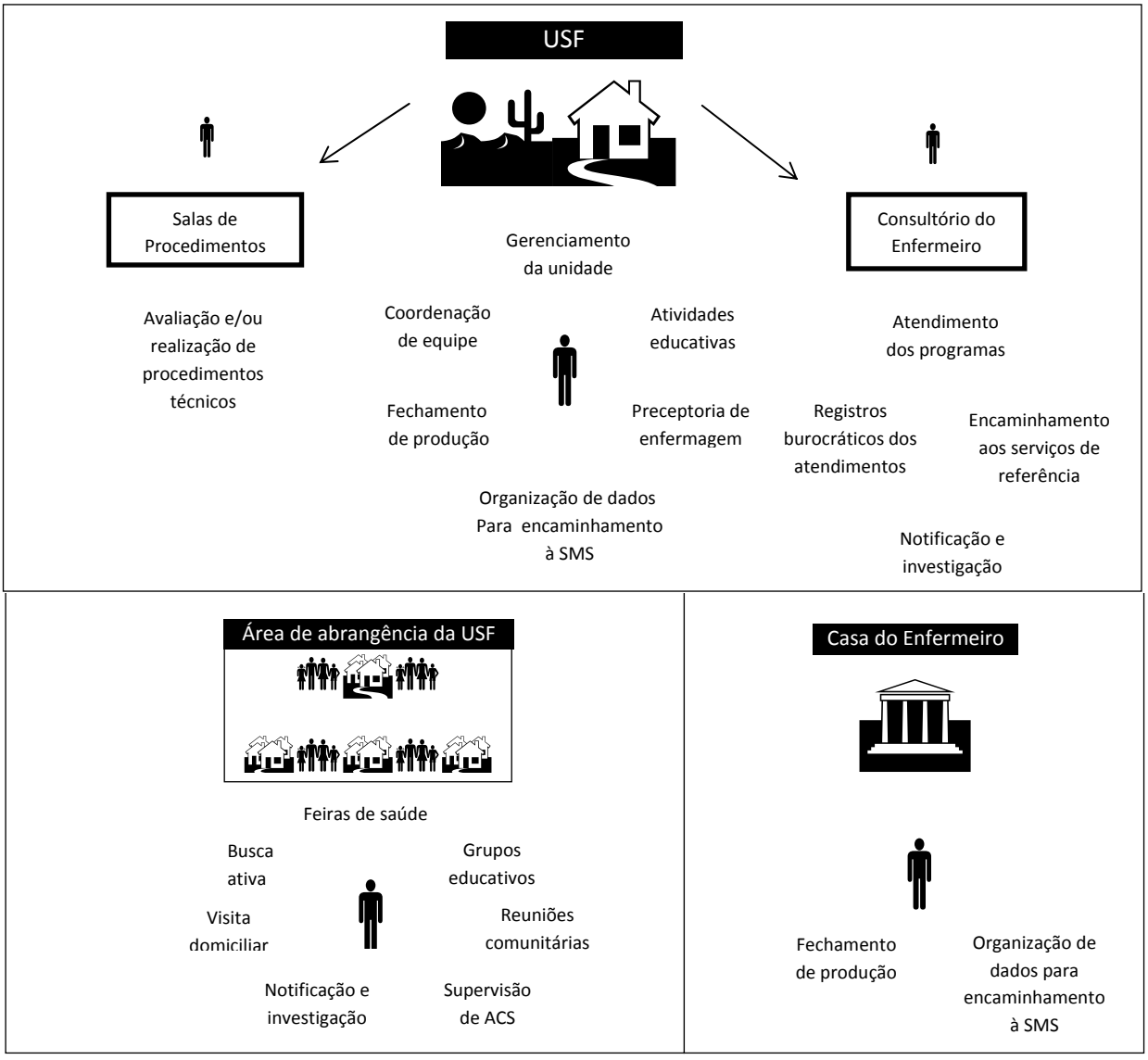



**Figura 1.** Representação gráfica das atividades realizadas pelo enfermeiro nos diferentes espaços de trabalho. Feira de Santana-BA, 2011

desses dados para seu encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde.

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

Nesse sentido, Bins Ely[66] enfatiza que espaços adequados de trabalho exigem menor esforço, contribuem para a satisfação e segurança do trabalhador e, por conseguinte, resultam em impacto positivo na sua saúde.

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

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

Ressalta-se que, apesar de E5 referir-se aos padrões inusuais da sua USF, a mesma precisava de manutenção, uma vez que existiam locais (sala de vacina, curativo, esterilização, sala de triagem neonatal e consultório odontológico) com presença de colônias fúngicas (agentes biológicos), expondo pacientes e os profissionais que atuam nesses espaços.

Seis da(os) oito enfermeiras(os) afirmaram que contavam com uma infraestrutura desprovida do mínimo conforto e que isso interferia no trabalho, na saúde física e mental da equipe.

> A unidade era pra ser bem mais confortável, né? Porque tem um espaço enorme, mas não tem sala de atividades educativas, não tem copa, né? [...] Eu sempre faço oficio para ampliar a unidade, mas, nunca, a prefeitura nunca reformou.

> Porque é prédio próprio, não é casa alugada, né? [...] não é muito ventilado, sala de odontologia mesmo é bem abafadinha. E2

Corroborando, no estudo de Rodrigues, Lima e Roncalli[67], a falta de infraestrutura nas USF é muito criticada pelos sujeitos, inclusive enfermeiros, e constitui-se em um dos gargalos da estratégia, pois que tem dificultado, expressivamente, a efetivação das ações de saúde e, portanto, a produção do cuidado durante o processo de trabalho das equipes.

Essa situação é agravada quando os outros locais do território não oferecem também boas condições para a realização das atividades externas.

> [...] é tudo no meio da improvisação, por exemplo, a gente vai na igreja, o que tem na igreja para a gente sentar é aqueles bancos grandes [...]. Assim, iluminação é precária, porque não tem aquela iluminação, é só aquela iluminação de você abrir a janela, né? Não tem ventilação também, a ventilação é do vento mesmo, através da janela. [...] A mesma coisa, aqui também a gente não tem aquele conforto total porque aqui falta com a estrutura física, falta muita coisa. Ar condicionado, farmácia quando tá na época de verão [...] é desumano ficar na farmácia, porque assim, a única ventilação que a gente tem na farmácia é uma janela de 60 cm, né? Então ficar ali é horrível [...]. Então, conforto, infelizmente, não temos. [...] Falta armário, falta arquivo para a gente arquivar coisas do próprio PSF, não tem um ar-condicionado. Então, é desagradável, não tem conforto, é muito ruim. E3

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

As realidades expostas expressam carência "dentro e fora dos muros" da USF. Passa a existir uma semelhança entre os espaços, ou seja, a ESF é carente como a comunidade. Essa situação remete a Mário Testa[68:162], quando esse afirma que a "atenção primária de saúde se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria, para uma população idem". Então, nesse caso reproduz-se o espaço da escassez, da pobreza, da falta. É um espaço de vazios.

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

Além da percepção de conforto, existe uma questão mais preocupante, enfocada nesse estudo, que é o risco no ambiente de trabalho. Mauro et al.[69] define risco ocupacional como aquele oriundo das atividades insalubres e perigosas, com exposição a fatores biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes no ambiente, cuja ausência de mecanismos de controle podem trazer implicações negativas à saúde dos profissionais.

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

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

A presença de risco biológico e de acidente na USF frente a alguns agentes biológicos como fungos e estruturas comprometidas, apesar da invisibilidade decorrente do "acostumar-se", é percebida por outro trabalhador, quando estimulado pela entrevista, na hora do "curativo", quando o acondicionamento do lixo fica dificuldade pelo tamanho reduzido da unidade. O telhado, as paredes com mofo, o forro que pode cair, se tornam rotina.

Durante a observação na USF do E4, foi visualizado a inexistência de banheiro de usuários, copa, expurgo, almoxarifado ou depósito de materiais de limpeza, gerando o acondicionamento dos mesmos em locais impróprios, como a pequena área de circulação da unidade e no banheiro dos funcionários. Os instrumentais para a realização de curativo eram lavados na própria sala de curativo, na pia de lavagem das mãos. Os *containers* para armazenamento de lixo, durante o dia, ficavam localizados próximo à porta de entrada da unidade, junto aos usuários, uma vez que a recepção da unidade, mal cabia os equipamentos. E, no final do dia de trabalho, os *containers* eram acondicionados no consultório do médico.

Além disso, existia também presença de mofo na área de circulação interna da USF, na sala de vacina e esterilização. A presença de mofo, além aumentar o risco de contaminação em procedimentos de vacina e esterilização de instrumentais, expondo a saúde dos usuários, também, expunha os profissionais que referiram rinite e sinusite. O consultório de enfermagem era pequeno, pouco ventilado, e as refeições feitas no consultório médico.

Especificamente no caso dessa USF, que se mostrou a mais precária, inclusive em relação a várias outras que foram visitadas, mas não foram selecionadas para o estudo, chamou à atenção a naturalidade do enfermeiro naquele espaço. É possível ver no extrato da entrevista como foram necessárias diversas intervenções por parte do entrevistador para que ele visse o que seria totalmente visível para qualquer um. A precariedade não mais afeta o sentido, pois de tão banal, torna-se invisível. Mas, ele referiu que a Secretaria de Saúde estava à procura de um imóvel mais adequado para mudar a localização da USF.

Salienta-se, ainda, que os entrevistados revelaram uma percepção de risco não restrita às questões biológicas, mas outro tipo de risco que abarcava as "questões sociais" e de segurança, onde a violência, a miséria e o tráfico de drogas desencadeiam risco de alta periculosidade para a saúde do trabalhador. Isso é explicitado no depoimento de E1: "o índice de traficante, de marginal também é muito alto. [...] eu já até comentei: 'Meu Deus do céu! Se acontecer alguma coisa aqui, a gente vai sair por onde?!' Porque você vê que as janelas são pequenas, tudo gradeada e a gente não têm como sair".

A vulnerabilidade e violência apresentam uma relação com o território em que as (os) entrevistadas(os) atuam. As ameaças e intimidações representam agressões verbais e acarretam fortes impactos para a saúde do trabalhador. Em pesquisa realizada com enfermeiros, Santos et al.[70] assinalam que ao serem vítimas da violência, esses profissionais passam a desencadear episódios de desânimo, estresse, frustração, tristeza, que implicam em riscos para a sua saúde e ao mesmo tempo comprometem a qualidade do trabalho realizado.

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

Esses depoimentos se tornam preocupantes, uma vez que revelam, por um lado, a impossibilidade de atender à todas as demandas da comunidade com "carro da Secretaria" e, por outro, a vulnerabilidade e o desamparo dos trabalhadores, sentido por E8: "A gente fica muito aqui à mercê".

Assunção e Jackson Filho[71] advertem que, frente a situações desse tipo, o apoio social da equipe e da gestão é imprescindível para a estabilidade mental ou emocional dos trabalhadores. Por outro lado, asseguram que este suporte não tem sido uma realidade nos estudos realizados e que esta omissão se reflete no bem-estar e no contentamento daqueles que trabalham para cuidar.

Na proposta da saúde da família, rompe-se com a ideia de que a unidade é o único espaço de trabalho. Adentrar domicílios e demais espaços comunitários permite o contacto com as singularidades dos indivíduos e das famílias, considerando os aspectos socioeconômicos que os rodeiam. Quando os enfermeiros conseguem "quebrar os muros" da USF, abre-se um grandioso espaço para o desenvolvimento de interrelações, que não devem ser restritas à equipe multiprofissional, a despeito da vizinhança, porventura, violenta.

Nas escolas, igrejas, creches, nascem parcerias para o trabalho e possibilidades de resultados mais consistentes. Os depoimentos a seguir convergem e apresentam o desenvolvimento de atividades em áreas "descobertas" pela ESF.

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

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

Apesar de fazer menção a outros espaços para a realização do trabalho não restritos à USF, observou-se que, na prática, nem sempre isso pode ser visto com entusiasmo. O(A) entrevistado(a) 5, em determinado momento, quando um ACS da equipe solicitou sua presença durante a realização de uma visita domiciliar, esta foi prontamente delegada ao técnico de enfermagem.

Um espaço não mencionado nas portarias que sustentam a Saúde da Família. Levar trabalho para a casa pode não atender o que está prescrito, mas se torna real diante da superposição e sobrecarga de atividades realizadas pelo enfermeiro na ESF. Nessa perspectiva, entende-se que o trabalho da ESF "invade a vida" do enfermeiro, pois nos momentos que poderia estar desfrutando de atividades de lazer ou em companhia da família continua a realizar atividades do trabalho.

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

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

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

Depois de adentrar nos espaços de trabalho do enfermeiro na ESF, é preciso ainda analisar como se dá a divisão do tempo durante a sua jornada para o desenvolvimento das múltiplas atividades pelas quais é responsável.

No momento das observações do cotidiano de trabalho dos(as) enfermeiros, visualizaram-se, nos murais de todas as unidades, a presença de um planejamento de atividades semanais, no qual eles fazem uma divisão do tempo direcionada para o cumprimento de atividades, denominado por eles de "cronograma de atendimento". Assim, existe um turno preestabelecido para cada atendimento (Hiperdia, Preventivo, Planejamento Familiar, Pré-natal, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Visita Domiciliar) e, apesar de predeterminadas, as "fatias" do tempo (turnos matutino e vespertino) para uma atividade específica, não existia simetria nessa divisão, uma vez que o tempo acabava fragmentado para atender demandas não previstas, a exemplo de atividades gerenciais que se entrelaçavam às demais, no dia a dia de trabalho na ESF.

Um dos depoimentos traz à tona a preocupação do(a) enfermeiro(a) com o tempo dispensado para as consultas individuais, devido à atenção dada a cada paciente e ao volume de registros realizados em cada atendimento.

> Eu faço o possível pra atender entre 15 a 30 minutos cada consulta, porque eu acho que tem que... ainda acho pouco, porque é muita coisa pra perguntar, é muita coisa pra anotar, são muitos detalhes, né? Então, eu tento dividir pra terminar umas 11:30 e aí fazer alguma coisa de gerência, porque sempre tem algum pedido, algum ofício pra mandar, alguma coisa que quebra, né? E2

E2 demonstrou sentimento de angústia e agonia pelo volume de atividades para cada turno de trabalho. Referiu, no momento da observação, não ter tempo disponível para atender às suas próprias necessidades físicas básicas, no ambiente de trabalho, como ir ao banheiro e tomar água, e por essa ausência de zelo, para consigo própria, já havia tido repetidos episódios de infecção urinária. Ora, quanto paradoxo!

Outro aspecto que merece ser mencionado é que, apesar do Ministério da Saúde não recomendar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, ou patologias, pois entende isso como um obstáculo ao acesso dos usuários[60], os enfermeiros de Feira de Santana ainda trabalhavam nessa lógica. Entretanto, nas observações visualizou-se que, quando existia a busca por determinado atendimento que não estava planejado para aquele dia, os enfermeiros acolhiam a demanda e realizavam o atendimento. Ou seja, é um trabalho que embora se tente "organizar" a demanda, é marcado por uma certa "imprevisibilidade".

Essa observação converge com a afirmação de outro entrevistado de que, embora existisse um cronograma para a realização das atividades, havia também uma flexibilidade para atender pacientes que desejassem "dar a palavrinha" com a(o) enfermeira(o), demandas extras que surgiam no decorrer do dia de trabalho, além dos remanejamentos.

> Oh, normalmente, eu sempre procuro atender todo mundo rapidamente, atender logo pra não ficar esse aglomerado de pessoas aí fora. Então, normalmente, eu sempre tento chegar mais cedo pra liberar todo mundo, porque sempre [...] tem os extras, então sempre tem alguém que dá a famosa palavrinha, né? "Não! Quero dar uma palavrinha!", na verdade não é uma palavrinha é uma consulta, né? E6

Atender a toda demanda que chega à USF pode retratar as especificidades do próprio modelo de atenção, que preza para lógica do acolhimento e resolubilidade dos problemas de saúde da população, mas, também, remete à essência da profissão de enfermagem, sempre de acolher e cuidar. Essa dificuldade em dizer não ao usuário pode deixar contribuir para a sobrecarga e desgaste do(a) enfermeiro(a). Embora, o tempo do enfermeiro da ESF seja *a priori* "planejado", a imprevisibilidade e as múltiplas atividades existentes sob a sua responsabilidade, tornam esse tempo, decerto, acelerado.

Sobre as atividades que enfermeiros gastam maior tempo para realizar, o pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança demandavam maior investimento de tempo por envolver ações educativas na sua realização.

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

> Normalmente é atendimento a criança, acompanhamento e desenvolvimento da criança. Por quê? Porque normalmente a criança chora e dá um trabalho para tirar a roupa, pra pesar, as mães também, na maioria, são poliqueixosas. E6

Por outro lado, E8 refere um maior gasto de tempo para as atividades "burocráticas", entendidas por ele como o registro do trabalho executado, preenchimento de formulários de cadastro e/ou acompanhamento, protocolos e similares. Esse achado corrobora com o estudo de Santos et al.[70] que traz o excesso de atividades burocráticas, traduzidos pela grande quantidade de papéis para preenchimento, como uma exigência de tempo que dificulta o desenvolvimento de outras atividades.

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

Esse relato é bastante enfático: se gasta muito tempo com a "burocracia" e pouco com o cuidado. Se os enfermeiros não conseguem nem cuidar de si como cuidarão do outro? Ou, se não cuidam do outro, como cuidarão de si? O círculo vai se fechando.

Uma questão que, igualmente, chama à atenção é a cobrança por produtividade, também encontrada em outros estudos[5,72,73], como mantenedora de ações curativo-assistenciais

que dificultam a realização de outras atividades da Estratégia Saúde da Família. A constante cobrança por produtividade pela gestão caminha na contramão dos objetivos dos trabalhadores da saúde. Essa questão aliada à atividade intensa pode comprometer a qualidade do trabalho e provocar sofrimento para o profissional[72].

**Produtos do trabalho: promoção, prevenção, cura, reconhecimento**

Outro elemento investigado nessa pesquisa foram os produtos do trabalho. De acordo com os depoimentos, o que se constata é que o produto final do processo de trabalho está vinculado à atenção prestada que reflete em transformação de hábitos e comportamentos que trazem mudanças reais para a saúde da população. Muitas vezes, o bom resultado do trabalho do enfermeiro na ESF está articulado com o vínculo que esse profissional tem com o usuário, com a família e com a comunidade. O vínculo reflete a aceitação e credibilidade do profissional pela comunidade e, consequentemente, a adesão ao acompanhamento, conforme destacado no depoimento a seguir:

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

Outra questão de relevância é trazida pelos(as) entrevistados(as) 2 e 6, que se convergem. Trata-se da redução de complicações de algumas patologias e cura de outras, redução de gestação sem planejamento e frequência regular de mães e crianças no serviço de imunização.

> Assim, a gente tá conseguindo melhorar a questão do planejamento familiar que era, assim, bastante desorganizado. É, a gente tá conseguindo reduzir gravidez na adolescência, a gente tá trabalhando bastante com essa população. Hanseníase, também, a gente conseguiu já eliminar alguns casos, né, os pacientes já fizeram tratamento, já tiveram cura. Então, são essas coisas. E6

O Relatório da Organização Mundial de Saúde[74:59] traz que as Equipes de Atenção Primária (Básica), "não podem responsabilizar-se de uma forma compreensiva pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida." Nesse sentido, entende-se que as(os) enfermeiras(os) e as Equipes de Saúde da Família não têm autonomia e governabilidade para garantirem à comunidade a resolubilidade de todos os seus problemas, porque dependem diretamente das decisões da secretaria de saúde municipal e da rede de serviços disponibilizada. O fato de nem sempre poder contar com essa "rede", faz com que os profissionais fiquem insatisfeitos, uma vez que não existe uma continuidade do cuidado planejado para a coletividade de sua área de abrangência.

Um depoimento diferente sobre os resultados oriundos do trabalho do enfermeiro é a questão do reconhecimento da comunidade e da secretaria de saúde. Para a(o) entrevistada(o) E8, ser reconhecido(a) pelo que faz é o melhor reflexo dos resultados alcançados. A valorização do trabalho que realiza conduz à motivação para continuar prosseguindo, apesar das dificuldades, em busca de suas aspirações: "eu sonho em melhorar isso!".

> Às vezes, eu acho o maior e o melhor deles é o reconhecimento da comunidade do nosso trabalho, isso é bastante positivo e, também, o reconhecimento por parte da coordenação do nosso trabalho, isso em reuniões, às vezes eles citam, elogiam! A gente fica bastante feliz com isso, que de qualquer forma é nosso trabalho que tá sendo visto e analisado, valorizado. [...] alguns indicadores a gente não alcançou a meta, é verdade, bem poucos, eu posso citar a gravidez em adolescente. [...] E nosso indicador aqui, gravidez na adolescência é muito alto, eu sonho em melhorar isso! E8

Para o Entrevistado 8, ser reconhecido pelos "outros" (comunidade e coordenação) fortalece a relação do enfermeiro com o seu coletivo de trabalho porque o faz ser "visto, analisado e valorizado".

Transformar essa realidade (elevado índice de gravidez na adolescência) pode se constituir em desafio. Quando o sujeito consegue transformar as dificuldades e frustração em objetivo, em sonho, ele dá o passo no sentido da superação, mas para que isso aconteça é necessário empenho e a sensação de valor. Marrone e Mendes[75] trazem o reconhecimento como produto das conquistas do fazer do trabalhador e, por conseguinte, das suas contribuições à organização do trabalho, designadamente aquelas dirigidas à superação das contradições entre a atividade prescrita e real. Portanto, o reconhecimento é considerado como um dos símbolos para constituição da identidade do trabalhador na sociedade

Ferreira[76:48], por sua vez, diz que "tornar o reconhecimento uma realidade significa respeitar a singularidade de cada indivíduo, considerar adequadamente os produtos por ele gerados, reverenciar apropriadamente seu *savoir-faire* e assinalar judiciosamente seu empenho para realizar com sucesso uma tarefa".

Por fim, convém examinar alguns aportes recentes[77] sobre a precarização do trabalho e a identificação de perfis relacionados em estudo na ESF de Feira de Santana, no mesmo período aqui estudado. Trabalhadores com alto suporte social e baixa remuneração formavam 21,4% das equipes; trabalhadores com maior escolaridade e sem direitos sociais representavam 33,1%; e trabalhadores com baixos rendimentos mensais baixos eram a maioria (45,5%).

Os achados epidemiológicos referidos[77] reforçam as questões aqui discutidas: o enfermeiro, sujeito trabalhador da ESF, possui vínculo empregatício fragilizado, e, portanto,

concilia este com outros trabalhos; reconhece o usuário e a comunidade como o seu principal objeto de trabalho e trabalha para prevenir doenças, apesar de, ainda, estar "preso" a práticas assistencialistas e gerenciais, baseadas, basicamente, no uso de tecnologias duras e leve-duras.

Em síntese, a(o) enfermeira(o) é um(a) profissional de múltiplas atividades que são desenvolvidas na própria unidade, nos espaços comunitários e, ainda, no seu domicílio; dedica maior parte do seu tempo às atividades na USF, e mesmo tendo um cronograma e agendamento de pacientes, atendem, também, as outras demandas que surgem diariamente; o principal produto do seu trabalho está vinculado a mudanças de hábitos e comportamentos, que reflete, positivamente, na saúde da população. Os espaços preconizados de trabalho, não se mostram confortáveis e oferecem riscos biológicos, ergonômicos e psicossociais, marcados pela violência a que está exposto. Assim, o processo de trabalho dessa(e) trabalhador(a) -profissional, mesmo decomposto em elementos, é complexo e indissociável em seu conjunto. Portanto, um trabalho essencialmente marcado por significados singularizados.

## CONCLUSÃO

O prazer para as(os) enfermeiras(os) que atuavam na ESF remetiam, em suas reflexões, para a redução do sofrimento de um outro, ser valorizado e reconhecido por isso. Essa sensação, também se relacionava com o bem-estar e satisfação que o trabalho lhes proporcionava, através das significações abstratas e concretas. Embora existissem facilidades para a realização do trabalho, as dificuldades se mostraram mais enfáticas e, em sua maioria, fora do poder de governabilidade do enfermeiro.

O desgaste provinha da sobrecarga de atividades, do excesso de fazeres burocráticos e participação incipiente da comunidade nas atividades educativas da ESF. A insatisfação, por sua vez, emergia da precariedade do trabalho, fonte de medos e incertezas. O sofrimento, assim, era potencializado pelas situações que impossibilitavam a(o) enfermeira(o) de resolver os problemas dos pacientes-usuários-sujeitos outros do cuidado, com suas circunstâncias organizacionais, políticas e sociais vinculadas ao universo da ESF. Esse sofrimento, por sua vez, podia, como ainda continua podendo, ser conduzido ao adoecimento se este(a) trabalhador(a) não dispuser de estratégias efetivas de enfrentamento.

As atitudes de enfrentamento narradas eram do tipo amenizadoras, na medida em que se refugiam apenas em atitudes que apresentam relevância para o indivíduo, mas não são provocadoras de mudanças. A reapropriação da realidade do trabalho e mobilização coletiva potencializam os "bálsamos" identificados, na forma de lazer, atividade física, música, entre outros e precisam ser seriamente repensadas pelo coletivo da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. 284p. [Dissertação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Porto Alegre, 1995.

2. Carneiro MA. LDB: fácil leitura crítica compreensivo artigo a artigo. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

3. Ferreira ABH. Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

4. Tomasi E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.Cad. Saúde Pública 2008; 24(1):S193-S201.

5. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP 2007; 41(supl):777-781.

6. Chiavenato I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas; 1997.

7. Mendes R. Medicina do trabalho e doenças profissionais. São Paulo: Sarvier; 1980.

8. Gehring Júnior G, et al.Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Rev. bras. epidemiol. 2007; 10(3):401-409.

9. David HMSL. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. Texto contexto – enferm.2009; 18(2):206-214, 2009.

10. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2001; 35(3):303-311.

11. Tomasi E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Rev. Bras. Epidemiol. 2007;10(1): 66-74.

12. Leal-Silva EA. Relações de trabalho dos trabalhadores de saúde da atenção básica de Cruz das Almas – BA: avanços e retrocessos. [Dissertação – Universidade Estadual de Feira de Santana]. Feira de Santana: UEFS; 2007.

13. Lancman S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2009; 43(4): 682-688, 2009.

14. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

15. Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI (org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 57-124.

16. Dal Pai D, Lautert L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. Acta paul. enferm. 2009; 22(1):60-65.

17. Mendes AM. Os novos paradigmas de organização do trabalho: Implicações para saúde mental do trabalhador. Rev. Bras de Saúde Ocupacional 1995; 23(85/86):55-60.

18. Lima FB. Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de Call Center. [Dissertação – Pontifícia Universidade Católica]. Campinas: PUC; 2004. 114p.

19. Lisboa MTL. As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho [Tese – Escola de Enfermagem Anna Nery]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio Janeiro; 1998.

20. Krahl M, Saupe R. O prazer e o sofrimento no cotidiano do enfermeiro de centro cirúrgico. Texto & Contexto enferm. 2000; 9(2):519-28.

21. Martins JJ, Faria EM. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. Texto & Contexto enferm. 2002; 11(1):222-43.

22. Shimizu HE, Ciampone MH. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital – escola. Rev. esc. enferm. USP 2002; 36(2):148-55.

23. Silveira GRM. Trabalho e saúde no hospital: o caso das trabalhadoras de enfermagem do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. 2003. [Dissertação – Escola Nacional de Saúde Pública]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. 126p.

24. Souto MC. CTI oncológico: as experiências do trabalhador de enfermagem com os riscos, sofrimento e prazer. 2003. 110p. [Dissertação – Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2003.

25. Coimbra VC. et al. A saúde mental e o trabalho do enfermeiro. Rev. Gaucha Enferm. 2005; 26(1):42-9.

26. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. Rev. enferm. UERJ 2006; 14(1):93-99.

27. Campos JF. Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro. 2008. 121p. [Dissertação – Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro: UERJ; 2008.

28. Graranhani ML, et al. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. SMAD, Rev. eletronica saude mental alcool drog. 2008; 4(2).

29. Trasael ES, Merlo ARC. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. Psico 2009; 40(1): 102-109.

30. Tavares JP, et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. Esc. Anna Nery Rev. enferm. 2010; 14(2):253-259.

31. Lancman S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, SznelwarLI. (org). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011, p. 31-54.

32. Katsurayama M, Parente RCP, Moretti-Pires RO. O trabalhador no Programa Saúde da Família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. Trab. educ. saúde 2016; 14(1):183-198.

33. Freitas PH, Beck CLV, Viero V, Fernandes SMN, Machado KL. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na Estratégia Saúde da Família. Texto contexto - enferm. 2016; 25(4):e3050014.

34. Maissiat GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2015; 36(2):42-9.

35. Cardoso CML, Pereira MO, Moreira DA, Tibães HBB, Ramos FRS, Brito MJM. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. Rev. Esc. Enferm. USP 2016; 50(n.esp):089-095.

36. Couto TSCA. Repercussões do processo de trabalho na saúde do enfermeiro do programa saúde da família: prazer e sofrimento. [Dissertação – Universidade Estadual de Feira de Santana]. Feira de Santana: UEFS; 2012.

37. Ministério da Saúde (BR). Brasília: DATASUS.[acesso em 5 jun 2011]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php

38. Feira de Santana (BA). Relatório de Recursos Humanos 2010. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.

39. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. DOU.Edição n.18, 25 jan. 2008.

40. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas; 2009.

41. Minayo MCS; Deslandes SF; Gomes R. (Orgs.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009.

42. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2009.

43. Trivinõs AN. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

44. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

45. Freud S. Além do Princípio do Prazer. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Rio de Janeiro: IMAGO, 1990.

46. Freud S. O Mal-Estar na Civilização. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: IMAGO, 1990, 73-172p.

47. Dejours CA. Carga psíquica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2009. p. 21-32.

48. Araújo MFS, Oliveira FMC. A atuação do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a satisfação profissional. CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, 2009; 14: 03-14.

49. Testa M. Vida: Señas de Identidad (Miradas al Espejo). Salud colectiva 2005; 1(1):33-58.

50. Araújo TM, Rotemberg L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: Assunção AA, Brito J.Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2011.p. 141-142).

51. Merigui MAB. et al. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011; 19(1): 164-170, 2011.

52. Ximenes Neto FR, et al. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería 2009; 16.

53. Lopes E, Bousquat A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Med. Fam.Comum. 2011; 6(19): 118-24.

54. Salmeron NA, Fucítalo AR. Programa Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. Redalyc, Editorial Bolina, 2008; 4(19):25-29.

55. Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. R. Enferm. UERJ 2007; 15(1):46-52.

56. Peduzzi, M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Rev. Bras. Enferm. 2002; 55(4):392-398,.

57. Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro; 2001. Mestrado [Dissertação] - Fundação Oswaldo Cruz.

58. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP. (Orgs.). Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC; 2008.

59. Carneiro TSG, Carneiro PS, Pinto IS.O conflito como manifestação da dimensãopolítica dos enfermeiros na implementaçãodo PMAQ-AB. Saúde debate 2020; 44(125):310-321.

60. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n. 204, 24 out. 2011.

61. Almerin B. O uso do território na Atenção Primária à saúde: estudo com médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). [Dissertação – Universidade Federal de Alfenas]. Varginha: UFA; 2017.

62. Pinto CAG. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. IN: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (org.). Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. HUCITEC, 2008, 411p.

63. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

64. Lopes, OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2020; 24(2): e20190145.

65. Pavoni DS, Medeios CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. Rev. bras. enferm.2009; 62(2): 265-271.

66. Bins Ely VHM. Acessibilidade espacial: condição necessária para o projeto de ambientes inclusivos. In: Moraes A. (org.). Ergodesign do ambiente construído ehabitado: ambiente urbano, ambiente público, ambiente laboral. Rio de janeiro: IUsEr; 2004.

67. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal.Ciênc. saúde coletiva 2008; 13(1):71-82.

68. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

69. Mauro MYC, et al. Riscos ocupacionais em saúde. Rev. Enferm. UERJ 2004;12:338-345.

70. Santos AMR, et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(1):84-90.

71. Assunção AA, Jackson Filho JM. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: Assunção AA, Brito J. Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2011.

72. Barbosa SP, Aguiar RAC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Rev. APS 2008; 11(4):380-388.

73. Oliveira GP, et al. Os desafios para a intervenção em saúde na estratégia desaúde da família segundo os profissionais. Cogitare Enferm. 2011; 16(3):448-54.

74. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Relatório Mundial de Saúde 2008. Geneva; OMS; 2008.

75. Morrone CF, Mendes AM. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. Rev. Psicol., Organ. Trab. 2003; 3(2).

76. Ferreira MC. "Chegar feliz e sair feliz do trabalho": aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: Mendes AM (Org.). Trabalho e Saúde: o sujeito entre a emancipação e servidão. Curitiba: Juruá Editora; 2008.

77. Elizabete Silva de Jesus Lopes ESJ, Araújo TM, Machado CJ. Indicadores de precarização do trabalho nas equipes de Saúde da Família. In: Barbosa FC (Org). Cuidado com a saúde: princípios fundamentais. Piracanjuba: Ed. Conhecimento Livre; 2020.

**ABSTRACT**

This article aims to analyze and discuss the work process of nurses working in the Family Health Strategy (FHS). This is a case study, qualitative, with eight nursing professionals, with higher education, from eight teams of the ESF in a municipality in the semiarid region of Bahia. The data collection techniques used were semi-structured interviews and systematic observation, and the method of analysis was thematic content. The results identified a perception of pleasure related to the reduction of the other's suffering and the resulting recognition. This perception of well-being was also associated with job satisfaction. Although there were facilities for carrying out the work, the difficulties proved to be more emphatic and, for the most part, outside the nurse's power of governability. The wear came from the overload of activities, the excess of bureaucratic tasks and the incipient participation of the community in the educational activities of the ESF. Coping strategies pointed to ineffective individualized tactics for the transposition of work suffering with nuances of submissive behavior, use of evasive activities such as leisure, physical activity, religious pursuit, conversations, specific actions that did not directly affect the causes of work suffering, nor in the transformation of work and the subject.

**Keywords**: Family Health Strategy; Nursing; Pleasure; Suffering; Psychic stress.

**RESUMEN**

Este artículo tiene como objetivo analizar y discutir el proceso de trabajo de los enfermeros que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se trata de un estudio de caso, cualitativo, con ocho profesionales de enfermería, con estudios superiores, de ocho equipos de la ESF en un municipio del semiárido de Bahía. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas y observación sistemática, y el método de análisis fue de contenido temático. Los resultados identificaron una percepción de placer relacionada con la reducción del sufrimiento del otro y el reconocimiento resultante. Esta percepción de bienestar también se asoció con la satisfacción laboral. Si bien hubo facilidades para realizar el trabajo, las dificultades resultaron ser más enfáticas y, en su mayor parte, ajenas al poder de gobernabilidad de la enfermera. El desgaste vino por la sobrecarga de actividades, el exceso de tareas burocráticas y la incipiente participación de la comunidad en las actividades educativas de la ESF. Las estrategias de afrontamiento apuntaban a tácticas individualizadas ineficaces para la transposición del sufrimiento laboral con matices de conductas sumisas, uso de actividades evasivas como el ocio, la actividad física, la persecución religiosa, las conversaciones, acciones puntuales que no afectaban directamente las causas del sufrimiento laboral, ni en la transformación del trabajo y el sujeto.

**Palabras clave**: Estrategia de Salud de la Familia; Enfermería; Placer; Sufrimiento; Estrés psíquico.