

Processo de Trabalho e Produção do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a Realidade de Enfermeiras

Work Process and Care Production in The Health Family Strategy: Nurses' Reality

ANA CLÁUDIA CARDOSO CHAVES¹
VERA LÚCIA DO AMARAL E SILVA²

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de trabalho da enfermeira que atua na ESF, identificando potencialidades e fragilidades na promoção do cuidado aos usuários. *Material e Métodos:* Estudo de caso exploratório, com abordagem qualitativa e marco teórico conceitual na perspectiva hermenêutica dialética, considerou campos empíricos as Unidades de Saúde da Família do Alto do Mateus, João Pessoa-PB, e como sujeitos, enfermeiras que atuam na ESF. *Resultados:* O trabalho da enfermeira mostrou-se campo de contradições e conflitos, em que apesar de reconhecidas potencialidades no processo de trabalho, emergiram mais fragilidades, que comprometem a produção do cuidado e merecem investigação. *Conclusão:* Constatou-se que trabalho prescrito e trabalho realizado diferem entre si, e que as enfermeiras realizam atividades além do solicitado nas normas. Por outro lado, não realizam algumas tarefas que consideram incoerentes com as demandas reais de cuidado. Revelou-se, ainda, limitação na consciência do processo de trabalho por parte do trabalhador, o que pode significar incompreensão dos termos técnicos que caracterizam processo de trabalho, ou alienação em relação a este.

DESCRIPTORIOS

Saúde da Família. Trabalho. Enfermeiras.

SUMMARY

Objective: To analyze nurses' work process in the FHS, identifying potentialities and fragilities in care promotion to users. *Methodology:* This is an exploratory case study with qualitative approach and theoretical concept mark as hermeneutic dialectic perspective. Family Health Units from Alto do Mateus (João Pessoa-PB) were considered as empiric fields, and nurses working at FHS as individuals chosen to the study. *Results:* Nurses' work process revealed itself as a field of contradictions and conflicts, in which although some potentialities were recognized, more fragilities were found, what compromises care production and requires investigation. *Conclusion:* It was verified that prescript work and real work differs from each other and that nurses perform activities beyond what is stated in the rules. On the other hand, they do not perform some tasks considered incoherent with the real demands of care. It was also revealed limitation of awareness on the work process involving such workers, what may identify either incomprehension of technical terms that characterize the work process or alienation related to that.

DESCRIPTORS

Family Health. Labor. Nurses.

1 Enfermeira, especialista em Saúde da Família e Comunidade - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.
2 Nutricionista, professora doutora em Saúde Coletiva - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

Na tentativa de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família, como estratégia para a reorganização da produção de cuidados de saúde (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ter caráter substitutivo de antigas práticas centradas na doença. Para tanto, necessita do desenvolvimento de processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que devem se traduzir, especialmente, no desenvolvimento de ações humanizadas, hierarquizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

As equipes da ESF, neste contexto, são apontadas como a força motriz da mudança esperada, a partir da incorporação de novas formas de trabalho: em equipe multiprofissional, com área adscrita, responsabilidade sobre o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias, fixação de metas de produção segundo critérios quantitativos, bem como o estímulo ao exercício do controle social (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2007). Entretanto, este modo de trabalhar é apontado por diversos autores como um importante desafio para a consolidação da ESF, uma vez que há uma série de “condições envolvendo o processo de trabalho das equipes que dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo” (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004, p.442).

Segundo ANTUNES, (2001) *apud* FERNANDES, (2005), “o mundo do trabalho atual está marcado por profundas transformações nas relações capital-trabalho decorrentes da reestruturação do setor produtivo” e essa nova ordem econômica vem causando grande impacto no trabalho em saúde. Para GIRARDI (1996) *apud* FERNANDES, (2005), diante das repercussões do modo de produção capitalista neoliberal e dos avanços da ciência e tecnologia no setor saúde, “não basta a ciência acenar com formas mais ágeis e eficazes de terapêuticas e cuidados de saúde, sem antes olhar com atenção em que condições são realizados esses trabalhos.”

Tomando-se este enfoque na análise da profissional enfermeira na ESF, ROCHA *et al.*, (2009); ERMEL, FRACOLLI (2006), afirmam que cabe a esta uma das atribuições mais complexas no desenvolvimento da ESF, uma vez que seu trabalho envolve desde o cuidado direto aos indivíduos e coletividades, até o gerenciamento do trabalho da unidade de saúde, passando pela coordenação e supervisão do trabalho dos ACS e equipe de enfermagem, bem como do fluxo de materiais e insumos.

Para PEDUZZI (2000) *apud* PEDUZZI, ANSELMINI, (2002), o cuidado de enfermagem envolve ainda um “conjunto de ações de acompanhamento contínuo do

usuário/população no transcorrer de doenças ou ao longo de processos socio-vitais, visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Do mesmo modo, envolve monitoramento das condições de saúde, levantamento e acompanhamento de problemas de saúde no enfoque de risco ou de vulnerabilidade, de forma articulada à intervenção nos agravos de ordem patológica (ERMEL, FRACOLLI, 2006).

Fazendo referência ao exposto, alguns autores (ROSSI, LIMA, 2005, FERNANDES, 2005) colocam que a grande variedade de funções que a enfermeira assume neste cenário reflete uma posição de profissional polivalente, a qual muitas vezes desempenha papéis que não estão previstos no seu exercício profissional e deixa de realizar aquilo que lhe compete, devido à enorme quantidade de tarefas que obrigatória e cotidianamente devem executar em tempo útil. Com isso, correm ainda o risco de prejudicar a qualidade do cuidado e de trazer para si estresse, fadiga, tornando-se vulnerável a diversos problemas.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho da enfermeira que atua na ESF, identificando aspectos que possam configurar potencialidades e fragilidades na promoção do cuidado aos usuários do SUS.

Para tanto, pretende-se: caracterizar o processo de trabalho da enfermeira em USF do município de João Pessoa/PB, considerando seus elementos básicos (objeto, instrumentos e finalidade) e sua dinâmica; relacionar trabalho prescrito e trabalho realizado; identificar potencialidades e fragilidades do processo de trabalho que possam interferir na promoção do cuidado aos usuários.

A concepção de trabalho utilizada neste estudo considera que o trabalho, enquanto atividade humana, é realizado por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz sua existência humana. O trabalho, segundo ERMEL, FRACOLLI, (2006, p.535), é “determinado por uma necessidade ou carência, é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais, e também possibilita a livre criação.”

LAURELL, NORIEGA, (1989) *apud* SOUZA, LISBOA, (2006) definem que o processo de trabalho é ao mesmo tempo social e biopsíquico, tido como um modo específico de trabalhar – desgastar-se como enfrentamento de classe em termos de estratégias de exploração e resistência, que, por sua vez, determinam padrões específicos de reprodução e geração de bens.

O processo de trabalho se estrutura em alguns elementos básicos, que são: objeto de trabalho (matéria sobre a qual se aplica o trabalho); instrumentos de trabalho (meios de trabalho); e o próprio trabalho (atividade

adequada a um fim). Após a extração das características fundamentais dos elementos básicos do processo de trabalho, é preciso proceder à análise da relação entre eles para se reconstituir a dinâmica do processo de trabalho (LAURELL, NORIEGA, 1989 *apud* SOUZA, LISBOA, 2006). Acrescenta-se, ainda, que os agentes constituem do mesmo modo um dos elementos desse processo (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994 *apud* PEDUZZI, ANSELM, 2002) e, portanto, devem ser apreendidos e compreendidos no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho.

Neste sentido, entende-se que o trabalho da enfermeira permeia o cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado. Particularmente, o cuidado de enfermagem concebido como “um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população, no transcorrer de doenças ou ao longo de processos sócio-vitais, visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde” (PEDUZZI, 2000 *apud* PEDUZZI, ANSELM, 2002).

Complementando esta concepção técnico-científica, considera-se ainda uma dimensão subjetivo-relacional do cuidado em saúde, aqui descrita por BOFF (2000) *apud* CRUZ, (2009, p.86),

“Cuidar é considerado mais que um ato, é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo, de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Cuidar, entendido enquanto relação inter-subjetiva que se desenvolve num tempo contínuo e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro.”

Sob o enfoque da Saúde Coletiva, o cuidado à saúde refere-se ainda a “um conjunto de ações eticamente comprometido com o seu objeto, perpassando pelos valores de solidariedade, equidade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito à diferença, e democracia.” (PAIM, 2007 *apud* CRUZ, 2009).

O cuidado é associado em múltiplas referências ao domínio do núcleo específico da prática de enfermagem e, conforme a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado de LEININGER, (1985) *apud* CRUZ, (2009), o cuidado é a essência da enfermagem.

Para ROSSI, LIMA, (2005), a atuação do enfermeiro vai além da relação individual com o usuário, conferindo caráter coletivo e de responsabilização

também pelas atividades dos componentes da equipe de enfermagem. O papel do enfermeiro na construção desse trabalho coletivo é preponderante por este ser um dos articuladores dos processos de trabalho, interagindo com todos os profissionais da saúde, e coordenando a organização desses processos. Não raro também é que ele seja o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário, para a maioria dos profissionais da equipe de saúde e para os diferentes serviços que fazem parte do universo da saúde.

Diante do exposto, fica evidente a grande responsabilidade da enfermagem no cuidar das pessoas, todavia existe um paradoxo entre esta responsabilidade e as inadequadas condições de trabalho oferecidas a esses trabalhadores, que “vivenciam um cotidiano de substituição, em grande escala, da força de trabalho formalizada por contratos terceirizados com vínculos temporários.” (OLIVEIRA, 2009, p.37). Esta realidade conflitante gera sofrimento para o trabalhador. Para PIRES, (2001) *apud* FERNANDES, (2005), estudos feitos no Brasil indicam que os trabalhadores de enfermagem são os que mais sofrem com problemas de saúde relacionados ao trabalho.

Além disso, em face dessas questões, diversos autores afirmam que no cotidiano do trabalho de enfermagem acaba ocorrendo uma cisão entre trabalho planejado e realizado. SOUZA, LISBOA, (2006) analisam que a organização laboral engloba o trabalho prescrito e o trabalho real, sendo o primeiro idealizado e pensado por uns, mas executado por outros, que têm desejos, vontades, formas peculiares de executar uma tarefa, e inclusive condições materiais distintas para realizá-las.

A organização laboral pode, ainda, tornar-se fator de adoecimento dos trabalhadores e, para que isto não ocorra, é importante que haja uma margem de regulação, de flexibilização entre o que é prescrito e o que se encontra nas condições do trabalho real (SOUZA, LISBOA, 2006). Do mesmo modo, é preciso que se estabeleça um equilíbrio entre o trabalho real e a promoção do cuidado integral, de forma que esta também não venha a ser prejudicada.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso exploratório, com abordagem pautada na pesquisa qualitativa, que se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social. Ela se aplica à análise do processo de trabalho de enfermeiras da ESF, pois trabalhar com a profundidade das relações, processos e fenômenos, correspondentes a um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2008 *apud* OLIVEIRA, 2009).

Neste estudo, entende-se que a análise do processo de trabalho do profissional enfermeiro na ESF consiste numa questão complexa, determinada pelas relações sociais e políticas historicamente construídas em meio às contradições da sociedade capitalista moderna. Desta forma, o marco teórico conceitual encontra-se embasado, em parte, na perspectiva hermenêutica dialética.

Esta combinação de abordagens, segundo HABERMAS, (1987) *apud* MINAYO, (2005), faz a síntese dos processos compreensivos e críticos, sendo bastante produtiva para fundamentar avaliações qualitativas, tendo em vista que constitui a projeção de um caminho de pensamento, não se aferrando a nenhuma técnica específica (MINAYO, 2005).

A hermenêutica, segundo GADAMER, (1999) *apud* MINAYO, (2005), é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum sob os pressupostos de que, “O ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso é preciso compreender também seu contexto e sua cultura.” (MINAYO, 2005, p.88). A dialética, por outro lado, é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Para MINAYO, (2005, p.89), “diferentemente da hermenêutica, ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles.”

Do ponto de vista metodológico, o pensamento dialético necessita criar instrumentos de crítica e apreensão das contradições na linguagem, bem como compreender que a análise dos significados deve ser colocada no chão das práticas sociais. Além disso, precisa valorizar os processos na dinâmica das contradições no interior das quais a própria oposição entre avaliador e avaliado se colocam, e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações. Neste sentido, enquanto a hermenêutica “ênfatisa o significado do que é consensual da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica.” (MINAYO, 2004 *apud* MINAYO, 2005, p.90).

Como campos empíricos da pesquisa, foram consideradas as Unidades de Saúde da Família (USF) do Alto do Mateus, bairro localizado no Distrito Sanitário I, município de João Pessoa-PB. A seleção deste campo se deu a partir da vivência da pesquisadora enquanto enfermeira residente em saúde da família e comunidade pela UFPB em uma das unidades de saúde do referido

bairro, que acompanhando a realidade de trabalho das equipes da ESF despertou para a relevância da investigação em questão.

As USF do bairro, num total de 03, apresentam perfis distintos, sendo 02 delas consideradas Isoladas, por alocarem uma única equipe da ESF em suas instalações, e uma Integrada, que abriga 04 equipes. Existe, então, um universo de 06 equipes da ESF no bairro. A estrutura e a dinâmica de cada uma das unidades varia de acordo com sua localização no bairro, perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população adscrita, bem como equipe(s) de referência que atua(m) na mesma.

Os sujeitos do presente estudo são enfermeiras que atuam na ESF, totalizando quatro profissionais, todas de equipes distintas. Considerou-se critério para elegibilidade dos sujeitos a atuação mínima de um ano no mesmo território e, a partir de então, foram incluídos por conveniência todos aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, isto é, os que concordaram em participar do estudo. A cada uma foi atribuída, de forma aleatória, o termo ENF seguido de um número: ENF1, ENF2, ENF3, ENF4.

A coleta de informações foi iniciada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (CEP-HULW/UFPB), conforme protocolo nº 526/2010, folha de rosto nº 367809, bem como da Comissão de Acompanhamento de Pesquisas na Rede SUS de João Pessoa (CapreSUS). De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (resolução 196/96), ficam assegurados os preceitos éticos segundo o parecer de aprovação da pesquisa. Todos os entrevistados foram consultados sobre sua disponibilidade e interesse de participação no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de informações, foi utilizada a entrevista individual com roteiros semi-estruturados a partir de questões norteadoras, aliada à observação participante em campo. A entrevista consiste numa forma de interação singular entre pesquisador e interlocutor, em que informações, estórias, depoimentos e opiniões sofrem profunda influência do tipo de relação que se estabelece entre ambos. “Em uma interação em ambiente de confiança e empatia, os entrevistados podem permitir o acesso a informações muito importantes, geralmente interditas aos interlocutores usuais” (CHIZZOTTI, 1991 *apud* MINAYO, 2005, p.169). A observação participante, instrumento que vem somar-se ao recurso da entrevista, consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, contribuindo para a união do objeto ao seu contexto, e a construção de uma análise mais ampla da realidade.

Os dados coletados foram analisados em quatro momentos distintos: transcrição na íntegra do conteúdo obtido; seleção dos núcleos de sentido e estruturas de relevância; classificação em eixos temáticos; e análise, segundo os pressupostos da abordagem hermenêutica dialética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a elucidação dos resultados, estes foram divididos em eixos temáticos, de acordo com os objetivos do estudo em: 3.1 Eixo 1 – Caracterização do Processo de Trabalho; 3.2 Eixo 2 – Trabalho prescrito e trabalho realizado; 3.3 Eixo 3 - Potencialidades e fragilidades do Processo de Trabalho.

Eixo 1 – Caracterização do Processo de Trabalho

A análise da caracterização do processo de trabalho da enfermeira na ESF conduziu à construção de duas categorias: elementos do processo de trabalho e dinâmica do processo de trabalho. A primeira trata do objeto, meios/instrumentos e finalidade do trabalho, além da caracterização dos sujeitos e do trabalho em si. Já a última trata de aspectos da divisão e organização do trabalho, para entender o funcionamento real do processo de trabalho.

Elementos do Processo de Trabalho

Caracterização dos sujeitos

As enfermeiras entrevistadas têm idade entre 47 e 62 anos, são funcionárias estatutárias, concursadas pela Prefeitura Municipal de João Pessoa em média há 25 anos, com aproximadamente 7 anos dedicados exclusivamente ao trabalho na ESF.

Caracterização do trabalho

Segundo as entrevistadas, as principais atividades realizadas pelas equipes da ESF nas unidades são as consultas de medicina, enfermagem e odontologia aos diversos grupos prioritários, dentro de ações programáticas, como atenção à hipertensão e diabetes, pré-natal, puericultura, prevenção aos cânceres de colo de útero e mama, planejamento familiar, atenção a hanseníase e tuberculose. Também são realizados atendimentos por demanda espontânea. Essas consultas podem ser individuais ou coletivas, realizadas dentro da unidade ou em outros espaços comunitários, como nos domicílios, escolas, igrejas e associações. São realizadas ainda atividades de educação em saúde e procedimentos de enfermagem (imunizações, curativos,

verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, coleta de amostras para exames laboratoriais). As equipes operam na lógica da vigilância em saúde ao território, mantendo um acompanhamento contínuo da situação de saúde da comunidade, principalmente a partir da rotina de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O trabalho realizado pela enfermeira na ESF é transversal a todas as ações desenvolvidas pela equipe, acrescentando-se algumas atividades específicas, como a supervisão dos ACS e da equipe de enfermagem, além da consolidação de registros dos sistemas de informação envolvidos na ESF (SIAB, SIA, SIM, SINASC, SISPRENATAL, SISCOLO, SISVAN, HIPERDIA etc).

Algumas falas referiram a supervisão e a consolidação de registros pela enfermeira como atividades burocráticas, o que merece destaque, pois reflete uma concepção reducionista do trabalho, reforçando um dado modelo de assistência de enfermagem, segundo a literatura. De fato, as ações de cunho burocrático compõem o conjunto de intervenções da enfermeira, mas estas devem ir muito além da burocracia, tendo por finalidade “a implantação, o monitoramento e a manutenção de condições adequadas para que o modelo de atenção em saúde preconizado na instituição seja viabilizado com eficiência e eficácia.” (MISHIMA, 1995 *apud* PEDUZZI, ANSELMINI, 2002).

É válido salientar que há diferenças entre o trabalho da enfermeira na unidade integrada e na unidade isolada. O trabalho na unidade integrada se reveste de outras características, considerando que as salas de procedimentos técnicos são comuns às quatro equipes, o que acarreta mudanças no processo de trabalho no que diz respeito à supervisão de enfermagem. Neste caso, as quatro enfermeiras dividem a supervisão de cinco técnicas de enfermagem, responsáveis pelo atendimento da demanda das quatro áreas de adscrição. Por esta divisão, cada enfermeira assume a responsabilidade técnica por um setor (imunização, curativos, observação, coleta de exames laboratoriais, esterilização de materiais). Nas entrevistas, as enfermeiras revelam que isso compromete tanto ao cuidado, uma vez que o modelo compromete a vinculação dos profissionais que realizam os atendimentos com usuários das diferentes áreas, quanto o processo de supervisão, pois os enfermeiros passam a supervisionar mais técnicos envolvidos em funções com maior demanda.

Objeto de trabalho

Nas entrevistas, surgiram dois padrões de fala quanto ao objeto de trabalho da enfermeira na ESF. Um deles apontou este como sendo o cuidado de enfer-

magem, ao passo que o outro apontou o usuário e a comunidade.

A este respeito, PEDUZZI, ANSELMI, (2002, p.395) apontam que alguns estudos concebem um objeto de intervenção comum para todos os profissionais do campo da saúde coletiva (os perfis epidemiológicos), sendo os processos de trabalho diferenciados quanto aos instrumentos utilizados pelos diversos núcleos profissionais. Outros estudos analisam as especificidades dos elementos que compõem o processo de trabalho de enfermagem. “Nessa linha, destacam-se como objeto de trabalho o cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado.”

Conforme acrescentam PEDUZZI, ANSELMI, (2002, p.393), o objeto de trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade, sobre o qual incide a atividade do trabalho. “Ele não existe enquanto objeto de intervenção por si só, mas é recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto, uma finalidade”.

Neste sentido, é possível analisar que aquelas que referiram o objeto de trabalho como sendo o usuário, um corpo, algo material, e sendo o objeto aquilo sobre o qual o trabalho será aplicado, o trabalho realizado será também material, uma ação concreta. Esse pensamento pode estar ancorado numa perspectiva biomédica, que reduz o objeto terapêutico ao alívio de sintomas ou à cura de doenças, o que não compreende a integralidade do ser humano e do processo saúde-doença. Essa compreensão traz implicações diretas ao processo de produção do cuidado, tendo em vista que se estrutura numa “visão clínica, centrada no atendimento médico, na qual a doença (*disease*) é localizada dentro do corpo do doente e a assistência é vista como o tratamento orgânico” (BRÊDA, AUGUSTO, 2001).

Meios e instrumentos de trabalho

Os meios e instrumentos de trabalho, assim como o objeto, não são naturais, mas “construídos historicamente pelo sujeito que, assim, estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto.” No trabalho em saúde e em enfermagem, encontram-se instrumentos materiais e intelectuais, tais como os saberes técnicos, que informam e fundamentam imediatamente a ação realizada (PEDUZZI, ANSELMI, 2002, p.393).

Os relatos apontaram como principais tecnologias de trabalho utilizadas pelas equipes nas unidades, entendendo essas como instrumentos intelectuais de trabalho, o cronograma, representando os recursos de organização de fluxo, e o acolhimento, representando os recursos relacionais.

Já sobre as tecnologias de trabalho específicas da enfermeira, as entrevistadas apresentaram dificuldade

para apontá-las, não conseguindo diferenciá-las das tecnologias utilizadas pelas equipes nas unidades, como fica claro na citação, “Acho que não há nada específico, acaba se misturando com as da equipe.” (ENF4).

À medida que refletiam sobre a questão, o que conseguiam apontar era o conhecimento científico da enfermagem como um recurso tecnológico específico, uma vez que não é do domínio dos outros núcleos de saber. Entretanto, conforme a literatura (ERMEL, FRACOLLI, 2006, PORTO, 2007) há uma série de recursos tecnológicos que são utilizados pelas enfermeiras, como a educação em saúde, as visitas domiciliares e, em especial a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem, recursos próprios da categoria. Algumas falas ao longo das entrevistas chegam a citar a Consulta de Enfermagem, mas não a identificam diretamente como um recurso tecnológico.

Analisando este achado, vale lembrar que o trabalho da enfermeira na ESF, historicamente, assume um caráter multiprofissional, em que reside o conflito cotidiano entre o que é comum ou próprio de cada profissão, e polivalente, em que o profissional é levado a assumir cada vez mais competências e habilidades. Isso acaba provocando a perda das especificidades profissionais, o que tem origem nas mudanças no processo de trabalho capitalista, no contexto da reestruturação produtiva em curso.

Os materiais apontados como necessários à realização do trabalho da enfermeira foram vacinas, medicamentos, luvas, esparadrapo, gaze, algodão, seringas, agulhas, dentre outros. Também são necessários ao trabalho impressos diversos, que vão desde livros-ata de monitoramento dos programas, até prontuários, receituários e fichas dos sistemas de informação. Além disso, foram apontados alguns equipamentos, como estetoscópio, balança, fita métrica, tensiômetro, glicosímetro, sonar e termômetro. É importante destacar que, na unidade integrada, muitos desses equipamentos são partilhados entre as quatro equipes, sendo necessário um maior planejamento para que não haja choque de agendas na sua utilização. Como isso nem sempre é possível na prática cotidiana, é comum que se torne um aspecto limitante à prestação do cuidado.

Foi observado que houve relativa facilidade entre as entrevistadas para listar seus materiais e instrumentos de trabalho, que são artigos concretos, em relação à dificuldade para listar as tecnologias, que são meios de produção do trabalho não-concretos. A reflexão sobre esta dificuldade suscita o questionamento: será incompreensão sobre o significado do conceito de tecnologia, ou alienação em relação ao processo de trabalho?

Finalidade do trabalho

É também característica central do trabalho a sua intencionalidade, pois este depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo, o qual tem implicação direta no desenvolvimento do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992 *apud* PEDUZZI, ANSELMINI, 2002).

A respeito da finalidade do trabalho em saúde, a literatura refere que os trabalhadores de saúde são agentes sociais do sistema de produção de condições à satisfação das necessidades humanas e, portanto, esta é a finalidade maior encontrada no interior de seu trabalho. Para GAÍVA, SCOCHI, (2004), o trabalho da enfermagem enquanto trabalho coletivo compartilha com as diferentes profissões da saúde a finalidade de agir terapêutico em saúde. Nesta perspectiva, a finalidade assume uma dimensão operacional do processo organizativo do trabalho.

Com base nesta literatura, a análise do conjunto das entrevistas revelou que houve divergência nas falas com relação à definição da finalidade do trabalho. Uma das enfermeiras apontou, de forma bastante sucinta, que a finalidade é a saúde do usuário. As demais referiram não saber exatamente porque o enfermeiro executa este trabalho, considerando que muitas vezes, “(...) os programas vêm determinados para o enfermeiro e a gente tem que seguir à risca, assumindo os objetivos de cada um deles...” (ENF2). Esse pensamento demonstra que a incorporação vertical de algumas ações na rotina de trabalho dos profissionais pode alienar seu processo de trabalho, no sentido de dificultar o reconhecimento da finalidade geral, em detrimento de finalidades específicas. Isso representa uma fragilidade no trabalho do profissional enfermeiro, que não deve se limitar à execução de tarefas, mas sim buscar construir sua autonomia, reunindo condições para a promoção do cuidado integral e a satisfação das necessidades dos usuários.

Dinâmica do Processo de Trabalho

A respeito da divisão social do trabalho, a literatura aponta que, no decorrer do século XX, o desenvolvimento tecnológico possibilitou a divisão pormenorizada do trabalho, transformando o trabalhador em especialista numa pequena parte do seu processo de trabalho. Há, portanto, uma divisão entre os que dirigem o trabalho, considerados portadores de conhecimentos técnico-científicos, e os que executam o trabalho, que não conhecem as razões e finalidades de sua ação (BUJDOSO, TRAPÉ, 2007).

Com relação à divisão do trabalho nas equipes da ESF em questão, as entrevistadas reconheceram sua existência, tanto no sentido da divisão de tarefas, portanto da divisão técnica do trabalho, quanto da divisão social do trabalho, que determina uma segregação entre os que concebem e os que executam o trabalho. Os relatos apontam que cada profissional, enquanto possuidor de um saber técnico específico, desempenha atribuições específicas, mas que isso segundo as entrevistadas não impede que todos de algum modo tenham participação no planejamento das ações, tanto quanto têm na execução. “Na minha equipe não é tão individualizado o trabalho. Na unidade sim, mas na minha equipe não. Cada um faz o seu trabalho, mas eles são integrados.” (ENF2).

A análise das falas mostra, ainda, que as enfermeiras consideraram positiva a divisão de tarefas, referindo que ela facilita o trabalho.

“(...) Quando não tem divisão aí um profissional fica mais sobrecarregado e isso acaba interferindo no trabalho dele (...). Se você divide o trabalho entre a equipe, todo mundo vai ficar trabalhando mais tranquilo, o trabalho flui melhor do que se ficar só com uma pessoa.” (ENF3).

Esse pensamento não considera, entretanto, que a divisão do trabalho da equipe, na perspectiva da produção do cuidado, pode significar uma fragmentação no seu objeto, comprometendo sua finalidade.

Todas as enfermeiras entrevistadas trabalham 40 horas semanais e relatam que o tempo de trabalho não é suficiente para cumprir todas as demandas exigidas, portanto, precisam levar trabalho para o seu tempo livre, geralmente no lar. Além do tempo, a falta de ambiente livre de perturbação para a realização de atividades que exijam mais concentração, como o preenchimento das fichas e consolidados dos sistemas de informação, foi apontada como uma razão para que as profissionais levem trabalho para casa.

Duas delas afirmam que levam trabalho para casa quase todos os dias. As outras duas referem que após anos na mesma condição, diminuiriam a frequência com que levam trabalho para casa, uma vez que acabavam comprometendo as outras tarefas que desenvolvem no lar (afazeres domésticos, atenção às relações familiares etc). E para não ter que levar trabalho para casa todos os dias, a estratégia utilizada por estas é utilizar o tempo do final do expediente, ou dos intervalos de almoço, para realizar as atividades necessárias.

Parte das enfermeiras caracterizou o trabalho como interessante, justificando que “sempre tem coisas novas, cada paciente é uma história diferente.” (ENF4).

Já para as outras entrevistadas, o trabalho é repetitivo e obedece a uma rotina, principalmente no que diz respeito aos atendimentos determinados por protocolos. Essa percepção das trabalhadoras pode ter forte implicação na produção do cuidado, uma vez que o trabalho interessante desperta maior motivação ao desenvolvimento de suas atividades, e o trabalho repetitivo, ao contrário, acaba desmotivando o trabalhador.

Segundo as entrevistadas, no geral, trata-se de um ambiente de trabalho colaborativo, em que a maior parte dos profissionais coopera. Entretanto, contraditoriamente, quando questionadas se identificam algum tipo de resistência às mudanças no trabalho, as enfermeiras afirmam que identificam, seja entre trabalhadores, ou usuários. Elas referem que o acúmulo de frustrações por parte desses sujeitos quanto às mudanças ao longo da história se manifesta na atitude de resistência a princípio, com caráter de prudência até, mas que no desenrolar dos processos, constatando o êxito, os indivíduos passam a acreditar e participar. As falas relacionaram a resistência também à própria dinâmica de trabalho que, intensa, faz com que o trabalhador se sinta desestimulado ou não se sinta disponível para toda e qualquer mudança.

As entrevistadas reconhecem a Secretaria Municipal de Saúde e o Distrito Sanitário como responsáveis pelas USF, e enxergam que a política administrativa desenvolvida por esses órgãos tem base no Apoio Matricial. A figura do apoiador representa para as enfermeiras, dentre outras funções, a de administrador direto da unidade, a quem recorrem quando têm situações críticas a resolver dos usuários, bem como dentro da equipe e entre as equipes.

Todas as entrevistadas afirmam que a enfermeira é quem reúne na equipe boa parte das atividades gerenciais, embora ela não seja de fato considerada gerente.

“(...) A enfermeira tem mais atribuições, mais trabalho, mais responsabilidades para com a equipe, mas não é que ela seja a chefe (...). Não tem uma pessoa da equipe que diga que manda, que chama atenção dos outros. Todo mundo se ajuda, a equipe inteira quando tem um problema, se reúne e discute.” ENF4

“(...) É mais centralizada na enfermeira a gerência, mas aqui a gente está muito integrado, acaba dividindo as coisas, não fica só na enfermeira.” ENF3

A literatura discute que gerenciar envolve o processo de tomada de decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica na coordenação de esforços das várias partes

desse sistema, no controle de processos e rendimento das partes, e avaliar os produtos finais e resultados. “Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzilos em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela” (PASSOS, CIOSEK, 2006).

Neste sentido, a gerência pode ser compreendida como um instrumento no processo de trabalho da enfermeira da ESF, sem que ela ocupe um lugar oficial de gerente na equipe. SANTOS, GARLET, LIMA (2009) afirmam que as dimensões gerenciais relacionam-se aos demais eixos do exercício profissional do enfermeiro e são fundamentais para a efetivação das práticas de cuidado, de acordo com as necessidades do usuário. Afirma, entretanto, que a prática gerencial dos enfermeiros tem sido amplamente marcada por uma racionalidade instrumental e burocrática.

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre por que a enfermeira concentra as ações de gerência, surgiram falas como, “Eu acho que é do trabalho mesmo, a enfermeira sempre teve essa função na atenção básica. Não sei se foi alguém que designou ou se as enfermeiras assumiram...” (ENF4). Neste caso, a enfermeira não consegue ter clareza de que gerenciar é uma tarefa prescrita para esta profissão e este fato pode trazer prejuízo ao processo de produção do cuidado.

A respeito das formas de comunicação no trabalho, os relatos das entrevistadas fazem referência às informações repassadas da gestão aos trabalhadores, que em geral chegam via comunicação verbal, através do apoiador, ou ainda via ligação telefônica do Distrito Sanitário. Outras vezes, chegam através de ofícios ou documentos escritos, mas uma observação feita por todas as enfermeiras foi que essas informações geralmente chegam com atraso, o que acarreta problemas quando dizem respeito a compromissos ou prazos a serem cumpridos. Outra observação foi feita sobre as determinações que chegam por escrito, que muitas vezes vêm sucintas e sem referências. As profissionais referem que sempre obedecem as recomendações ou exigências, mas que o atraso ou a escassez de informações trazem prejuízo ao trabalho.

Sobre a comunicação entre os trabalhadores de uma mesma unidade, elas afirmam que se dá através dos prontuários familiares e, principalmente, pela comunicação verbal. Acrescentam que, por vezes, essa comunicação é falha, pela falta de tempo, organização ou pela própria divisão do trabalho. A comunicação no trabalho da enfermeira envolve, ainda, um forte componente externo às USF, que elas referiram como contra-referência e afirmaram ser escassa ou insuficiente para estabelecer uma comunicação ideal entre os trabalhadores na rede

de atenção à saúde, contribuindo para a fragmentação do cuidado aos usuários.

As enfermeiras fizeram referência a alguns sentimentos acerca do trabalho, ao longo das entrevistas. Esteve presente nos depoimentos de todas, expressões de satisfação e orgulho pelo exercício da profissão: “A gente se sente útil.” (ENF1); “Atender o usuário necessitado me faz sentir muito bem.” (ENF2); “Ser enfermeira é bom, eu gosto do meu trabalho e me sinto realizada.” (ENF3); “Eu trabalho por amor à profissão, eu gosto mesmo da enfermagem. (...) É um trabalho que precisa de amor e paciência, tem a ver com compromisso e vocação.” (ENF4).

Por outro lado, ficou evidente em algumas colocações o conflito de emoções que permeiam o trabalho para essas profissionais:

“Eu gosto de ser enfermeira do PSF, mas tem tempos que eu fico pensando, por que eu fui escolher ser enfermeira do PSF? Porque eu me estresso, me desgasto... Eu gosto das minhas coisas muito organizadas e noto que agora eu estou mais relaxada, não sei se é por causa do estresse, do excesso de trabalho. Às vezes eu fico triste mesmo, me sinto sobrecarregada.”
ENF3

Sobre o sentimento de medo no desenvolvimento do trabalho, parte delas afirmou que o sente. Foram citadas situações específicas, como um procedimento, em que é presente o medo de machucar o usuário ou provocar reações adversas, bem como em geral, conforme a fala que se segue:

“A gente sente receio de não estar fazendo as coisas como devem ser feitas, o correto. Porque ainda falta muita coisa... O PSF é bonito, mas ainda deixa muito a desejar, tem muita coisa para mudar. Ai a gente tem medo de não estar fazendo o certo para essas mudanças, de falhar em alguma coisa...” ENF3

O medo pode refletir uma insegurança do profissional, ou ainda uma postura cautelosa e prudente diante do trabalho. De todo modo, só através da garantia de espaços de diálogo e reflexão dentro do trabalho, é possível enfrentar esse medo e reunir condições para superá-lo. Isso, segundo as entrevistadas, não ocorre no cotidiano de trabalho. Neste caso, o medo pode impedir o profissional de realizar o necessário ao cuidado integral, além de ser um elemento potencialmente gerador de adoecimento para o trabalhador, devido à carga psíquica que agrega ao trabalho.

Todas as entrevistadas consideram que têm autonomia na realização do seu trabalho, muito embora

o conceito de autonomia tenha sido interpretado de formas bem diferentes por cada uma. Uma delas apontou que se sente totalmente autônoma, pois acredita que tem possibilidade de decidir como vai trabalhar, de acordo com suas habilidades e o que julga melhor para o usuário. Outra entrevistada colocou que o trabalho da enfermeira é autônomo, mas guarda certo grau de dependência do trabalho de outros profissionais da equipe para se efetivar, então acaba sendo uma autonomia parcial. As demais atribuíram a autonomia a uma conquista a partir de características, comportamentos ou aprendizados pessoais, adquiridos com o tempo de prática profissional, uma percepção que segundo a literatura confere à autonomia um sentido de processo permanente e de constante fragilidade (GOMES, OLIVEIRA, 2010).

Para ROCHA, RIGOTTO, BUSCHINELLI (1993), a autonomia legítima está relacionada à “possibilidade de decisão, iniciativa, criação e adaptação no trabalho.” Neste sentido, a noção de autonomia apresentada pelas entrevistadas pode ser considerada frágil e contraditória, porque no conjunto das entrevistas, constatase que fogem à sua governabilidade questões como o controle do ritmo e do processo de concepção e execução do trabalho, além de existir falta de clareza da sua finalidade geral.

Ainda, as falas revelaram que, de maneira geral, a autonomia está relacionada a conhecimento, no sentido de que quanto mais conhecimento se adquire, mais autonomia se tem. Para tanto, a educação permanente foi apontada como um recurso fundamental ao trabalho, e a inserção de profissionais residentes em saúde da família e comunidade na unidade integrada foi citada como elemento facilitador dos processos de educação permanente.

As falas apontam, sobre a quantificação do trabalho, que não há nenhum documento legal recomendando à enfermeira quantos atendimentos são esperados que ela realize no dia, nem mínimo, nem máximo. Isso poderia favorecer a autonomia profissional, mas devido à grande pressão da demanda reprimida nos serviços, essa flexibilização leva o enfermeiro a atender cada vez mais usuários, não conseguindo determinar de forma alguma sua rotina ou ritmo de trabalho: “O enfermeiro não tem limite de consultas. Era para ter, mas a gente não se organiza. Eu mesma vou atendendo, atendendo... Para os outros profissionais tem um limite, eles atendem 12, 15, e o enfermeiro... Enquanto chegar gente eu vou atendendo.” ENF3.

Fica claro nesta fala que a quantidade de atendimentos é vulnerável à demanda que surge no dia. Por outro lado, em algumas colocações, as enfermeiras afirmam que conseguem sim controlar seu ritmo de

trabalho, pelo fato de não existir a atuação direta de um gerente exercendo este controle. Em meio a esta contradição, escapa de suas avaliações que o controle pode se dar de várias formas e por vários sujeitos.

Os relatos apontam como quantificação do trabalho da enfermeira da ESF a contabilização de todos os atendimentos e procedimentos realizados, que são relatados em inúmeras fichas e consolidados, mensalmente. As informações contidas neste material envolvem não só os números absolutos de atendimentos/procedimentos, mas também a variedade destes e a faixa etária do usuário atendido. Em alguns são registradas inclusive informações clínicas específicas de cada usuário, como no HIPERDIA, SISPRENATAL, SISCOLO, SISVAN.

A enfermeira é responsável pelo preenchimento dos registros quantitativos de seus próprios atendimentos e ainda pela consolidação das informações coletadas pelos demais profissionais da equipe. A partir dessas informações das equipes, são gerados todos os indicadores de avaliação, instrumentos de gestão que vêm sendo utilizados para incentivar as equipes a trabalhar na lógica da vigilância em saúde a partir dos dados. Contraditoriamente, este instrumento também está vinculado a rendimentos financeiros, e por isso mobiliza grande tensão na equipe. A responsabilidade por estes registros constitui um elemento gerador de sofrimento para as enfermeiras.

Ainda neste sentido, aparece nos relatos que, no cotidiano de trabalho, nem sempre as equipes conseguem refletir sobre as informações coletadas, transformando-as em dados para monitoramento, avaliação e planejamento de ações no território. As informações seguem para o Distrito Sanitário, para alimentação dos sistemas de informação e geração de dados no nível central (municipal, estadual e federal), mas acabam não tendo o devido processamento local, o que compromete enormemente a qualidade do cuidado prestado pela equipe. Tendo consciência da grande quantidade e riqueza das informações geradas todo mês, as enfermeiras se mostram angustiadas por não conseguirem provocar nas equipes este movimento de análise dos dados para planejamento e ação. Esta é uma angústia que não é, mas deveria ser partilhada entre todos os profissionais da equipe, uma vez que se trata de uma atribuição comum, discriminada na Política Nacional de Atenção Básica (2006) e no Caderno de Atenção Básica nº 01 (2000), que dispõe sobre as atribuições da equipe da ESF.

As reuniões de equipe semanais são reconhecidas como potentes espaços para encontro e análise dos dados entre a equipe, mas que se vê comprometido. Isso não ocorre pois, na unidade isolada, existe certa

resistência de alguns profissionais, e na integrada relatou-se a escassez de reuniões por equipe, separadamente, pois boa parte das reuniões é realizada entre as quatro equipes, com pautas conjuntas.

As enfermeiras consideram que não se sentem isoladas no trabalho, geralmente, já que a todo momento precisam dialogar com os demais sujeitos, núcleos e setores envolvidos no cuidado. As enfermeiras da unidade integrada lembraram, ainda, que diferente das relações internas às equipes, há relações entre as quatro equipes e dentro do próprio núcleo da enfermagem de diferentes equipes que refletem uma dificuldade de integração, o que compromete o trabalho.

A respeito do relacionamento interpessoal dentro do trabalho, as enfermeiras foram questionadas em três perspectivas: sobre o relacionamento entre trabalhadores, sobre o relacionamento entre trabalhadores e gestores, e sobre o relacionamento entre trabalhadores e usuários. Entre os trabalhadores, as entrevistadas referiram que o relacionamento é bom, em geral, mas surgiram falas do tipo: “É difícil lidar com as questões administrativas e manter um bom relacionamento entre os trabalhadores, principalmente para o enfermeiro que assume essas demandas dentro da equipe. (...) Tem também uma dificuldade de conversa.” ENF2; “Tem problemas em alguns momentos, mas até em casa você tem problemas de vez em quando, imagine convivendo o dia todo com pessoas tão diferentes... Mas não são problemas que não se possa resolver” ENF3.

Entre trabalhadores e gestores, houve distinção para o relacionamento com os apoiadores matriciais e com os gestores centrais (Distrito Sanitário e Secretaria Municipal de Saúde). O apoiador, por estar em contato direto com as equipes no cotidiano, acaba tendo uma relação profissional mais próxima, segundo os relatos: “Eles sempre escutam a gente, podem até não resolver o problema, mas escutam, acolhem (...). Me sinto realmente apoiada” ENF2.

Já a relação com a gestão central foi caracterizada como distante e as enfermeiras acreditam que ela poderia se fazer mais próxima, para compreender melhor a realidade de trabalho das unidades. Os espaços de educação permanente ou de discussão dos processos de trabalho seriam momentos interessantes de articulação com a gestão, segundo elas.

O relacionamento entre trabalhadores e usuários foi referido como muito bom, no sentido de que há bom diálogo, em geral com respeito e compreensão, mas que devido aos contratemplos cotidianos, muitas vezes ocorrem estranhamentos. De fato, se o usuário não tem suas necessidades atendidas por alguma razão, é natural que ele exerça pressão sobre quem está mais próximo deles para resolver sua questão, ou seja, os trabalhadores.

Apesar de tudo, as enfermeiras avaliam que se sentem bem com a forma como se relacionam com todos os sujeitos envolvidos no trabalho e não referem esta questão entre os principais transtornos do processo de trabalho.

Mesmo afirmando o bom relacionamento, não deixam de citar a presença de autoritarismo dentro do processo de trabalho, especialmente por parte dos próprios colegas de trabalho. Também relatam como autoritárias as posturas de alguns usuários, quando reivindicam prescrições de medicamentos ou exames específicos durante as consultas, como exemplificado nesta fala: “Tem aqueles que dizem que você tem que passar tal remédio, e mesmo dizendo que ele não precisa daquilo, eles exigem...” ENF1. Buscando avançar na compreensão da natureza das atitudes dos sujeitos, o que por um lado é considerado autoritarismo do usuário, por outro pode ser uma manifestação da cultura tecnicista e biomédica hegemônica na saúde há anos, concepção essa que caberia ao profissional de saúde tentar desconstruir na relação de cuidado. Ou ainda, a reivindicação legítima de direitos por parte dos usuários, em meio às tensões criadas pelos transtornos da dinâmica do trabalho, pode ser interpretada como autoritária, muitas vezes. Tudo isso precisa ser discutido com os profissionais, pois acaba interferindo nos relacionamentos e, por consequência, no cuidado.

Outro aspecto citado, ainda com respeito aos relacionamentos, foi a existência de competição no trabalho, embora as avaliações das entrevistadas tenham divergido conforme seus locais de trabalho. A enfermeira da unidade isolada afirma, “Aqui dentro não sinto competição. Não tem nem porque competir aqui...” ENF3. Segundo ela, isso ocorre, provavelmente, porque dentro de uma única equipe estão todos trabalhando em prol de uma causa comum, logo não há motivos para competição. Já as enfermeiras da unidade integrada concordaram em afirmar que existe competição entre as equipes, estando presentes opiniões como, “(...) Vou fazer isso pra mostrar que meu trabalho está melhor que o da outra equipe...” ENF1.

Todas as entrevistadas referiram ter conhecimento que o município vem construindo seu Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores da saúde, e reconhecem o sindicato como uma entidade política de organização da categoria, embora apenas uma das entrevistadas já tenha participado efetivamente de suas atividades. No presente momento, a única ligação que referem ter com o sindicato é o desconto da contribuição sindical que vem no contracheque, o que causa inclusive desconfortos, do tipo, “O sindicato não fala, não estimula nossa participação. Tem enfermeiro que já se desligou, porque todo mês vem descontado o

dinheiro, eles nem consultam você para saber se quer contribuir ou não.” ENF2.

Foi presente em todas as falas que a enfermeira da ESF encontra-se exposta a riscos em seu ambiente de trabalho, sendo ressaltados os riscos de natureza biológica. Foi citado, ainda, o risco por exposição recorrente à sujeira e poeira, seja na comunidade ou nas próprias unidades. A trabalhadora da unidade isolada refere que lá há também problemas estruturais, como a falta de um local para expurgo, que facilitam a exposição dos trabalhadores a materiais contaminados. Isto ocorre porque as unidades isoladas, diferentemente das integradas, não são planejadas para o funcionamento de uma unidade de saúde, tratando-se em sua maioria de prédios residenciais comuns, sem estrutura apropriada.

Reconheceu-se que há diferença de exposição a riscos de acordo com o ambiente que o trabalhador ocupa pela divisão do trabalho, porém não foi mencionada exposição a riscos de natureza ocupacional. Todas referiram que não há equipamentos de proteção coletiva nas unidades. Isso quer dizer que, os poucos equipamentos de proteção coletiva que existem nas USF não são reconhecidos por elas. Quanto aos equipamentos de proteção individual disponíveis para uso, citaram luva, máscara, gorro e óculos, além do jaleco que é de aquisição pessoal. Entretanto, foi unânime a fala de que não faz parte da rotina a utilização de todos esses equipamentos.

Eixo 2 – Relação entre trabalho prescrito e trabalho realizado

Foi possível perceber a relação entre trabalho prescrito e trabalho realizado no contexto de trabalho da enfermeira na ESF ao longo de todas as entrevistas, à medida que as trabalhadoras expunham as atividades que realizam, a forma como realizam, bem como suas percepções acerca do trabalho. Antes de apresentar e discutir essas falas, contudo, é importante resgatar algumas considerações conceituais sobre trabalho prescrito e trabalho real.

Tomando-se o trabalho em sua condição transformadora da natureza e do próprio homem, é possível apreender processos de subjetivação nele estabelecidos, uma vez que através do trabalho, o sujeito tem acesso ao reconhecimento de si mesmo e, simultaneamente, ao reconhecimento do outro. Neste sentido, VIEIRA, BARROS, LIMA (2007, p.156) afirmam que “(...) não existe uma subjetividade solta numa instância qualquer. Ela só se dá como processo, no contexto material, social, histórico, objetivo.”

Determinadas formas de gestão, em que há desconhecimento ou desconsideração do trabalho, consideram que “o trabalhador pode vir a ser mero executante de um rol de protocolos e de prescrições.” (VIEIRA, BARROS, LIMA, 2007, p.157). Em outra perspectiva, a simples descrição de uma função não equivale àquilo que realmente é feito pelo trabalhador para alcançar os objetivos determinados. Aliás, conforme VIEIRA, BARROS, LIMA (2007), é necessário orientar a análise do trabalho através da premissa de que existe uma distância inevitável entre o “conjunto de prescrições”, também denominado *trabalho prescrito*, e aquilo que se faz, localizado no real da atividade de trabalho. Em estudos apoiados nos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET (1994) identificaram um distanciamento importante entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real, e que, em muitas situações, a organização prescrita do trabalho mostra-se inclusive inaplicável.

Para VIEIRA, BARROS, LIMA (2007, p.157), em situação de trabalho, o trabalhador lida com problemas que não poderiam ser antecipados ou respondidos de forma satisfatória pelos chamados “procedimentos padrões”. Portanto, há um intervalo que não se elimina entre o trabalho que está *prescrito* e o trabalho *real*, e é nesse intervalo, caracterizado pela defasagem e insuficiência dos procedimentos, regras e normas, que, por si só, não garantem a realização do trabalho, que o trabalhador irá construir, de forma parcialmente singular, o “jeito de fazer” sua tarefa.

SCHWARTZ, (2006) *apud* VIEIRA, BARROS, LIMA, (2007) afirma que ocorre uma ressingularização do conteúdo, dada a distância entre a tarefa prescrita e a atividade realizada, o que aponta para a inovação que o trabalhador introduz em determinado gênero de trabalho e que corresponde à formação de um estilo. Assim, seu modo operatório e o desenrolar de sua atividade fundam-se, sobretudo, no reconhecimento dos problemas, das variabilidades e contradições que surgem no real do trabalho, que, raramente, são conhecidas ou analisadas por aqueles que compõem a organização e os procedimentos técnicos do trabalho.

Ainda, para DEJOURS, (1997) *apud* SÁ, (2009), fazem parte da composição do trabalho, a tarefa e a atividade, sendo a tarefa aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer. Já a atividade relaciona-se àquilo que é realmente feito pelo trabalhador para chegar o mais próximo possível dos objetivos fixados pela tarefa. Deste modo, a tarefa está ligada ao trabalho prescrito e a atividade ao trabalho real.

À luz deste referencial, as falas das enfermeiras trouxeram alguns pontos para reflexão. Constatou-se

inicialmente que as normas e rotinas regulamentadas para o trabalho de enfermeira na ESF são de conhecimento das trabalhadoras entrevistadas. Isso se evidencia em suas falas pela referência a uma série de leis, decretos, portarias, protocolos e manuais, que expressam em seu conteúdo a normatização do trabalho, advindas das esferas federal, estadual e municipal de gestão da saúde, ou ainda dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

Constatou-se também que as atividades realizadas pelas entrevistadas englobam, de fato, as tarefas prescritas para a enfermeira da ESF, considerando os referenciais do Caderno de Atenção Básica nº 01 (BRASIL, 2000), e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Contudo, no trabalho real da enfermeira, soma-se às tarefas prescritas uma série de outras atividades que vêm contemplar lacunas presentes no serviço da equipe. Isso fica evidente nas falas:

“Qualquer coisa errada é o enfermeiro o responsável, até a frequência de funcionários. Hoje mesmo eu estou de atestado por um problema no pé, mas tenho que vir à unidade pela responsabilidade do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial). (...) Se eu adoecer, o que impede outro profissional de nível superior fechar o BPA? Nada, mas eles não fazem, isso é bem centrado na enfermeira. E antes, quando não tinha apoiador, era ainda pior. Se uma torneira quebrasse na unidade era a enfermeira que tinha que solicitar o conserto (...).” ENF1

As ações gerenciais na equipe e a consolidação dos registros para alimentação dos Sistemas de Informação, exemplos citados na fala acima, aparecem nas normas como tarefas a serem partilhadas por todos os membros da equipe, no entanto é a enfermeira quem as centraliza. Já a multifunção que a enfermeira assume na equipe e a quantidade ilimitada de atendimentos que é levada a realizar, exemplificadas nas falas que se seguem, estão relacionadas à insuficiência da equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS) para responder às demandas crescentes e complexas dos usuários:

“Às vezes a gente é nutricionista, psicóloga, assistente social, conselheira... Tudo isso.” ENF1

“Os usuários reclamam da quantidade de atendimentos tanto do médico quanto do dentista, dizem que são poucos. E isso acaba caindo sobre o enfermeiro, que não tem limite de consultas e acolhe todo mundo. (...)

Enquanto chegar gente eu vou atendendo, porque se eu não atender, quem vai?" ENF3

Essas atividades se transformam em excedente de trabalho para esta profissional, contribuindo para que o tempo de trabalho seja insuficiente à sua realização, o que as enfermeiras administram de diferentes formas. Uma delas é levar trabalho para o seu tempo livre, por exemplo, em casa. Outra delas é comprometer sua participação em tarefas planejadas, em face da demanda imediata que surge rotineiramente.

Ainda, o excedente de trabalho pode exercer influência no cuidado produzido pela enfermeira, comprometendo sua qualidade. Os depoimentos a seguir tratam de ações diretamente ligadas à qualidade do cuidado de enfermagem e que são prejudicadas com o excedente de trabalho:

"Nem sempre a gente tem tempo disponível para estar ali, supervisionando as técnicas, porque é muita coisa pra enfermeira (...)." ENF1

"Eu não sei se aumentou a quantidade de gente na área, ou se é o tempo que está correndo rápido demais... Só sei que eu não tenho mais tempo de analisar os dados como devo. A gente se organiza para a semana e de repente ela já acabou, as pendências ficam para a próxima." ENF4

Outro ponto que emergiu das entrevistas e merece análise diz respeito à forma como, muitas vezes, a enfermeira é levada a burlar o trabalho prescrito para realizar o cuidado conforme as necessidades dos usuários, denunciando que suas tarefas prescritas não estão em consonância com as demandas reais do trabalho.

"A gente nem sempre segue o cronograma, né... Por exemplo, às vezes chega um paciente faltando remédio do HIPERDIA, a gente atende, não deixa de atender, mesmo não sendo o dia dele. A gente sempre extrapola isso." ENF1

"Eu já fui até chamada atenção por alguns apoiadores por causa disso (...). Eu sei que tenho que obedecer o cronograma, mas para mim, se a pessoa vem à unidade é porque está precisando, e se ela não pôde vir para o atendimento ontem, eu abro uma exceção. Atendo, não quero saber." ENF4

Vale salientar que, em muitas situações, as tarefas

prescritas deixam de ser realizadas também por falta de condições de trabalho. Segundo as falas, é frequente a falta de equipamentos, como glicosímetro e sonar (um para as quatro equipes da unidade integrada), assim como a falta de incentivos para as ações de manutenção dos grupos terapêuticos, ou subsídios pedagógicos para a atualização dos profissionais.

Eixo 3 – Potencialidades e fragilidades do Processo de Trabalho

Ao longo de todo o estudo foram identificadas potencialidades e fragilidades do processo de trabalho da enfermeira da ESF, no entanto neste eixo temático são analisados depoimentos que fazem referências diretas das trabalhadoras às fragilidades e potencialidades do processo de trabalho, além de observações de campo realizadas pela pesquisadora, contribuindo com outras reflexões relevantes.

Segundo as falas das entrevistadas, entre os principais aspectos que configuram potencialidades no processo de trabalho destacam-se: o acolhimento; o bom relacionamento entre trabalhadores, usuários e gestores; a satisfação pessoal a partir da realização do trabalho. Analisando esses aspectos, entretanto, é possível considerá-los vulneráveis em determinados pontos, com relação à real contribuição na produção do cuidado.

O acolhimento foi apontado como estratégia bastante potente para a realidade das equipes, mesmo naquela equipe em que ele não é realidade.

"Aqui não tem acolhimento, o que já é uma dificuldade. Com o acolhimento a gente conseguiria organizar esses atendimentos do dia para quem realmente precisa... Mas aí ficam todos os usuários reclamando, 'Eu não vou ser atendido hoje?' É só reclamação todos os dias." ENF3

Contudo, como é possível evidenciar na fala acima, as entrevistadas atribuíram a potencialidade do acolhimento à sua eficiência enquanto regulador do fluxo de atendimentos. Conforme a literatura (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010), a noção de acolhimento vai além da ampliação do acesso a partir da abordagem de risco e vulnerabilidade. Numa perspectiva ética e política, o acolhimento pretende melhorar a postura dos profissionais no contato com a clientela, e numa perspectiva de gestão e organização do trabalho, visa reformular a tradição burocrática e rígida, flexibilizando e ampliando a clínica, favorecendo um cuidado interdisciplinar. Esses aspectos não foram apontados pelos depoimentos.

O pensamento das entrevistadas tem raiz nas distorções das vivências cotidianas, em que o acolhimento realizado opera, em grande parte, como regulador de fluxo e de certo modo responde satisfatoriamente a um problema imediato do trabalho da enfermeira, que é a demanda reprimida dos atendimentos médicos para o dia. Então, ele é apontado como potente, porque diante das condições reais de trabalho, trata-se de um facilitador do seu trabalho, mesmo não funcionando como deveria.

Já a satisfação pessoal que as enfermeiras referem com a realização do trabalho também mostra-se frágil, diante do conflito de emoções que perpassam sua prática e foi traduzido com frequência nas falas em sentimentos como desgaste, estresse e frustração.

Por outro lado, os principais aspectos levantados como fragilidades no processo de trabalho das enfermeiras da ESF são bastante sólidos: demanda complexa dos territórios contrastando com a restrição quantitativa e qualitativa de profissionais na equipe; dificuldade de comunicação entre os profissionais; limitação no processo de capacitação/atualização dos profissionais em serviço; insuficiência de materiais e equipamentos para a realização do trabalho. Esses aspectos estão em sintonia com o que hoje é apontado pelos estudiosos como maiores problemas enfrentados pela Atenção Básica no SUS, e têm profundo impacto no cuidado realizado nos serviços, portanto, merecem maior atenção por parte de toda a sociedade.

Além dos aspectos apontados pelas enfermeiras, outros emergiram da análise aprofundada dos depoimentos, como a necessidade que o trabalhador tem de falar e ser ouvido para poder refletir sobre sua condição. Isso foi observado ao longo de todas as entrevistas, quando as profissionais não pouparam palavras e opiniões. Elas referem que muitas vezes essa necessidade não é acolhida no cotidiano de trabalho, em partes pela falta de tempo, mas principalmente pela dificuldade de conversa e negociação com os demais sujeitos envolvidos no trabalho: “Na rotina, tem coisas que a gente não pode fazer, tem coisas que a gente não pode falar...” ENF2.

O trabalho seja ele qual for, se apenas vivido e não refletido, articulado, corre o risco de passar a ser uma atividade mecânica e alienada, que aprisiona o trabalhador e torna suas possibilidades de transformação da realidade cada vez mais reduzidas. Este risco da mecanização para o trabalho em saúde pode custar muito, principalmente no que se refere à concepção e promoção do cuidado.

Um ponto que surgiu em meio às falas e merece destaque diz respeito à distinção entre unidades integradas e isoladas. As entrevistadas referem que o

espaço disponível para a realização do trabalho é mais amplo e adequado na unidade integrada, em relação à isolada, muito embora a integrada apresente ainda algumas deficiências, como a falta de espaços de convivência interpessoal, por exemplo. Por outro lado, o processo de trabalho que se desenvolve na unidade integrada é bem mais complexo, uma vez que as quatro equipes se utilizam das mesmas instalações e torna-se necessária uma articulação permanente no que tange a pactuação de agendas, utilização de materiais e instrumentos (muitos são compartilhados), condutas, dentre outros, o que não é facilmente construído na prática. Descortinar essa realidade faz despertar muitos questionamentos sobre as implicações das mudanças com a integração das equipes, como que obstáculos ou estímulos isso acrescenta à produção do cuidado. Trata-se de uma proposta recente e em franca construção no cenário da ESF em João Pessoa, que por isso merece ser estudada a fundo, contudo não é pretensão deste trabalho explorá-la.

Por fim, quando questionadas se o processo de trabalho lhes permite realizar o trabalho desejado, as enfermeiras fizeram colocações bastante otimistas, de que, apesar dos inúmeros transtornos, elas conseguem realizar a promoção do cuidado de forma adequada: “A gente vai, com o tempo, tentando melhorar, tem que ir se acostumando com o ritmo dos problemas, cada dia ver o que a gente pode fazer para melhorar o nosso trabalho” ENF3.

Existe, deste modo, uma noção geral de conformidade do trabalhador com os problemas apresentados pelo trabalho, e sua forma de enfrentamento passa a ser enxergá-lo como “desafio próprio de todo dia”, ainda que a responsabilidade sobre as limitações não seja só sua. As falas mostram também que, em geral, a enfermeira trabalhadora da ESF se identifica e incorpora a luta pela saúde pública.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como finalidade analisar o processo de trabalho da enfermeira que atua na ESF, através da identificação de aspectos que possam configurar potencialidades e fragilidades na promoção do cuidado aos usuários do SUS.

Neste sentido, a perspectiva hermenêutica dialética proposta para a análise das entrevistas pretende que as discussões aqui levantadas não se esgotem, e que a partir das observações descritas sejam levantadas novas indagações, para que se mantenha viva a discussão crítica sobre o trabalho e o eterno movimento de mudança da realidade.

A partir das análises, o trabalho da enfermeira na ESF revelou-se campo de contradições, conflitos e tensões, em que apesar de reconhecidas potencialidades no seu processo de trabalho, emergiram muito mais fragilidades, que comprometem a produção do cuidado e merecem ser estudadas, a fim de superação.

Revelou-se também uma limitação no processo de trabalho que envolve a própria consciência deste por parte do trabalhador. As enfermeiras apresentaram muita dificuldade para apontar as informações sobre seu processo de trabalho, quando questionadas diretamente, entretanto em outros questionamentos ao longo das entrevistas, naturalmente, essas informações iam sendo reveladas. Isso pode identificar, por um lado, uma incompreensão dos termos técnicos que caracte-

rizam o processo de trabalho, ou por outro lado, uma alienação em relação ao processo de trabalho.

O estudo aponta, portanto, para a importância da discussão técnica e política sobre a categoria processo de trabalho, especialmente na ESF, que apesar de recente, já apresenta tantos pontos nevrálgicos e recebe dentro do SUS tamanha responsabilidade de reorientação de práticas de saúde. A centralidade do trabalho, neste caso, significa que é preciso repensar todas as relações que se estabelecem para que o trabalho se efetive, e que isso deve ser ponto de reflexão permanente entre trabalhadores, gestores e usuários, como elemento chave na elucidação da problemática da Atenção Básica e do SUS, na atualidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família* / Milton Menezes da Costa Neto, org. _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRÊDA MZ, AUGUSTO LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):471-480, 2001.
- BUJDOSO YLV, TRAPÉ CA. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1363-1374, 2007.
- CRUZ MCC. *O conceito de Cuidado à saúde*. [Dissertação de mestrado] Salvador: Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, 2009. 153p.
- DEJOURS C, ABDOUCHELI E, JAYET C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- ERMEL RC, FRACOLLI LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*; 40(4):533-9, 2006.
- FERNANDES SMBA. *Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública*. [Dissertação de mestrado] Natal: Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005. 265p.
- GAÍVA MPM, SCOCHI CGS. Processo de Trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(3):469-76, 2004.
- GOMES AMT, OLIVEIRA DC. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. *Rev Bras Enferm.*, 63 (4): 608-15, 2010.
- MINAYO MCS. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005. 244p. ilus.
- OLIVEIRA JSA. *Análise da contribuição de estagiários remunerados na força de trabalho em enfermagem*. [Dissertação de mestrado] Natal: Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. 195p.
- PASSOS JP, CIOSAK SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 40(4):464-8, 2006.
- PEDUZZI M, ANSELMINI ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.* 55(4): 392-398, 2002.
- PORTO GB. *Do corredor ao consultório: diversidade e multifuncionalidade da Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre-RS*. [Dissertação de mestrado] Porto Alegre: Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*.20(2):438-446, 2004.
- ROCHA BS, MUNARI DB; BEZERRA ALQ; MELO LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 17(2):229-33, 2009.
- ROCHA LE, RIGOTTO RM, BUSCHINELLI JTP (org). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Ed. Vozes. São Paulo, 1993.
- ROSSI FR, LIMA MADS. *Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado*. *Rev Esc Enferm USP*. 39(4):460-8, 2005.
- SÁ, CMS. *Atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar: repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador*. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
- SANTOS VC, SOARES CB; CAMPOS CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 41(Esp):777-81.2007.

22. SANTOS JLG, GARLET ER; LIMA MADS. *Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. Rev Gaúcha Enferm.* 30(3):525-32, 2009.
23. SOUZA NVDO, LISBOA MTL. *Os múltiplos e contraditórios sentidos do trabalho para as enfermeiras: repercussões da organização e do processo laboral. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde.* 5(3):326-334, 2006.
24. VIEIRA CEC, BARROS VA, LIMA FPA. *Uma abordagem da Psicologia do Trabalho, na presença do trabalho. Psicologia em Revista.* 13(1):155-168, 2007.
25. TESSER CD, POLI NETO P; CAMPOS GWS. *Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva,* 15(3):3615-3624, 2010.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Cláudia Cardoso Chaves
Rua Wilson Flávio Moreira Coutinho, 229 –
Ed. Vieira da Costa II - aptº 202. Bancários
58052-510 João Pessoa – Paraíba – Brasil

E-mail

anaccardo@hotmai.com