



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Patrícia Aragão Alves**

**AS DORES E AS DELÍCIAS DE CAMINHAR: um estudo de caso sobre labor e sofrimento de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em um território de Sobral (CE)**

**Sobral–Ce**

**2017**

Patrícia Aragão Alves

AS DORES E AS DELÍCIAS DE CAMINHAR: um estudo de caso sobre labor e sofrimento de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em um território de Sobral (CE)

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Orientador: Prof.º Dr. Israel Rocha Brandão.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Sobral – Ce

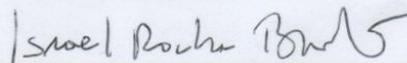
2017

Patrícia Aragão Alves

AS DORES E AS DELÍCIAS DE CAMINHAR: um estudo de caso sobre labor e sofrimento de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em um território de Sobral (CE)

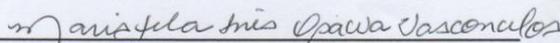
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

**Banca Examinadora:**

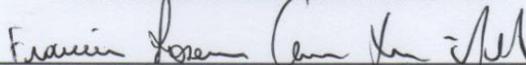
  
\_\_\_\_\_

Prof.º Dr. Israel Rocha Brandão  
Presidente

Universidade Estadual Vale do Acaraú –UVA

  
\_\_\_\_\_

Prof.ª Dra. Maristela Osawa Vasconcelos  
Universidade Estadual Vale do Acaraú –UVA

  
\_\_\_\_\_

Prof.º Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximeres Neto  
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA  
Sobral

Aprovado em: 02 de março de 2017

À todas as Enfermeiras que realizam o trabalho com dedicação e carinho na Estratégia Saúde da Família. À minha adorável e compreensiva mãe, Maria de Sousa Aragão, que sempre acreditou em mim.

Ao meu estimado pai, Francisco de Assis Alves, que mesmo distante e com seu jeito silencioso sempre foi muito importante na minha vida.

### **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que proporcionou a realização desta dissertação que marca o fim de uma importante etapa da minha vida.

Às enfermeiras dos territórios da Estratégia Saúde da Família do bairro Terrenos Novos, pelo apoio e disponibilidade os meus mais sinceros agradecimentos.

Ao professor Israel Brandão, meu querido orientador, pela disponibilidade, colaboração, conhecimentos transmitidos e capacidade de estímulo ao longo de todo o trabalho.

Ao Mestrado Profissional em Saúde Família, em nome de sua Coordenação Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Inês Osawa Vasconcelos, pelo apoio.

À Secretaria de Saúde de Sobral, na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Mônica Lima e das gerentes Ana Zélia Freitas de Oliveira e Flora Lia Leal da Costa que permitiram que eu realizasse a pesquisa nos territórios.

À Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, por contribuir com a construção da pesquisa por me liberar, parcialmente, de minhas atividades de apoio institucional.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde - NEPS e ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú, pela apreciação deste estudo em tempo hábil.

Aos professores Dr. Jeison Lira Vasconcelos e Dr. Reginaldo Parente pelas valiosas contribuições para a pesquisa na banca de qualificação.

Ao Prof.<sup>o</sup> Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto que na graduação em Enfermagem fez nascer em mim a paixão pelo o SUS, em especial, pela Estratégia Saúde da Família.

A todos os queridos colegas do mestrado, em especial, a Ana Hirley, Raquel, Carina, e minha amiga irmã Flávia que sempre estiveram próximas e me direcionaram nesses dois longos anos.

A Priscila e a Sara que sempre foram solícitas e interessadas em resolver minhas demandas.

“As emoções positivas e negativas não podem ocupar as mentes ao mesmo tempo. Uma deve dominar. Compete-lhe a certificação de que as emoções positivas constituam a influência dominante na sua mente.”

Napolean Hill

### **LISTA DE SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

## **RESUMO**

A Estratégia Saúde da Família permitiu que o enfermeiro desenvolvesse além da assistência, a função de coordenador de equipe de agentes comunitários de saúde, da equipe de enfermagem, ação de educação em saúde e gerência. Por exigir compromisso, dedicação e envolvimento, o trabalho da assistência, aliado a sobrecarga de trabalho, pode gerar sofrimento no profissional. O estudo tem como objetivo geral analisar as relações do sofrimento com o trabalho dos Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, e específicos: investigar a percepção do Enfermeiro da ESF acerca do sofrimento; identificar quais fatores estão relacionados

com o sofrimento dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família; descrever as formas de enfrentamento do enfermeiro para elucidação ou amenização do sofrimento. A pesquisa é do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa e ocorreu no município de Sobral (CE), em dois Centros de Saúde da Família. Os sujeitos do estudo foram sete profissionais enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram produzidos por meio de uma entrevista semiestruturada. O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática. Como resultado destacou-se as enfermeiras todas terem menos de um ano de atuação na Atenção Primária à Saúde, todas serem jovens, a maioria com até um ano de formação. Os principais fatores que conduzem ao sofrimento referidos por elas foi a sobrecarga de trabalho, organização do serviço, relações interpessoais. As formas de enfrentamento para elucidação ou amenização do sofrimento foram apoio familiar, lazer, atividade física, autocontrole e a formação profissional. Em relação à percepção do Enfermeiro da ESF acerca do sofrimento, imaginou-se que elas iriam se retrair ao falar desse assunto, porém, percebemos que elas estão abertas a expressar o que sentem o que permite ajudá-las. O estudo mostra que as enfermeiras que participaram da pesquisa apresentaram poucos traços de sofrimento, porém devemos levar em consideração o pouco tempo de exercício profissional.

**Palavras - chave:** Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Trabalhador.

## **ABSTRACT**

Family Health Strategy allowed the nurse to develop, besides assistance, the role of coordinator of the team of community health agents, the nursing team, health education action and management. By demanding commitment, dedication and involvement, the work of care, combined with the overload of work, can cause suffering in the professional. The objective of this study is to analyze the relationship between suffering and the work of nurses working in the Family Health Strategy, and specific: to investigate the perception of the FHS nurse about suffering; Identify which factors are related to the nurses' suffering in the Family Health Strategy; To describe

the nurses' coping ways to elucidate or ameliorate suffering. The research is exploratory-descriptive with a qualitative approach and occurred in the city of Sobral (CE), in two Family Health Centers. The study subjects were seven professional nurses who accepted to participate in the research. The data were produced through a semi-structured interview. The treatment of the empirical material was oriented by the thematic content analysis. As a result, the nurses all had less than one year of primary health care, all of them were young, most of them with up to one year of training. The main factors leading to the suffering referred to by them were work overload, service organization, interpersonal relationships. The forms of coping to elucidate or ameliorate suffering were family support, leisure, physical activity, self-control and professional training. Regarding the perception of the ESF nurse about suffering, it was imagined that they would withdraw when talking about this subject, but we realize that they are open to expressing what they feel that allows them to help them. The study shows that the nurses who participated in the research had few traces of suffering, but we must take into account the short time of professional practice.

**Key words:** Nursing. Suffering. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Motivação e relevância .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>Problematização .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Política nacional de atenção básica e a estratégia saúde da família ....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Limites e potencialidades nas ações do enfermeiro na ESF .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>Sufrimento e trabalho na estratégia saúde da família .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4</b>	<b>Estratégias de enfrentamento do sofrimento .....</b>	<b>29</b>

2.5	A afetividade como abordagem de superação do sofrimento ético .....	30
3	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
3.1	Objetivo geral .....	34
3.2	Objetivo específico .....	34
4	<b>PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA .....</b>	<b>35</b>
4.1	Abordagem do estudo .....	35
4.2	Cenário do estudo .....	35
4.3	Sujeitos do estudo .....	36
4.4	Procedimento e método da coleta de dados .....	37
4.5	Procedimentos éticos da pesquisa .....	38
4.6	Apresentação e análise de dados .....	40
5	<b>RESULTADOS E ANÁLISE .....</b>	<b>43</b>
5.1	Gestão inadequada do processo de trabalho .....	43
5.2	Aspectos pessoais que interferem no processo de trabalho .....	47
5.3	Repercussão no estado emocional .....	51
5.4	Alternativas para amenizar aspectos negativos no trabalho .....	55
5.5	Recursos pessoais para amenizar os aspectos negativos .....	57
5.5.1	Autocontrole .....	58
5.5.2	Apoio da família .....	58
5.5.3	Lazer, atividade física, socialização, relaxamento .....	58
5.5.4	Formação educacional .....	59
5.6	Adoecimento provocado pelo trabalho.....	60
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
	<b>. APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICE B- CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO ....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO PERFÍL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES .....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE D- PERGUNTAS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL .....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA .....</b>	<b>79</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 MOTIVAÇÃO E RELEVÂNCIA**

A construção e a progressão da minha trajetória profissional foi sempre alicerçada na Saúde Coletiva, atuando na assistência e gerência de serviços de saúde desde o ano de 2008. Quando iniciei o trabalho em saúde, no município de Brejo de Areia, no estado do Maranhão, onde exerci função de concomitante, a função enfermeira assistente de Centro de Saúde Família (CSF). Este período foi muito desafiante, já que não existia uma consolidação das ações de promoção de saúde e por mais que houvesse uma tentativa de sensibilização para desenvolver estas ações, a comunidade só se contentava com os serviços curativos. O empenho para acompanhar a puericultura e pré-natal era quase ineficaz. No primeiro ano, também, coordenei o setor de Imunização e nos dois anos seguintes, assumi a coordenação da Atenção Básica deste município.

Ao retornar para o Ceará, exerci função de enfermeira plantonista no hospital do município de Groaíras por um curto espaço de tempo. Outra experiência foi a preceptoria de estágio de uma escola profissionalizante do curso técnico em enfermagem do município de Reriutaba, em que fiquei locada no município de Ipu, acompanhando alunos nos serviços de atenção secundária do município, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospital Maternidade.

Em 2012, no município de Cariré, estado do Ceará, além da assistência, assumi a gerência de um CSF, que foi uma experiência muito gratificante já que existia uma organização na oferta dos serviços e foi quando pude colocar em prática o que havia aprendido durante a formação em enfermagem e tive o primeiro contato com a gestão do serviço, já que na primeira experiência, o trabalho em gestão foi essencialmente burocrático.

Ainda nesse ano, passei a trabalhar em Sobral, assumindo novamente a função de enfermeira de território quando pude vivenciar mais intensamente as ações de prevenção e promoção da saúde, já que todos os territórios que atuei neste município havia uma demanda muito superior a dos outros municípios, além de uma maior vulnerabilidade social. Neste município, pude presenciar um acompanhamento mais holístico das famílias, já que existe uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) bem consolidada.

Permaneci nesta função até o ano de 2015 quando assumi a tutoria, função que realiza apoio à gestão de território, apoio pedagógico aos residentes em saúde da família da Escola de Formação Visconde de Sabóia, contribuindo na formação destes profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família.

Foi no desenvolvimento da assistência de Enfermagem que vivenciei fases de intenso estresse, sofrimento e tive oportunidade de ouvir queixas de colegas de trabalho que relatavam a mesma sensação, que não é uma situação pontual.

Daí surgiu a motivação pessoal para a realização desta pesquisa, quando emergiram inquietações sobre o adoecimento e o sofrimento ocupacional de enfermeiros da ESF, tendo inclusive envolvimento da pesquisadora com esta temática. Nessa inquietação partiram os seguintes questionamentos: Por que os Enfermeiros se queixam tanto de cansaço, estresse, entre outras queixas? Será que existe realmente sofrimento e adoecimento ocupacional dos enfermeiros da ESF do município de Sobral-Ceará? Que fatores estão intrínsecos na produção dessa condição de saúde? E como eles estão enfrentando essa situação de estresse?

Assim, a partir desses questionamentos, a pretensão é elaborar e desenvolver intervenções eficazes para prevenção de sofrimento e adoecimento pelo trabalho dos profissionais da APS, como também oferecer subsídios para novos cuidados e pesquisas nesse campo.

## **1.2 Problematização**

O Setor Saúde sofre as influências dos modelos Fordista e Taylorista, da administração clássica e do modelo burocrático. Centradas em uma concepção rígida, essas influências por vezes podem entrar em choque com a necessidade de adaptação e flexibilidade na tomada de decisões nesse ambiente repleto de microrrelações, levando com isso à possível frustração por não conseguir realizar os projetos da ESF (SILVA, 2008).

O processo de mudança no Setor Saúde no Brasil foi impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária, como parte da redemocratização do país, que se submete a expressar um projeto político de mudança de concepção e de suas práticas de saúde.

A partir desse movimento, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliou o conceito de saúde, que passou a ser direito do cidadão e dever do Estado, em consequência da elaboração da legislação sanitária, da organização dos serviços de saúde e da expansão estatal, visando estabelecer um modelo de saúde centrado no cliente, voltado ao atendimento integral à saúde, embasado na promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida (WITT, 2005).

Instigado pelo Movimento da Reforma Sanitária e, ao serem criadas as leis que regulamentam o SUS, a Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8.142, relacionadas ao Controle Social, o SUS começou a ser implementado e, com isso, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma série de atos administrativos em forma de portarias, decretos, resoluções e normas, como instrumentos de regulação do sistema de saúde, cujo objetivo principal é regulamentar e orientar a consolidação do SUS, o que evidenciou a necessidade de mudança no modelo de atenção (BRASIL, 1990).

Surge a Atenção Primária a Saúde (APS), como modelo tático-operacional que reorienta os sistemas de serviços de saúde em concordância com os princípios e diretrizes do SUS, implantando distritos sanitários satisfazendo as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 1990).

A partir de então, a APS tornou-se ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e é considerada entrada para assistência, também sendo responsável por sua continuidade, independente do ponto de atenção em que o cliente se encontre (Mendes, 2010). Desta forma, é primordial que haja aperfeiçoamento das práticas de saúde de modo a tornar a APS, cada vez mais eficiente e resolutiva, impactando na situação de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde.

Com isso, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família em 1994, de forma a materializar a APS, que propunha a descentralização do SUS, a efetivação da APS, objetivando a reversão do modelo vigente centrado na cura e no modelo biomédico (BRASIL, 1994).

E esta mudança na assistência à saúde logo mostrou resultados com a melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade, a reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da APS, o aumento do número de equipes, o PSF

passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), política estratégica e um modelo de atenção à saúde do país.

A ESF tem, então, como trabalho fundamental o estabelecimento de vínculos e o seu desenvolvimento a partir da associação das peculiaridades epidemiológicas, sociais, econômicas, culturais da área circunvizinha e das necessidades de sua população e um de seus objetivos é acompanhar população adscrita através de ações de promoção a saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação (CORBO, 2007).

Estas mudanças propostas pela reestruturação da atenção à saúde da população, com vistas à consolidação do SUS, trazem novos e constantes desafios aos trabalhadores desse cenário. Demanda-se dos profissionais a oferta de serviços baseados em pressupostos da integralidade, com ações humanizadas de escuta e acolhimento às necessidades singulares das pessoas, o que muitas vezes representa a própria carência dos trabalhadores face à sua saúde na relação com o trabalho (SCHRADER, 2012).

Além disso, a equipe da ESF deve desenvolver múltiplas atividades como visitas domiciliares, avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde de seu território, elaboração de planos de enfrentamento aos problemas de saúde mais comuns e emergenciais, prestação de assistência ao indivíduo em todo seu ciclo de vida, realização dos programas de saúde e ações de promoção à saúde. Diante desta diversidade de atribuições e que para exercê-las, o profissional deve ter responsabilidade, zelo e o planejamento dos serviços estão em processo permanente de construção.

Sem contar que o profissional deve manter vínculo com o território do usuário para favorecer a assistência, permitindo a promoção de cuidados mais articulados à necessidade da comunidade. No entanto, isso pode deixar o trabalhador mais vulnerável ao sofrimento – por experimentar com mais intensidade a sensação de impotência face à magnitude dos problemas a serem resolvidos.

Além de que o sofrimento no trabalho desenvolvido por estes profissionais pode ser provocado pela escassez de recursos e tecnologias para a resolução dos problemas, ou pela exacerbação do valor ao modelo biomédico, a priori não prevalente nesse campo de atuação e no discurso racional tradicionalmente valorizado entre os profissionais (Ganong, 1997 *apud* Ribeiro, 2012).

Por outro lado, as estratégias adotadas para a consolidação do trabalho em equipe, assim como planejamento compartilhado das atividades e dificuldades do processo laboral, podem ser considerados aspectos benéficos aos profissionais da ABS com vista a satisfação no trabalho (Whittemore, 2005 *apud* Ribeiro, 2012).

Junto a isso, as condições de trabalho podem causar adoecimento, pelas cargas psíquicas geradas por fatores físicos, biológicos, organizacionais, incidentes no processo de trabalho. Assim, as doenças psicossomáticas podem ser desencadeadas por estresse (DJOURS, 1992).

Além destas condições, considera-se que a organização contemporânea do trabalho de saúde impõem condições e pressões que não estão imediatamente visíveis, e tendem a ser naturalizadas pelas equipes dessa área. Além disso, é grande a carga psíquica pela responsabilidade de lidar com a vida de outras pessoas.

Com o aumento do adoecimento dos trabalhadores, em setembro de 1990, cria-se a Lei Federal 8.080/1990, abordando a Saúde do Trabalhador e suas competências, destacando as atividades que se destinam, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, bem como as medidas de recuperação e reabilitação dos indivíduos que estão expostos as cargas e agravos provenientes das condições do labor que dispõe sobre as condições de saúde e funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990).

Apesar da existência desta lei, Oliveira (2012) contesta que haja uma política nacional com a finalidade de considerar efetivamente a saúde dos trabalhadores em saúde e que esta exclusão afeta diretamente a qualidade do trabalho prestado e estes profissionais passam de agente a doente. Salientando que as políticas públicas referentes aos trabalhadores em saúde, não contemplam os trabalhadores da ESF, além de influenciar negativamente sobre sua qualidade.

Em estudo realizado por meio de entrevistas no interior do estado de São Paulo, sobre os riscos psicossociais relacionados ao trabalho de seis equipes da ESF, foram identificados os seguintes fatores: falta de preparo e/ou capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, recursos humanos e materiais insuficientes (CAMELO, 2007).

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Política nacional da atenção básica e a estratégia saúde da família**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é decorrente da experiência acumulada por um conjunto de atores que agregou políticos municipais, estaduais e federais, trabalhadores da saúde, usuários, membros da academia e entidades representativas do sistema de saúde fundamentados nos princípios e eixos transversais da universalidade, integralidade e qualidade no SUS, que se orienta pelas diretrizes estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde de 1990, com base no art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012).

Conforme a proposta de revitalização e reorganização da PNAB no Brasil, aprovada em 2006, a ABS torna-se porta de entrada preferencial do SUS, enquanto a Programa Saúde da Família consolida-se e qualifica-se como Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de APS e centro ordenador das redes de atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2006).

Assim sendo, a Atenção Básica se desenvolveu no Brasil para estar próximo a população, com maior descentralização e capilaridade a fim de alcançar a vida das pessoas e ser o acesso principal e centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde, por isso, guia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Os eixos transversais da integralidade, a equidade e da universalidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão embasaram as discussões para alcançar o formato final da PNAB. Desta forma, a nova política indica a elucidação dos conceitos gerais, as atribuições de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, competências dos profissionais, e as normas de incentivo, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006).

A universalidade define saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como garantir a provisão de serviços e ações que garantam esse direito, ou seja, garantir o acesso imediato aos serviços de saúde a todos que deles

necessitem, enfatizando ações preventivas que reduzam o tratamento de agravos (BRASIL, 2006).

A universalidade ainda é definida por Teixeira (2011) como um princípio finalístico, quer dizer, é um como um objetivo a ser atingido, revelando, entretanto, um dos aspectos do sistema que se intenciona alcançar. Para que o SUS venha a ser universal é preciso desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

A integralidade deve contemplar as necessidades integrais e específicas dos usuários, ou seja, deve oferecer serviços que incluam os diferentes níveis de organização e complexidade. Também se refere à abordagem e compreensão dos indivíduos como sujeitos biopsicossociais, de modo a percebê-lo de forma mais abrangente.

Já a igualdade defende que a assistência à saúde deve ser garantia a todos. Porém, diante das disparidades sociais e regionais existentes em nosso país, para o exercício deste princípio recorre-se a equidade, considerando que todos devem ter igualdade de oportunidade de usar o sistema de saúde. Desta forma, é necessário que haja planejamento das políticas estratégicas de saúde para reduzir desigualdade, em busca de equilíbrio e equidade.

Para concretizá-los, os princípios doutrinários organizacionais do SUS se fundamentam em descentralização, regionalização e hierarquização. Descentralização é redistribuir poder e responsabilidade nas esferas do governo nacional, estadual e municipal. A responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para que esta esfera exerça sua função (BARRETO, 2008).

Em relação à hierarquização e a regionalização dos serviços, devem ser organizados em níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. O primeiro nível é a porta de entrada oferecida a população, já os outros passam por fluxo de referência e contra-referência organizado entre os serviços de acordo com a necessidade do cliente. Já regionalização é uma articulação entre os serviços

existentes com comando unificado dos mesmos e são responsáveis pela saúde de uma determinada parte da população (BRASIL, 2007).

Já o princípio de participação e do controle social preconiza que os usuários devem tomar parte da gestão do SUS, que obriga a formação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, presentes nos três níveis de governo, cuja finalidade é estimular a participação social e corresponsabilização pelo que acontece no país (BRASIL, 2012).

Conforme os princípios e diretrizes do SUS, o resultado do documento de revitalização da ABS é a Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, que sinaliza a reforma dos princípios gerais, atribuições de cada esfera do governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, condutas dos profissionais e regras de financiamento, inserindo as peculiaridades da ESF (BRASIL, 2007).

A PNAB reafirma os princípios gerais da AB, caracterizando por um conjunto de ações que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos âmbitos individuais e coletivos, de forma a considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças como a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Conforme a Política Nacional de 2006, a Atenção Básica (BRASIL, 2007, p.11) tem como fundamentos:

- a) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

- e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- f) estimular a participação popular e o controle social.

A PNAB passou por uma revisão no ano de 2012, em que foi removido os itens “d” e “e”, o que é um retrocesso pois nos remete a pouca preocupação com os profissionais e um relaxamento no acompanhamento sistemático dos resultados alcançados. Também ampliou o que está postulado no item “f” ao acrescentar o estímulo ao usuário quanto ao cuidado a si próprio, como a outras pessoas e coletividades no enfrentamento de determinantes e condicionantes sociais.

A Política Nacional de 2006 também elencou as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (Brasil, 2007, p.18):

- a) definição do território de atuação das UBS;
- b) programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- c) desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- d) desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- e) assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- f) implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- g) realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- h) participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- i) desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;
- j) apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

O que difere da PNAB 2012 é que ela remove os itens “e” e “f” e adicionado elementos que podem contribuir com a melhoria da assistência, por responder às necessidades da população como a implementação da atenção domiciliar, realização atenção extra-muro, o que de certa acontece com o Programa

Saúde na escola e com as ações voltadas à saúde do trabalhado. Esta PNAB também orienta a programação das ações respeitando a classificação de risco clínico, implementa agenda flexível, já que a PNAB 2006 orienta que os atendimentos sejam focados nos grupos de risco e fatores de risco.

A PNAB (2007) apresenta as seguintes atribuições comuns a todos os profissionais:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente;
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

O que difere da última PNAB é que na territorialização foi removido o olhar para saúde do trabalhador e adicionado a discussão conjunta dos profissionais para planejamento e avaliação das ações, enquanto na primeira só refere a participação dos profissionais como meros expectadores do que é planejado pela gestão.

Esta Política ainda define as atribuições específicas de todas as categorias, porém, como o estudo trata do enfermeiro, vamos nos deter a apenas esta função e apresento conforme a PNAB 2012 por estar mais suscinta.

- a) Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- b) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- c) Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- d) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- e) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Porém, não refere a supervisão e avaliação do enfermeiro ao trabalho do ACS como também não cita que é função dos enfermeiros as atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem, conforme é apresentado na PNAB 2006. Porém, como que por coincidência, observo na função que exerço atualmente, que estas ações que não são mais realizadas pelo enfermeiro, que deve ser o coordenador da equipe e fica a cargo do gerente fazer esta supervisão aos ACSs, como as ações de Educação Permanente.

## **2.2 Limites e potencialidades nas ações do enfermeiro na ESF**

A implantação de novos modelos de atenção, o ingresso de novas tecnologias e a alteração do perfil epidemiológico provoca um abalo direto sobre as necessidades de profissionais pelos sistemas de saúde. A integração dos mercados internacionais, o aumento da expectativa de vida e as novas perspectivas dos consumidores podem, também, alterar as demandas sobre a força de trabalho em

saúde. O trabalho de enfermagem, como qualquer outra profissão, passa por estes desafios, como também tem suas potencialidades. (POZ, 2013).

Pesquisa do Ministério da Saúde sobre a carência de médicos especialistas evidenciou desequilíbrios regionais no acesso aos especialistas e que a oferta e a demanda de médicos tem crescido na última década, aquecendo consideravelmente esse mercado de trabalho, oposto ao que ocorre com os enfermeiros e dentistas (SCHEFFER, 2011).

A necessidade de polivalência do profissional por meio do domínio e do desenvolvimento de práticas em inúmeras frentes que é essencial, o que eleva incertezas e tensões profissionais que o executam. Trabalho multiprofissional ainda é insuficiente, pois, é realizado majoritariamente pela a equipe mínima (PIRES, 2011).

Como já comentado, em Sobral existe apoio das equipes multiprofissionais, com as seguintes categorias: nutrição, fonoaudiologia, educação física, terapia ocupacional, farmácia, serviço social, fisioterapia, psicologia, e odontologia, apenas na residência. O NASF presta suporte a algumas unidades da sede e a todas da zona rural e residência apóia a sede. Neste caso, cabe a equipe se organizar e um fazer monitoramento sistemático para que haja o apoio efetivo.

A necessidade de uma melhor formação para lidar com problemas sociais foi uma limitação apontada em um estudo realizado com enfermeiros, médicos, residentes, auxiliares de Enfermagem e ACS de dezessete (17) equipes da ESF no município de São Paulo, que revelou a dificuldade formativa, pessoal, profissional para lidar com problemas sociais (KANNO, 2012).

Outra grande limitação é a sobrecarga de trabalho, ou seja, precisa trabalhar para contemplar a demanda, pois se conseguisse trabalhar a promoção da saúde iria ter um trabalho mais favorável, sem contar que esta sobrecarga produz impactos na qualidade da assistência prestada ocasionando sentimento de frustração e duvidas enquanto ao seu desempenho.

Caçador (2015) corrobora esta ideia ao relatar que imersão dos enfermeiros no cotidiano marcado pela sobrecarga de trabalho reflete uma prática pouco reflexiva que demanda a necessidade traduzida na oferta disponibilizada pelo o serviço de saúde no centro de saúde.

Lessa (2013) além de concordar que o cotidiano do enfermeiro é caracterizado pela sobrecarga de trabalho complementa que com estrutura limitada

torna seu exercício pouco reflexivo promovendo alienação dos seus trabalhadores e continua

O cotidiano de trabalho precisa estar articulado com a reflexão, construindo um movimento cíclico entre o fazer e o pensar sobre o fazer. A reflexão crítica sobre o próprio trabalho permite a superação do estado de alienação o excesso é resultado de acúmulos de padronização o que impede a consciência do enfermeiro sobre o seu fazer ao tomar consciência sobre o seu processo de trabalho, o enfermeiro tem condição de selecionar as demandas de sua competência e encaminhar outras demandas que podem ser compartilhadas com os demais profissionais (LESSA, 2013, p. 2).

Uma das causas desta fragilidade política ocorre desde a sua formação da categoria quando a profissão era exercida por leigos, religiosos, prostitutas, escravos, pessoas de classe social pobre ou condutas tidas como inadequadas para a moral católica e burguesa da época. Estas pessoas não teriam capacidade de fazer uma análise crítica sobre o momento em que viviam. O que se repetiu na formação da categoria no Brasil, que também era exercida por pessoas sem formação escolar e cultural e iniciou a partir das enfermeiras visitadoras, função criada para responder a uma necessidade que surgiu na época frente às doenças endêmicas (Pires, 2011; Moreira, 1999).

Diante disto, é um desafio para a categoria, os avanços na autonomia da política da Atenção Básica no SUS, a apropriação da historicidade da profissão, porque está regida por uma idealização da profissão que não se adequa a realidade da prática social; e a precarização das relações e condições de trabalho na ESF. Ainda aponta a dimensão técnica do fazer como a capacidade de fazer a história própria, a liberdade de escolha e de decisão das práticas articuladas ao conhecimento científico que está imerso em relações de poder, e sem esta autonomia o enfermeiro torna-se vulnerável a manipulação de interesses dos outros (PIRES, 2011).

Lessa (2013) propõe um desenvolvimento de uma cultura crítica de reflexão sobre as fragilidades políticas da Enfermagem para que a busca pela autonomia seja um exercício da qualidade do seu fazer e de compromisso com mudanças do modelo existencial.

Kalinowski (2012) corrobora a ideia de necessidade de autonomia, ao concluir em seu estudo, a relevância da construção de saberes e tecnologias próprias para a Enfermagem, que possam auxiliar na construção da autonomia profissional da enfermeira.

Dentre as potencialidades da Enfermagem estão a consolidação dos princípios da ESF, que traz a centralidade desse profissional na organização e na formação da força de trabalho da Enfermagem no serviço de saúde. Também pode ser lembrada a reflexão ação para prática social e espaços estratégicos que ocupam na política de saúde seja na gerencia, educação, assistência e pesquisa (PIRES,2011).

Costa (2008) corrobora esta ideia ao enfatizar o crescimento da sua inserção na ESF e considera a experiência acumulada desta categoria em atividades de planejamento, execução e avaliação das ações assistenciais administrativas e educativas fundamentais ao desenvolvimento da estratégia. Além, disso o enfermeiro ainda garante a integralidade, a qualidade e a humanização da assistência em defesa do projeto sanitário.

Outra potencialidade desta categoria é se destacar no trabalho em equipe, na organização de serviço e nas variadas ações que desenvolve na saúde coletiva advindo da sua formação e da sua pratica.

O vínculo com a comunidade, também, pode ser considerado uma potencialidade para o enfermeiro se reposicionar no contexto das práticas de saúde, tendo em vista o reconhecimento da comunidade e o seu papel e competência, conferindo mais visibilidade o vínculo permite que o enfermeiro seja visto como alguém confiável a quem a família pode recorrer em caso de necessidade.

A última potencialidade elencada será um avanço do enfermeiro em conseguir desenvolver ações de promoção da saúde, apesar da grande demanda. A vivência profissional da autora no município de Sobral percebe as inúmeras e sistemáticas ações idealizadas e desenvolvidas por esta categoria e como reverbera positivamente nos territórios, pois é perceptível que aumenta o vínculo com a comunidade. Vale salientar que os enfermeiros são apoiados pelas equipes do NASF e da RMSF.

### **2.3 Sofrimento e trabalho na estratégia saúde da família**

O essencial do trabalho não pertence ao mundo visível, pois o sofrimento como tudo que é afetivo origina da inteligência e constitui a própria substância do trabalho, sendo inacessível a quantificação. Portanto, o trabalho não pode ser objeto

de uma avaliação objetiva, pois só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica (DEJOURS, 2004).

O sofrimento, para Dejours (1996, p. 137) “é inevitável e ubíquo. Ele tem raízes na história singular de todo sujeito, sem exceção. Ele repercute no teatro do trabalho ao entrar numa relação, cuja complexidade já vimos, com a organização do trabalho”.

Este sofrimento se agrava no momento em que as atividades do trabalho evoluem na direção de tarefas imateriais, ou seja, quando não há produção de objetos materiais, mas em que o objeto principal ao ser alcançado com o trabalho é a promoção da saúde da comunidade por meio de prevenção de patologias, então, a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível e sem exploração da relação trabalho e subjetividade, uma importante parte do trabalho efetivo permanece na sombra não sendo passível de avaliação (Dejours, 2004; Katsurayama, 2016).

Surgiu, então, a necessidade de estudar a relação do trabalho com os processos psíquicos utilizando a aplicação dos princípios Tayloristas, criados com o objetivo de racionalizar o trabalho Século XX (MAIA, 2013).

Nesse sentido, conforme descreve Mendes (1995), a psicopatologia passa a estudar o sofrimento causado na relação entre homem e trabalho.

Desde os anos 70, a disciplina psicopatologia do trabalho vem estudando a interface homem e organização do trabalho. De um lado, a organização do trabalho, caracterizada pela rigidez e por se constituir um sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis como proposto no taylorismo fordismo. De outro lado, o funcionamento psíquico, caracterizado pela liberdade de imaginação e expressão dos desejos inconscientes do trabalhador. (MENDES, 1995 p.35).

Anos depois, na década de 90, a organização do trabalho passa a ser caracterizada pela mutabilidade e mobilidade, e os processos psíquicos pelos mecanismos de mobilização subjetiva tendo o trabalhador o papel ativo de antes das imposições e a possibilidade de transformar completamente a situação de trabalho para que estas possam trazer benefício para a saúde mental. Esta etapa foi denominada psicodinâmica do trabalho (BUENO, 2012).

Com o desenvolvimento industrial, Maia (2013) afirma que surgiu a necessidade de dividir e organizar o trabalho em concepção e execução e a aplicação direta desses princípios trouxe graves prejuízos a saúde física e mental dos trabalhadores em consequência de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo

acelerado de produção, fadiga física, sobretudo automação não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas.

Dejours critica o modelo Taylorista, que nasceu durante o desenvolvimento industrial, com o objetivo de padronizar o trabalho realizado, desconsiderando as necessidades dos trabalhadores e desta forma, o mesmo considera que a organização do trabalho é responsável pelas consequências penosas ou favoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador conforme seu relato a seguir:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica cujo o impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emergem o sofrimento que podem ser atribuídos como o choque em uma história individual portadora de projetos, de esperanças, e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora (DEJOURS, 1987).

Além do sofrimento, o trabalho pode produzir o prazer sinalizado por meio de sintomas físicos ou no contexto sócio profissional e a própria estrutura de personalidade (DEJOURS, 1992).

Freud (1974) corrobora esta ideia quando afirma que a atividade do homem caminha em duas direções: em busca da ausência de sofrimento e prazer, e da experiência de intenso prazer. O prazer estar relacionado com a satisfação das necessidades representadas em alto grau pelo o sujeito tornando-se desta forma uma manifestação episódica tendo em vista as contrariedades impostas pelas civilizações.

Para Mendes (1995), o sofrimento é caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não sensação de satisfação que são de origem inconsciente e estão relacionados aos desejos mais profundos dos sujeitos, revelados muitas vezes ao consciente em forma de projetos e expectativas de vida.

Esta ideia é corroborada quando Freud (1974) afirma

A atividade profissional constitui fonte de satisfação se for livremente escolhida isto é por meio de sublimação torna possível o uso de inclinações existentes de impulsos instintivos (pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados, no entanto o caminho para a felicidade o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforça em relação a ele como fazem em outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob pressão das necessidades e esta é a versão humana que suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 1974 *apud* Mendes, 1995).

Assim sendo, os indivíduos chegam ao trabalho com história de vida pessoal e reagem de forma diferente diante as dificuldades das situações neste ambiente. Nestes contextos, os problemas nascem das relações conflituosas. De um lado, está o trabalhador com suas necessidades de prazer e do outro, a organização que tende a instituição e ao automatismo e adaptação do trabalhador a um determinado modelo (MENDES, 2007).

Desta forma, sofrimento ameaça o sujeito pelo próprio corpo, pelo mundo externo e por meio dos relacionamentos com outro. O sofrimento, segundo Freud (1972) não se origina de uma realidade posterior e sim nas interações que o sujeito estabelece com esta realidade e a solidão irracional do meio externo que conduz a uma representação penosa. O trabalho pode representar fonte de prazer ou sofrimento, desde que as condições externas oferecidas ascendam ou não a satisfação e os desejos inconscientes (Freud, 1972; Jacques, 2008).

Assim sendo, a busca pelo prazer e a fuga do desprazer é uma aspiração contínua diante às imposições contidas no processo, nas relações e nas organizações do trabalho, que muitas vezes só oferecem condições contrárias a este propósito, gerando desprazer, expresso numa vivência de sofrimento, com sintomas específicos transformando o trabalho em necessidade de sobrevivência, no lugar de fonte sublimatória de prazer (MENDES, 1995).

Diante disso, estas peculiaridades no trabalho prejudicam a saúde física e a organização do trabalho atua no nível de funcionamento psíquico. A divisão de tarefas e o modo operatório evocam o sentido e o interesse de trabalho para o sujeito e a divisão de homens mobiliza a solidariedade afetiva e a confiança (MENDES, 2007).

Dejours (1992) ainda defende que a não canalização da descarga de energia pulsional no exercício do trabalho, levará a um acúmulo no aparelho psíquico provocando o sentimento de desprazer e tensão. Se este sentimento permanecer por muito tempo as capacidades de contê-lo transbordará desencadeando perturbação somática, conforme Dejours reforça em outra obra.

De uma relação desarmoniosa entre conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) e a estrutura da personalidade pode imergir uma insatisfação e correlativamente um sofrimento que são de natureza mental e não física (Dejours, 1987, p. 557).

A organização do trabalho, de acordo com Dejours (1987) é definida como segmentação do trabalho, teor da tarefa, à proporção que se origina dela a hierarquia, modalidade de comando, relações de poder e questões de responsabilidades. O sistema de produção estabelece aspectos relativos à divisão e conteúdo das tarefas, sistemas de hierarquia e relações sócios profissionais que determina a estrutura organizacional na qual o trabalho é desenvolvido.

Então, a organização sujeita cada categoria profissional ao trabalho específico que pode conter elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não da saúde mental dos trabalhadores o que dependem dos interesses econômicos, ideológicos e políticos daqueles que dominam o processo produtivo (MENDES, 2007).

Esta organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com suas organizações. São estabelecidas regras defensivas e regras de ofício e entre níveis hierárquicos para negociar essas regras e obter novos compromissos negociáveis posteriormente caracterizando pela sua evolução em função dos homens, do coletivo da história local e do tempo.

A organização do trabalho, portanto, pode ser diferente em distintas empresas e até variar dentro de uma mesma empresa. Conforme esta afirmativa a organização do trabalho contém além do aspecto da variabilidade o caráter processual e dinâmico, que pressupõe uma relação intersubjetiva e social, á proporção que a definição técnica é insuficiente com relação a realidade produtiva por esta exigir sempre reajuste e reinterpretações por parte do sujeito (MENDES, 2007).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul com enfermeiros que trabalham em Hospital e ESF apontam que os que atuam no hospital destacaram entre outros aspectos negativos, a falta de equipamento, recursos humanos, morte do paciente como situações que ocasionam sofrimento. As dificuldades sentidas em relação a falta de equipamentos e recursos humanos são características peculiares da área de saúde em que os trabalhadores muitas vezes necessitam ajustar recursos finitos a necessidades de cuidados de saúde da população. Esta questão acaba refletindo negativamente na qualidade da assistência a saúde (KESSLER, 2012).

O estudo evidenciou que a lentidão do fluxo do serviço na ESF, muitas vezes provocada pela quantidade de exigências burocráticas nas solicitações e encaminhamentos de exames e consultas especializadas torna-se um fator

desgastante. E, também, que as dificuldades na organização do serviço provocam as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde pelo os usuários (KESSLER, 2012).

Outro relato da equipe de Enfermagem do CSF é serem responsabilizadas por situações ditas sociais como condições precárias de moradia, saneamento e baixa renda, pois, segundo trabalhadores não é atribuição da Enfermagem e, entretanto, repercutem na qualidade da assistência ao usuário, especificamente na área rural estudada a precária realidade econômica e social dos usuários da USF como agravante (KESSLER, 2012).

E de fato, solucionar situações referentes a questões sociais é atribuição do Assistente Social, mas provavelmente no local da pesquisa não havia este profissional e como o enfermeiro é quem tem mais contato com o usuário ele tornou-se responsável por estes problemas.

Logo, o trabalho, conforme afirma Lima Júnior (2013), não é produtor apenas do prazer por sofrimento, mas da dinâmica das relações internas e das organizações do trabalho, ou seja, é produto desta dinâmica das relações subjetivas condutas e ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho, podendo ser considerado que tanto a organização do trabalho prescrita com as relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho tem papel fundamental na determinação de vivencia de prazer com consequências para produtividade.

## **2.4 Estratégia de enfrentamento do sofrimento**

Atitudes de enfrentamento são caracterizadas pela improvisação passividade e individualismo, portanto, as possíveis situações de sofrimento vivenciadas são compensadas pela contínua demonstração de gratidão externada pela maioria dos usuários (CAVALCANTE, 2009).

Por isso, um grupo quando está mais motivado é mais propenso a tomar atitudes, como superação, improvisação, encontrando saídas criativas e inventivas enquanto o outro grupo poderá tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes geradoras de sofrimento.

Para Dejours (1989, p. 94) “executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportada pelo jogo da motivação e do desejo”.

Com a finalidade de enfrentar esse sofrimento o trabalhador da ESF busca estratégias conscientes com a finalidade de tentar neutralizar os aspectos negativos do trabalho e eufemizar o sofrimento, ou seja, estratégias que possam aliviar a dor, a frustração, o sentimento de impotência diante da demanda que o procura (KATSURAYAMA, 2016).

A diversidade de estratégias a serem utilizadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento depende em grande parte, da relação de trabalho, ou seja, de todos os laços humanos criados pela a organização do trabalho (relações com a hierarquia, com a supervisão, com outros trabalhadores). Esta relação pode, por um lado, ser uma fonte suplementar de sofrimento, porém, não é o que acontece na maioria das unidades. Para lidar com a realidade do trabalho, as dificuldades e as adversidades encontradas no dia a dia da equipe, o grupo precisa se fortalecer nesta relação de confiança e cooperação (DEJOURS, 1992).

O acompanhamento psicológico e grupos de apoio com ações primordiais foram sugeridos como ações a serem disponibilizadas pelas instituições de trabalho para auxiliar no reconhecimento de limites e compartilhar situações de desgastes vivenciais com o usuário dos serviços e equipe de trabalho; a diminuição da carga de trabalho; o estabelecimento de piso salarial da categoria. Como fragilidade foi apontada a falta de diálogo e decisões conjuntas e compartilhadas (KESSLER, 2012).

Em Sobral existem algumas ações pontuais de apoio ao trabalhador como cuidando do cuidador que consiste em valorizar o trabalho e o trabalhador, garantindo também o acesso deste profissional a todos os níveis de saúde.

## **2.5 A afetividade como abordagem de superação do sofrimento ético**

O trabalho e suas condições são fatores que influenciam no processo de adoecimento ou não dos profissionais. (Dejours, 1992). O trabalho quando encarado de forma prazerosa traz para o profissional um bem estar e a fluidez de seu fazer de forma harmoniosa leve e com sucesso, mas, quando este é o inverso pode causar sofrimento, tornando o profissional sensível e seus sentimentos extremamente aflorados (MENDES, 1995. p1).

O prazer está relacionado à satisfação de necessidades representadas em alto grau pelo sujeito, tornando-se desta forma, uma manifestação episódica,

tendo em vista as contrariedades impostas pela civilização, trabalhar com satisfação e prazer, Freud (1974) relata que:

A atividade profissional constitui fonte de satisfação, se for livremente escolhida, isto é, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos (pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob pressão da necessidade, e esta aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis. (FREUD,1974)”.

Com as exigências do mercado de trabalho desde o capitalismo segundo Sawaia (2003, p.2), “É preciso estar atento aos sofrimentos de diferentes ordens daqueles que iniciam sua inclusão no mundo do trabalho – da saúde física e mental, das relações interpessoais, da felicidade - mas todos com a mesma gênese – a forma perversa de trabalho. É nessa perspectiva que se considera a saúde um indicador da qualidade inclusiva, nesse momento histórico de crise do trabalho”.

O sofrimento não é algo difícil de encontrar no dia a dia dos profissionais, não só no labor, mas, também, em outros momentos e esses podem acompanhar durante todo dia. Gonzales (2000, p.2) defende que “o sofrimento específico no trabalho da enfermagem é superdimensionado, muitas vezes potencializado pelas cargas do cotidiano social do indivíduo em sua vida de relações, o que se configura num deslocamento de sentido, ou seja, numa desarticulação entre sua origem concreta e aquela evidenciada pelos trabalhadores”.

Um dos sofrimentos encontrados no labor do enfermeiro está relacionado a afetividade, corroborando com Sawaia (2013, p.3) esse sentimento é visível e sentido pelo homem por meio de suas experiências afetivas, construídas nas relações com o mundo dos objetos e no convívio interpessoal.

Sawaia (2013) ao se referir ao conceito de afetividade, sentimento e emoção afirma que:

A afetividade é a totalidade dos afetos que está presente constantemente na existência dos seres humanos. A afetividade como totalidade engloba o sentimento e a emoção. O sentimento se refere às reações moderadas de prazer e desprazer. A emoção é um fenômeno afetivo muito intenso e breve, e diz respeito a um objeto específico SAWAIA (2013. p. 8).

Sawaia (2013) “analisa a importância de se compreender a *política de afetividade* dominante, que se particulariza em códigos emocionais que vão mediar a

forma como se é afetado. Mas a experiência de cada relação, de cada grupo, vai criando “signos emocionais comuns”, que são da ordem da experiência e não só da ideologia, apesar de serem por ela mediados”.

As circunstâncias geradoras de sofrimento é o que fomenta o sofrimento político-ético no trabalho em saúde para o enfermeiro, em situações nas quais ele não consegue exercer conforme ele gostaria gera vergonha, preconceito e discriminação e isso inclusive é compartilhado socialmente e opera de forma negativa para sua atuação (GONZALES, 2000, p.42).

O mercado de trabalho hoje procura profissionais competentes, com perfil que desenvolva seu trabalho e seja referência potente na ação em saúde. Corroborando com Dias (2014, p.2) “como potência de ação, a saúde pode ser compreendida como a capacidade de pensar, sentir e agir, com consciência de si (dos desejos e sentimentos, dos motivos) e consciência do mundo (de sua inserção no humano e do contexto em que se dá essa inserção); uma possibilidade de reflexão da vida e tendo as ações necessárias no mundo, o que inclui a si mesmo”.

De acordo com Dias (2014, p.2), tal concepção não pode ser confundida com interpretações baseadas na lógica individualista dominante na sociedade atual, em que o pensar e sentir são tomados como suficientes para uma transformação do indivíduo, levando a um estado de harmonia, e também colocando a saúde sob a responsabilidade única do indivíduo. Essas interpretações desconsideramos encontros com o outro como condição para a composição/decomposição.

Pensar e sentir sem a ação é alienação e pode estar na gênese das depressões reais - ou da tristeza sentida como depressão na sociedade da alegria - e da adaptação submissa segundo Dias (2014, p.95).

O sentido ético de saúde não se confunde com o sentido moral da saúde como normalizadora, que orientou campanhas de regeneração física, intelectual e moral, justificando a intervenção sobre corpos e mentes (Foucault, 1996). Como bem explica Sawaia (1999c), saúde é um processo sócio-histórico, portanto também uma questão da ordem da ética.

Sawaia (2000, p. 53) considera que o sofrimento ético-político sofre a partir das convivências, “porque é um processo da ordem da convivência humana. Isso significa que é necessário por no centro das reflexões sobre saúde a ideia de humanidade e, como temática, o sujeito e a maneira como se relaciona com o social

(família, trabalho, diversão e sociedade) e, em consequência, falar de saúde é falar de exclusão, temporalidade e afetividade ao mesmo tempo”.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Analisar as relações do sofrimento com o trabalho dos Enfermeiros que atuam Estratégia Saúde da Família em um território de Sobral.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Investigar a percepção do Enfermeiro da ESF acerca do sofrimento;
2. Identificar quais fatores estão relacionados com o sofrimento dos Enfermeiros na ESF.
3. Descrever as formas de enfrentamento do Enfermeiro para elucidação ou amenização do sofrimento.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA**

### **4.1 Abordagem e tipo de estudo**

O estudo trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo de caso intenciona apurar a causa e o motivo de um grupo de eventos habituais. Os intuitos dos estudos de caso são: entender episódios da vivência real cujos limites não estão claramente definidos, reproduzir uma situação conforme está acontecendo, conservar a natureza do objeto investigado, elaborar hipótese, esclarecer fatores causais de um evento preciso em episódios complexas que impossibilitem investigações e experiências (Yin, 2005; Gil, 2009).

As pesquisas descritivas são estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Ela permite traçar as características de uma população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis e exige do pesquisador informações sobre o que se almeja estudar (LEOPARDI, 2002; GIL, 2010).

Já a abordagem qualitativa entende o fenômeno humano como parte da realidade social, pois este não se difere só por agir, mas por pensar sobre o que faz, e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Ela, também, é aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, e de que resultam interpretações que os humanos fazem a respeito das experiências que vivenciam, construindo seus recursos, pensamentos e sentimentos e caracteriza-se pela relação empírica e sistemática do conhecimento até a compreensão lógica do grupo em estudo. (MINAYO, 2007).

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado no município de Sobral, localizado na Região Noroeste do Ceará, cuja população em 2014 correspondia a aproximadamente 199.750 habitantes (IBGE, 2014) e é composto por 62 equipes da ESF implantadas, com estimada cobertura populacional de 100%. Possui reconhecimento nacional por

ser referência em sua organização na APS. Vem obtendo grandes avanços nesta área desde a reorientação em seu modelo de atenção à saúde ocorrida a partir de 1996, quando adotou a ESF como modelo de atenção à saúde.

Os Centros de Saúde de Sobral estão divididos em macroáreas, sendo 19 localizados na sede e 14 na zona rural, de acordo com o quadro a seguir:

Para a divisão dos territórios da ESF em Macroáreas, considerou-se características como critérios geográficos e de acesso ao serviço de saúde, perfil epidemiológico da região, condições socioeconômicas do território e da população, entre outras.

A pesquisa foi realizada no bairro Cidade Dr. José Euclides Ferreira Gomes da Silva Júnior, também conhecido por Terrenos Novos, cujo CSF recebe o mesmo nome. A escolha deste território se deu por configurar o bairro mais populoso do município de Sobral, possuindo 16.917 habitantes (IBGE, 2010). Além de possuir grande vulnerabilidade social, apresentando desigualdade social, condições de vida precária, alto índice de desemprego e violência, o que provoca maior adoecimento, aumentando a carga de trabalho para a equipe de saúde.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do estudo foram sete enfermeiras de unidades pertencente aos CSFs Terrenos Novos I e II. Escolhemos esta unidade de saúde por ser uma com número maior de profissionais nessa categoria, por ser uma área carente, cheia de determinantes e conflitos relacionados à pobreza, violências e de saúde da população. Para os enfermeiros foi feito convite verbal, posteriormente, foi feito um primeiro contato com os gerentes das duas unidades onde foi colocado o objetivo da pesquisa e quem se destinava, isso para que ela pudesse liberar o profissional para participar da entrevista.

Mediante convite e aceitação tivemos um critério de inclusão para esse sujeito que compreendeu ser: enfermeiras que trabalham na Assistência da ESF do Município de Sobral, estar atuando na APS do município e aceitação voluntária dentre estes contamos no total de sete participantes.

O estudo foi realizado nos dois (CSFs) do bairro Terrenos Novos com todas as enfermeiras atuantes, que no caso só havia mulheres no período da pesquisa, totalizando sete profissionais. Todas têm menos de trinta anos, uma é

divorciada, as outras são solteiras, quatro delas relataram ter feito especialização, cinco concluíram a graduação a menos de um ano, apenas uma trabalha há mais de doze meses na ESF. Todas relataram receber o salário acima de dois salários mínimos. Três possuem outros vínculos empregatícios: uma como docente e duas como enfermeira assistente da rede hospitalar.

#### **4.4 Procedimento e método de coleta das informações**

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, no campo social, optou-se pela coleta das informações por meio de entrevista semiestruturada que é caracterizada como um diálogo com dois ou mais interlocutores que, realizada por iniciativa do entrevistador, tem como objetivo construir informações acerca do objeto de pesquisa, seguindo um roteiro que não está totalmente fechado ou aberto, facilitando a abordagem e assegurando aos pesquisadores que suas hipóteses ou pressupostos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2010).

Nesse sentido, Martins e Theóphilo (2009, p. 88) enfatizam que “a entrevista semiestruturada é conduzida com uso de um roteiro, mas com liberdade de serem acrescentadas novas questões pelo entrevistador”.

A entrevista semiestruturada foi realizada com enfermeiros, a qual abordou os temas relativos à pesquisa, como os aspectos negativos no ambiente de trabalho, questões pessoais que interferem no ambiente de trabalho, repercussão destes o seu estado emocional, possibilidade de mudança para amenizá-los ou resolvê-los, recursos pessoais utilizados para amenizar, adoecimento pessoal ou conhecimento de casos em colega provocado pelo trabalho (APÊNDICE 1). Com a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, (CEP) da UVA, entro em contato com as duas gerentes para agendamento de visita. A coleta das informações iniciou-se contatando com os gerentes dos CSF para informação sobre a atividade de campo e a partir de então foi estabelecido um cronograma de visita a cada unidade básica de saúde para realizar a entrevista semiestruturada com os enfermeiros.

As entrevistas foram gravadas com o aparelho de áudio com a devida autorização dos sujeitos e após foram transcritas na íntegra pela própria autora desse estudo. Para a identificação dos sujeitos, foram utilizados a palavra Enfermeira seguida de um número, que corresponde a ordem das entrevistas, ou

seja, as participantes foram identificadas como Enfermeira 1, Enfermeira 2, Enfermeira 3 etc.

Na visita entramos em contato com cada profissional para agendamento individual da entrevista. No momento agendado, informei mais detalhadamente o objetivo da pesquisa e apresento o TCLE para que fosse lido e assinado autorizando a coleta das informações.

As entrevistas se deram de forma individualizada, nos locais de trabalho dos participantes em horários de menor fluxo de usuários nas duas unidades de saúde, a sala ficou fechada, garantindo a tranquilidade do participante sem perturbações externas para interferir no raciocínio e no processo de respostas. Os registros foram feitos por gravador digital. Todavia, foi assegurada ao participante a liberdade de se ausentar para realizar outra atividade caso fosse convocada. De fato algumas interrupções aconteceram sem que, contudo, tivessem afetado ou prejudicado a coleta dos dados. Estas tiveram em média uma duração de 20 a 30 minutos cada uma e uma participante ao ser informado que a entrevista seria gravada optou por não gravar e solicitou ficar com um questionário e um termo de compromisso, pois responderia a punho. Após dois dias ela devolveu o questionário respondido.

Como garantia e comprometimentos aos aspectos éticos as transcrições das entrevistadas não foram anexadas a esta dissertação, já que seu conteúdo traz a tona aspectos que poderiam identificá-las e em virtude da natureza das informações contidas nas mesmas poderiam revelar fatos comprometedores aos sujeitos envolvidos.

#### **4.5 Procedimentos éticos da pesquisa**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, e a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 466/ 2012, sob o número 0071/2016.

De acordo com as normas citadas, durante a entrevista foi apresentado o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido, TCLE, para ser lido e assinado. Este

documento tem como objetivo informar aos participantes os objetivos do trabalho, a garantia de sigilo de sua identidade, assim como o direito de desistir de colaborar com a pesquisa em qualquer momento, sem que isso gere qualquer constrangimento ou prejuízo a sua pessoa. De acordo com Polit e Hungler (1995), o consentimento autorizado permite aos sujeitos informações a respeito da pesquisa a ser realizada bem como o poder de livre escolha o que os capacita a consentir voluntariamente, em participar da pesquisa ou negar a sua participação.

Portanto, foram respeitados todos os princípios que são eles:

- Princípio da **autonomia** reporta-se à capacidade de auto-escolha, ao autogoverno considerado como uma condição para a efetiva dignidade do ser racional. Vinculando-se, assim, à possibilidade de alguém adotar suas próprias decisões. Os sujeitos devem ser reconhecidos como entes capazes de tomar suas próprias decisões, devendo ser prévia e devidamente informadas a respeito dos procedimentos, seus riscos e consequências. A informação adequada é, portanto, fundamental, não só no que concerne ao sujeito diretamente envolvido (BRASIL, 2012).
  
- O princípio da **beneficência** deve ser entendido, como uma dupla obrigação: primeiramente, a de não causar danos; e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos. Também este postulado mereceu larga abordagem doutrinária, muitas vezes em contraponto ao princípio da não maleficência, que, perfunctoriamente, impõe a obrigação de não causar intencionalmente danos a outrem. Este princípio não nos ensina como fazer a distribuição do bem e do mal, apenas determina que promovamos o primeiro e evitemos o segundo, observa-se, assim, que a não maleficência é entendida como parte da beneficência (BRASIL, 2012).
  
- E por último, o princípio da **justiça** pode ser resumido no dever de imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios inerentes à pesquisa, bem como no tratamento igualitário aos iguais, embora naturalmente haja dificuldades na determinação de quem é ou - não igual. Implica, ainda, necessariamente, em uma acurada atenção no recrutamento daqueles que serão sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2012).

## 4.6 Apresentação e análise dos resultados

As informações estão apresentadas em quadros e os conteúdos em forma de categorização onde foram agrupamentos de falas do mesmo sentido, pensamentos e reflexões que formaram categorias e o método de análise foram utilizados: Análise de Conteúdo de Bardin (2009), embora autores brasileiros, também, trabalhem nessa mesma lógica de análises de conteúdo categorizado a partir de agrupamentos de falas.

Como sugere Bardin (2009), na fase pré-análise foi feita uma leitura de todos os textos e em seguida fomos fazendo os agrupamentos, corroborando ao que se se refere às autoras ao agrupamento por classificação, a partir de um sistema de categorias, na tentativa de impor um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas, sem, contudo, afastar-se das exigências atribuídas a um trabalho científico.

As entrevistas foram transcritas e, em seguida, foram organizadas e sistematizadas através de leituras exaustivas do material transcrito. Logo após, realizamos a codificação dos dados brutos, recortes, contagem, classificação, agregação e enumeração. Os conteúdos foram recortados e agrupados em categorias e subcategorias e para facilitar a interpretação.

Quanto às categorias, a partir do método de Análise de Conteúdo, Bardin (2009) sugere sua utilização para o estabelecimento de classificações em pesquisas qualitativas, a partir do agrupamento de elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso; podendo estas serem estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase inicial da pesquisa, ou a partir da coleta das informações.

As categorias estabelecidas são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. Para Rodrigues e Leopardi (1999, p. 19), os procedimentos para Análise de Conteúdo emergem de uma situação contextual ou de algum texto ou mensagem, que visam “tornar evidentes e significativamente plausíveis à corroboração lógica dos elementos ocultos da linguagem humana, além de organizar e descobrir o significado original dos seus elementos manifestos”.

Nessa fase de exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 2009).

Diante dessa diversificação e, também, aproximação terminológica, optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2009), o qual as organiza em três fases:

- 1) pré-análise,
- 2) exploração do material,
- 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Sobre Análise de Conteúdo Temático conceituado por Bardin (2009) a autora se reporta como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com objetivo de obter por procedimentos sistemáticos descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 123).

A autora em questão enuncia tema como unidade de significação que surge de um texto analisado, considerando os critérios relativos a esta metodologia, que ainda é considerado como a melhor forma para atender a investigação qualitativa relacionada à saúde, já que a ideia de tema refere-se à afirmação a respeito de determinado assunto (BARDIN, 2009).

Desta forma, a análise de conteúdo temática consiste em investigar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. O objetivo deste tipo de análise é alcançar uma pretensa significação, um sentido estável, conferido pelo locutor no próprio ato de produção do texto (BARDIN, 2009).

As categorias gerais de análise foram definidas a partir dos eixos norteadores da entrevista e subdividiram-se em subcategorias a partir dos agrupamentos das respostas dos sujeitos dadas pelas semelhanças entre elas. Para cada subcategoria constituímos os elementos de análise que estão em destaque que foram os segmentos de respostas dadas pelos sujeitos.

Desse modo, em um elemento de análise, foram encontradas várias respostas e a interpretação dos dados foi realizada a partir das bases teóricas que nortearam a pesquisa. No quadro abaixo procuramos identificar a partir da investigação quanto a percepção do Enfermeiro da ESF a cerca do sofrimento. Encontramos cinco elementos de análise que mostram a interligação com outros elementos que fundamentam o sofrimento.

Quadro 1 - Distribuição por categorias gerais da análise

Categorias Gerais da Análise
Elementos do ambiente de trabalho
Aspectos pessoais do ambiente de trabalho
Percepção de repercussão no estado emocional
Alternativas para amenizar os aspectos emocionais
Adoecimento provocado pelo trabalho

Fonte: Primária.

As entrevistas foram transcritas e, em seguida, foram organizadas e sistematizadas através de leituras exaustivas do material transcrito. Logo após, realizamos a codificação dos dados brutos, recortes, contagem, classificação, agregação e enumeração. Os conteúdos foram recortados e agrupados em categorias e subcategorias e para facilitar a interpretação.

As categorias gerais de análise demonstradas no quadro acima foram definidas a partir dos eixos norteadores da entrevista. Estas categorias subdividiram-se em subcategorias a partir dos agrupamentos das respostas dos sujeitos dadas pelas semelhanças entre elas. Para cada subcategoria constituímos os elementos de análise que foram os segmentos de respostas dadas pelos sujeitos. Desse modo, em um elemento de análise foram encontradas várias respostas. A interpretação dos dados foi realizada a partir das bases teóricas que nortearam a pesquisa.

## 5 RESULTADOS E ANALISES

Considerando análise escrita, esses dados foram tratados qualitativamente à luz de Bardin (2009), seguindo os períodos de pré-análise, da exploração do material e do tratamento dos resultados, a partir da leitura flutuante, da constituição do *corpus*, da formulação de hipóteses e objetivos, do recorte do texto em unidades de registro, escolha de regras e contagem e da classificação e agregação dos dados. Nesta análise foi importante para agregação das falas, a percepção dos resultados alcançados sugeridos nos objetivos deste estudo.

### 5.1 Gestão inadequada do processo de trabalho

Figura 1 -Gestão inadequada do processo de trabalho



Fonte: Primária.

A primeira categoria encontrada foi a Gestão inadequada do processo de trabalho e, dentro dessa categoria, os seguintes elementos foram destacados: a sobrecarga de trabalho, organização do trabalho, rotatividade desvalorização profissional e a falta de compromisso dos profissionais envolvidos. Como podemos constatar na fala abaixo:

Primeiro de todos, eu acho que o essencial é a **sobrecarga** de trabalho, pois, ela que desencadeia os outros, porque eu acho que se não fosse essa sobrecarga, esse número excessivo de pacientes, a gente não teria problemas como os outros, porque os outros problemas são a falta de profissionais como aqui tinha... estava faltando enfermeiro e médico. (ENFERMEIRA 1).

Esta não é uma realidade apenas do município de Sobral como corrobora um estudo realizado em quatro CSFs de Mossoró, município do Rio Grande do Norte, que aponta a sobrecarga como um dos fatores que dificultam a incorporação de atividades ainda pouco realizada como as ações em saúde do trabalhador (EVANGELISTA, 2011).

Estudo realizado em três estados do Nordeste, Bahia, Ceará e Sergipe, também com equipes de CSFs, apresentou conclusão semelhante ao anterior, na qual a sobrecarga provocada pela pressão da demanda compromete o cronograma das atividades grupais intra equipe e com os usuários, resultando em estresse e cansaço. Este estudo também evidenciou que os profissionais necessitam de uma boa acolhida em seu processo de trabalho, com educação permanente, autonomia no trabalho, incentivos como melhoria salarial e espaços de escuta pela gestão e cuidado ao cuidador (SOUZA, 2008).

Ainda na mesma categoria, a *organização do serviço* foi elencada como elemento que dificulta o trabalho, como demonstra a seguinte fala:

A **organização do serviço**, acredito também que é um dos problemas que não só o nosso posto de saúde enfrenta, mas como todos os outros exatamente em organizar essa demanda, em dedicar um tempo específico para o desenvolvimento de programas que também a gente não tem esse tempo ideal para destinar a promoção e a prevenção (ENFERMEIRA 2)

É inquestionável que a organização do serviço é essencial para que a equipe consiga realizar o que foi planejado e responda às necessidades da comunidade, pois se não existir um grande esforço para cumprir esta ordem, os profissionais conseguirão somente assistir a demanda que chega à sua porta e não conhecerão outras realidades do seu território que necessitam de sua assistência, nem realizarão ações de prevenção e promoção da saúde.

Sem contar que a organização do processo de trabalho, também, repercute na condição de saúde dos trabalhadores, ao facilitar ou impedir os mecanismos de recomposição das normas, portanto, do sofrimento vivenciado pelos profissionais (DEJOURS, 1996).

Um terceiro elemento mencionado como problema pelas enfermeiras foi à elevada rotatividade dos profissionais, pois gera um impasse na implementação da ESF, já que não há acompanhamento longitudinal, impossibilitando o estabelecimento de vínculo como comenta Enfermeira 4.

A **rotatividade**, principalmente, porque desses últimos dois meses, minha área já mudou três vezes de enfermeira. Então a gestante vem, inicia o pré-natal, quando daqui a 15 dias já é outra e outra, então não tem como ter nenhum vínculo, não tem como a gente criar vínculo com a população porque a rotatividade é muito grande (ENFERMEIRA 4).

Alguns estudos corroboram a fala anterior quando relatam que a rotatividade além de ser um fator altamente danoso para a efetividade dos resultados esperados na ESF, ainda se constitui como desafio, pela multiplicidade de suas causas, sendo uma delas flexibilização do contrato de trabalho e a outra a busca por oportunidades que ofereça melhor remuneração (Roecker, 2012; Pinto, 2010).

Porque um grande problema também é a questão da **desvalorização profissional**, que a gente é muito desvalorizada. Quando está tudo bem, ninguém nem nota seu trabalho aqui. Se faz tudo certinho, ok, mas se faz uma coisinha que fugiu aí lá se vai, a responsabilidade toda para cima da gente. (ENFERMEIRA 6).

A desvalorização profissional também foi citada como um elemento da gestão inadequada do trabalho quando desabafam: *“Porque um grande problema também é a questão da desvalorização, que a gente é muito desvalorizada”* (ENFERMEIRA 6).

Um estudo qualitativo realizado com sete enfermeiras, atuantes em UBS de Pelotas-RS, revelou que a desvalorização profissional, aliada ao precário reconhecimento por parte dos gestores, é um dos fatores desmotivantes e estressantes no trabalho realizado por esta categoria e sua equipe, já que os profissionais se tornam frustrados, desanimados e sem perspectivas de trabalho (SCHRADER, 2012).

Contudo, a gestão diminui o impacto do estresse quando permite a autonomia do enfermeiro, conferindo-lhe respaldo em suas decisões já que a falta de reconhecimento é um grande estressor (SCHRADER, 2012).

Outro estudo, também, realizado no Rio Grande do Sul, salientou que quando os trabalhadores não recebem apoio da gestão, sentem-se desmotivados pela ausência de reconhecimento do seu esforço e como consequência oferecem uma assistência de baixa qualidade. E uma forma de motivar o profissional é valorizando seu trabalho, pois possibilitará um crescimento pessoal e profissional (Beck, 2009; Schrader, 2012).

Na segunda categoria foi encontrada a **falta de compromisso de alguns profissionais** de trabalho e dentro dessa categoria esse elemento fortemente destacado.

Falta de compromisso dos ACSs em alguns momentos [...]” (ENFERMEIRA 3).

Então eu tenho que deixar o espaço físico de trabalho para fazer algo no território que poderia está sendo delegado e feito por outra pessoa (o técnico de enfermagem), porém isso não é bem aceito (ENFERMEIRA 2).

Esta não é uma realidade apenas do município de Sobral como corrobora um estudo realizado em quatro CSFs de Mossoró, município no Rio Grande do Norte, que aponta a sobrecarga como um dos fatores dificultadores para incorporação de atividades ainda pouco realizada como as ações em saúde do trabalhador (EVANGELISTA, 2011).

Em outra pesquisa realizada em três capitais do Nordeste com o mesmo sujeito apresentou conclusão semelhante ao anterior, na qual a sobrecarga provocada pela pressão da demanda compromete o cronograma das atividades grupais intraequipe e com os usuários, resultando em estresse e cansaço. Este estudo também evidenciou que os profissionais necessitam de uma boa acolhida em seu processo de trabalho, com educação permanente, autonomia no trabalho, incentivos como melhoria salarial e espaços de escuta pela gestão e cuidado ao cuidador (SOUZA, 2008).

A falta de compromisso de alguns profissionais conforme a fala de ENFERMEIRA 3 é um dilema complexo que além da necessidade de compromisso rodeia um problema ético.

A ESF requer profissionais comprometidos com o seu fazer, já que diante da complexidade do trabalho a serem desenvolvidos na APS, que envolve conhecimento técnico, habilidades, atitude e vínculo com a comunidade, o

trabalhador sem compromisso apresenta grande possibilidade de desenvolver um trabalho de baixa qualidade, sem a responsabilidade com o outro.

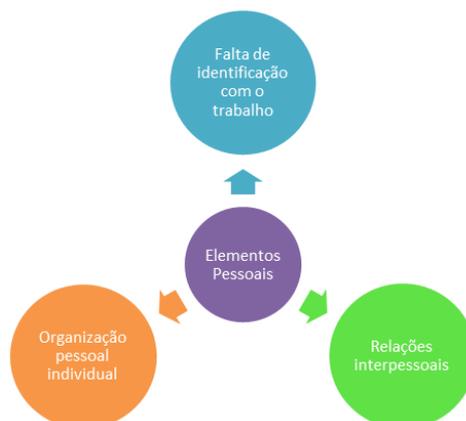
Paulo Freire (1981) afirma que para que um homem possa ter um “ato comprometido”, ele deve ser capaz de agir e refletir, de sair do seu contexto para que possa percebê-lo externamente, isto é, “diferenciar-se dele para ficar com ele”. Também deve ser capaz de admirá-lo, objetivando transformá-lo e reconhecer-se transformado pela própria criação. Diante disso, ele é capaz de comprometer-se.

O discurso sobre ética, a respeito do comprometimento profissional, traz alguns elementos que demonstram as relações contemporâneas e se associam a alguns aspectos das recentes mudanças como a busca desenfreada do crescimento profissional. E com isso acarreta uma acirrada competitividade, falta de altruísmo que dificulta o comprometimento relacional, precária contratação do trabalho, a mudança da centralidade do trabalho que era garantia de direitos sociais e a viabilidade de transformação social como perspectiva coletiva, conhecimento sobre direito muito superior em relação aos deveres, dificuldade de se perceber como parte de um todo social, ou coletivo de trabalho para construção de uma diversidade (GOMES, 2014).

Diante disso, frente aos discursos dos sujeitos podemos perceber que as suas percepções sobre elementos que interferem negativamente no ambiente de trabalho estão muito próximas a outros estudos realizados com problemáticas semelhantes.

## 5.2 Elementos pessoais que interferem no ambiente de trabalho

Figura 2- Elementos pessoais que interferem no ambiente de trabalho



Fonte: Primária.

Esta categoria mostra a percepção dos enfermeiros quanto aos aspectos pessoais que interferem no cotidiano do trabalho. Com a análise das falas, foram identificadas duas subcategorias na qual foram elencadas elementos pessoais e elementos da gestão.

Na categorização, os elementos acima citados na figura podem ser confirmados nos trechos das falas dos entrevistados:

Tenho (risos). Tenho porque **não me identifico** aqui. Eu vim porque realmente eu estava sem trabalhar, né!? Então entre ficar desempregada e trabalhar, é melhor trabalhar, mas eu não gosto, não gosto da atenção primária, não gosto da estratégia (ESF). Eu acho que realmente quem está aqui tem que gostar mesmo. E eu vejo poucas pessoas assim, eu acho que as pessoas mais se identificam é com o hospital mesmo (ENFERMEIRA 1).

Falta de identificação com o trabalho do enfermeiro que atua na ESF é bastante particular, já que o trabalho deste profissional está se ampliando e intensificando, pois desenvolve atividades de assistência, de educação em saúde, de avaliação e monitoramento das ações da equipe além de funções de gerenciamento.

Waldow (2010) citado por Galavote (2016) corrobora a ideia citada anteriormente quando relata que a Enfermagem no Brasil tem se distanciado paulatinamente das atividades estritamente assistenciais e focado seu processo de trabalho nas atividades administrativas, com destaque na organização do serviço, no planejamento e no controle do trabalho da equipe. O autor, ainda, aponta que as causas deste distanciamento são o grande número de atividades na APS e o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar e articulação intersetorial.

A falta de identificação com o trabalho também pode gerar sofrimento e até adoecimento, pois quando o profissional. Relações interpessoais do homem é um ser sociável e no ambiente de trabalho é imprescindível que ele mantenha uma boa convivência com os colegas; pois, além de facilitar o processo de trabalho, proporciona um bem estar. Caso existam problemas interpessoais, as relações se fragilizam e há dificuldade no andamento dos processos de trabalho, podendo gerar sofrimento e até adoecimento.

As **relações interpessoais** foram identificadas como um componente que prejudica o trabalho como mostra a fala de três dos entrevistados a seguir:

Graças a Deus a gente tenta se dar bem com todo mundo. Mas sempre tem, né? Sempre tem aquele pessoal que é mais difícil, então a gente tem que saber trabalhar com ele. Eu tenho na minha equipe duas pessoas que são bem complicadas. A gente tem que ter todo aquele cuidado, esta relação de saber como falo, o que falo, então de certa forma **relação interpessoal** entra, entra como um dos problemas” (ENFERMEIRA 4).

Mas existi sim problemas de **relações interpessoais** dentro da equipe não somente em relação a mim com esta outra pessoa, mas com toda a equipe. As ACSs também tem esta dificuldade de relacionamento com esta pessoa... (ENFERMEIRA 2).

Tem outro problema também, eu acho que é questão mesmo de, não sei, não tem nem por que, mas tem profissionais aqui que não se dá  **muito bem com os outros** (ENFERMEIRA 1).

A formação e consolidação dos vínculos profissionais visam ao desenvolvimento de relações interpessoais em cada equipe, compreendendo a realidade a ser trabalhada para proporcionar o crescimento de cada membro e da equipe, facilitando a resolução dos conflitos, ao mesmo tempo em que propicia o desenvolvimento pessoal. Desta forma, entende-se que vínculo profissional é uma relação humana entre trabalhadores, reunidos para um trabalho em conjunto, com objetivo de alcançar as mesmas finalidades e objetivos (THOFEHRN, 2006).

Um estudo realizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais-Brasil, com objetivo de descrever oficinas educativas para reduzir fatores geradores de desgaste profissional, em uma equipe de Enfermagem de saúde da família, concluiu que o trabalho na ESF propicia convivência e aproximação com o outro, porém perceberam que o relacionamento acaba sendo afetado, especialmente por causa da rotatividade de profissionais e da escassez de recursos materiais (MOREIRA, 2016).

E a aproximação possibilita formação de laços afetivos, contribuindo assim para que haja a cooperação e a construção de laços afetivos. No “outro” se busca o que falta em si e sem este vínculo, há construção de barreiras e reforçam o egoísmo e narcisismo (GHIZONI, 2014).

Portanto, quando existe vínculo, os problemas de relacionamento são solucionados rapidamente, pois há cooperação, solidariedade, amizade. Entretanto para a formação do vínculo, deve haver abertura, tolerância e compreensão.

Na segunda subcategoria denominada **elementos de gestão** foram elencados apenas uma unidade de análise que é a carga horária excessiva e a organização pessoal.

Pra mim eu acho o horário, em relação a **carga horária**. Carga horária muito puxada, né ? Por que eu moro fora acaba se tornando mais puxado, porque eu tenho que acordar mais cedo pra vir pra cá, e chego tarde em casa. Então a carga horária tem se tornado um problema pessoa pra mim". (ENFERMEIRA 7).

Mas enfim, os três principais problemas pessoais o trabalho, primeiro é esta que eu não me identifico, segundo **o tempo excessivo** e, quarenta horas, eu chego em casa morta. Eu não tenho vontade de estudar, sabe, muito cansada (ENFERMEIRA 1).

O Ministério da Saúde preconiza que todos os componentes da ESF, seja ACS, equipe de enfermagem, de odontológica e médico, cumpram carga horária de quarenta horas semanais. O município de Sobral cumpre esta orientação desde que foi implantada a atenção primária (BRASIL, 2012).

Outras categorias da saúde, como algumas que estão no NASF, fisioterapia, serviço social e fonoaudiologia, tem uma jornada de trabalho inferior a quarenta horas já definida por seus conselhos. Outras categorias como a psicologia aguarda a aprovação da Lei (UNB, 2012).

Em relação à enfermagem, já foi estabelecido, em legislação municipal e estadual, a redução de carga horária em mais de cem municípios em dez estados, entre eles São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná (COREN, 2017).

A *organização pessoal* foi apontada como um aspecto que pode gerar desgaste no trabalho, influenciando diretamente em todos os processos já que tanto pode favorecer agilizando a realização das atividades, como também prejudicar já que a desorganização pode gerar transtornos a uma equipe ou prejudicar todo o serviço e até mesmo o usuário.

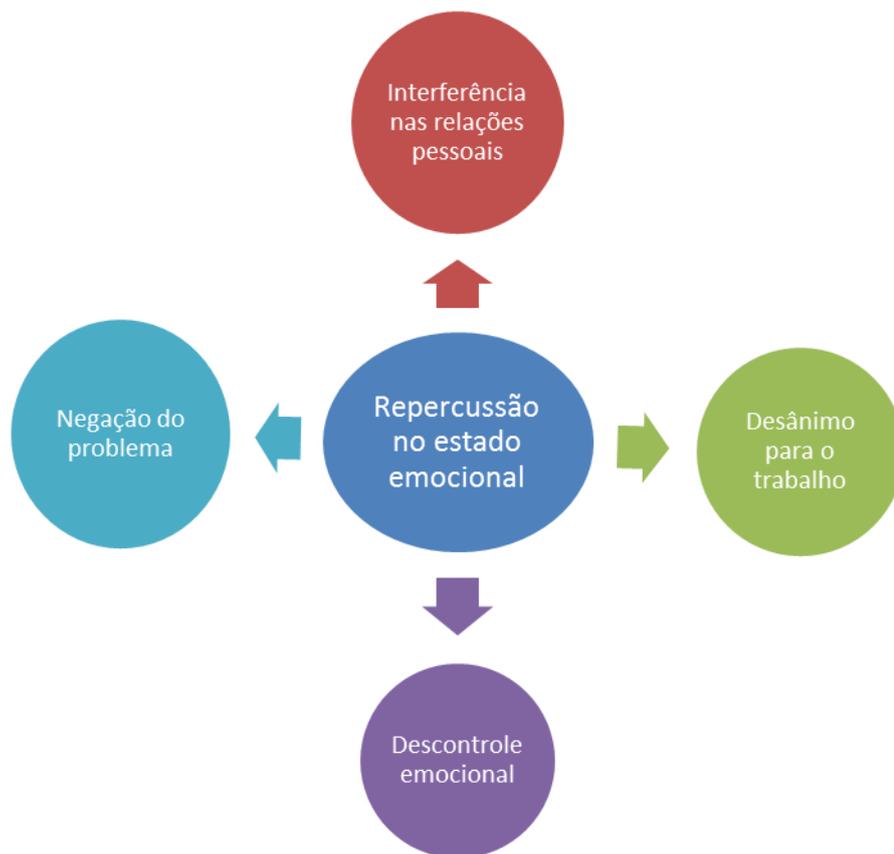
Horário não tem pra nada..., devido estas relações com determinadas pessoas atrapalha na organização, não digo da unidade, mas na minha equipe, na minha micro organização atrapalha um pouco (ENFERMEIRA 3).

A presença de fatores desgastantes na equipe pode provocar desenvolvimento ineficiente das atividades dos trabalhadores, comunicação deficitária, desorganização do trabalho, insatisfação e diminuição da produtividade, o

que trará consequências no cuidado prestado às famílias além de provocar o desequilíbrio da condição de saúde do profissional (Angerami, 2004; Moreira, 2016).

### 5.3 Repercussão no estado emocional

Figura 3: Repercussão no estado emocional



Fonte: Primária.

O trabalho intenso do enfermeiro pode gerar desgastes físicos e psicológicos. Em alguns casos, os danos psicológicos só se manifestam após alguns anos, em outros, já afeta com pouco tempo de exercício profissional. Ainda existe outro agravante que é reverberarem na qualidade da assistência.

Esta ideia é corroborada por Moreira (2016) ao relatar que quando há desgaste profissional, a qualidade da assistência é afetada e o profissional na

tentativa de resolver os problemas do cotidiano acaba assumindo uma diversidade de papéis esquecendo-se de centrar suas ações nas necessidades do usuário.

O fato é que no presente estudo, mesmo com pouco tempo de atuação, as profissionais já apresentam traços de desgaste mental, o que pode afetar a saúde das profissionais depois de algum tempo de exercício profissional, e como já comentado várias vezes, pode reverberar na sua assistência.

A **interferência nas relações pessoais** é um dos elementos pontuado pelas enfermeiras quando foram questionadas sobre a repercussão emocional foi que o desgaste físico e mental já estava interferindo as relações pessoais conforme a seguinte fala:

Aí acaba que eu não posso descontar nos pacientes daqui e acabo levando pra casa e isso não é bom. No meu namorado, acabo descontando tudo nele (ENFERMEIRA 1).

Estudo realizado com executivas brasileiras revelou como os obstáculos para o equilíbrio família-trabalho e as altas exigências da carreira são impactantes, pois sofrem com preconceito; pressão do relógio biológico; sobrecarga da jornada dupla; dificuldades no relacionamento afetivo (GOULART JÚNIOR, 2013).

O mais preocupante é que a repercussão dos problemas profissionais nos relacionamentos pessoais tem um poder muito maior de afetar a vida destas profissionais e com isto possibilita, mais uma vez refletir na saúde e na qualidade da assistência prestada.

Também confirmado por outra pesquisa que parte da ideia de que a convivência difícil em família e tensão relacionada à vida conjugal e aos filhos possa ter relação negativa com o desempenho do profissional no trabalho e favorecer o absenteísmo. Portanto, o profissional termina por se desgastar ainda mais no trabalho, se concentrar menos e conseguir resultados menores (GOULART JÚNIOR, 2013).

O **desânimo para o trabalho**, a segunda subcategoria encontrada, quando as enfermeiras foram questionadas sobre a repercussão dos problemas na vida pessoal, foi o desânimo para o trabalho conforme a seguinte fala.

Com certeza mexe comigo, porque eu acordo aí “Ah eu vou trabalhar” (risos) [...]. Mas é isso, eu tenho pra mim que eu passo a semana todinha

esperando o final de semana (risos). Venho trabalhar, mas eu fico “tomara que chegue o logo o final de semana, sábado e domingo (ENFERMEIRA 1).

A insatisfação e a ansiedade no trabalho são sintomas que refletem a emergência do sofrimento que revelam, por sua vez, situações de medo e tédio. Para o estudioso, o trabalho possui elementos que tem o poder de construir a autoimagem do trabalhador, que é a razão do sofrimento. Indica ainda que a incoerência entre estes sintomas, o conteúdo da tarefa e as aspirações dos trabalhadores, a desordem das relações psicoafetivas com os colegas e a despersonalização com relação ao produto e as relações psicoafetivas (DEJOURS, 1992).

Em relação ao desânimo e a insatisfação, existe um estudo que relata que um sintoma nunca é individual e ainda é direcionado aos outros que não perceberam, conformando-se em laço social, no sentido de um mal-estar somático, podendo ser uma alternativa ou o ressoar da malignidade que toma forma e circunda o indivíduo (Zenoni, 2009 *apud* Périlleux, 2015).

E isto reforça a necessidade de organização do serviço uma flexibilização no cuidado com o ambiente de trabalho e com os profissionais, para que se propicie um espaço de trabalho agradável que promova uma boa socialização dos trabalhadores.

Um estudo complementa esta ideia quando fala que quando ocorre uma predominância da compatibilidade entre tarefa prescrita e atividade real, ou uma flexibilidade na organização do trabalho permitindo a negociação ou ajustamento do sujeito às condições adversas da situação tem lugar vivências de prazer (MOREIRA, 1998).

Verifica-se, então, que a discrepância entre tarefa prescrita e atividade real, enquanto desencadeadora de um custo psíquico para o trabalhador, traz consequências para a organização do trabalho em termos da natureza da tarefa em si e das relações sócio profissionais, fazendo com que o sujeito se coloque em estado de esforço permanente para dar conta da realidade, muitas vezes, incompatível com seus investimentos psicológicos e seus limites pessoais, gerando sofrimento (MENDES, 2007).

Quando existe uma predominância da compatibilidade entre tarefa prescrita e atividade real, ou uma flexibilidade na organização do trabalho que

permita a negociação ou ajustamento do sujeito às condições adversas da situação tem lugar vivências de prazer (MOREIRA, 1998).

O **descontrole emocional**, diante de recorrentes situações de sobrecarga de trabalho, um profissional em algum momento pode manifestar sintomas de estresse ocupacional, conforme mostra o desabafo da profissional a seguir:

Aí eu cheguei pra gerente e falei que desse jeito, que não tinha condições, a população precisava e eu estava aqui porque de fato eu queria ajudar. Eu estava na intenção de ajudar. Inclusive chorei durante a conversa, acabei chorando durante a conversa pedindo socorro para a gente pensar juntas (ENFERMEIRA 4).

No caso ela contava que não podia ter com apoio de outros profissionais na tentativa de solucionar o problema, referindo-se ao médico, pois estava sem esta categoria na equipe.

Um estudo realizado com enfermeiras assistentes de hospital apontou que as enfermeiras reconheceram a sua existência do estresse ocupacional e a relação do mesmo com o trabalho realizado, definindo-o como a sensação de estar no limite, na iminência do descontrole e como cansaço físico e mental. E ainda concluiu que o estresse ocupacional decorrente de um processo de trabalho hospitalar, marcado por condições precárias de trabalho e pelo aumento da jornada de trabalho, tem fortes repercussões no cotidiano profissional e pessoal das profissionais (FERNANDES, 2008).

A **negação do problema**, muitas vezes é a saída para refugiar-se ou proteger-se, tornando o prazer é uma possibilidade, sair do prazer do sofrimento para o prazer da apropriação e gratificação do desejo, mesmo que submerso na impossibilidade de realizar-se. Acreditamos, no entanto, que um sintoma nunca é estritamente “individual”. É uma mensagem endereçada aos outros, que não foi escutada. É, também, uma forma de laço social, no sentido de que um mal-estar somático, por exemplo, pode constituir uma alternativa ou um eco à malignidade que toma forma no ambiente que circunda o indivíduo (Zenoni, 2009 *apud Périlleux*, 2015).

Tenho sim, inclusive eu tenho que levar as coisas com a maior naturalidade possível e muitas vezes agir de forma normal, [...] Às vezes eu acabo realmente me cansando e dizendo que não dá, mas eu acabo tendo que manter a calma (ENFERMEIRA 2).

Uma forma de enfrentar o problema é negá-lo de um ponto de vista dinâmico, pode-se hipotetizar que o sofrimento vivenciado está sendo enfrentado com estratégias defensivas e criativas. As estratégias defensivas pressupõem a negação do sofrimento e a ausência de prazer. Como existe uma vivência moderada de prazer e o sofrimento está sendo revelado, é possível que esses trabalhadores estejam utilizando mais estratégias criativas, as quais visam transformar a realidade que gera o sofrimento, o que se reflete na não negação de algum tipo de sofrimento (MOREIRA, 1998).

#### 5.4 Alternativas para amenizar o sofrimento no trabalho

Quadro 1 - Alternativas para amenizar o sofrimento no trabalho

Quarta Categoria	Subcategorias
Alternativas para amenizar os aspectos negativos no trabalho	5.4.1 Recursos pessoais
	5.4.2 Estratégias para gestão

Fonte: Primária.

Ao serem questionadas sobre as alternativas para enfrentar os problemas, as enfermeiras elencaram estratégias pessoais como **adaptação ao serviço, mudança de trabalho** e tiveram algumas que fizeram propostas para a gestão para **ampliação da equipe** e a organização do serviço.

Todas as enfermeiras que atuam no bairro Terrenos Novos têm pouco tempo de experiência de trabalho e de formação em Enfermagem. A **adaptação ao serviço** é um período que exige dedicação, abertura a conhecer, tolerância e respeito.

Eu acho que o costume, já estou me acostumado, me adaptando, pego o prontuário de uma gestante, já sei o que é que tenho que olhar mais importante. Quando chega um pré-natal, já sei, que eu tinha saído da graduação e já peguei um PSF muito lotado, sentia esta insegurança, mas agora já está mais tranquilo (ENFERMEIRA 6).

Mattosinho (2010) realizou uma pesquisa exploratória descritiva com enfermeiros cujo objetivo era conhecer algumas vivências de recém graduados em Enfermagem e concluiu que esta fase pode ser marcada por desafios, gerando ansiedade, porém, a vivência do trabalho pode ser agradável, gratificante e instigante, estimulando o profissional a superar os desafios e os próprios limites decorrentes da formação profissional.

Para poder amenizar os problemas só **arranjando outro emprego**, (risos), infelizmente. A gente ri, mas é sério mesmo” (ENFERMEIRA 1).

Quando a enfermeira relata que para amenizar o problema, só se desligando do trabalho, configura-se em uma fuga da realidade e não deixa de ser uma estratégia de enfrentamento segundo a psicodinâmica do trabalho.

Um estudo realizado com professores de uma escola municipal do ensino infantil ao fundamental, na cidade de Salvador, Bahia, observou que estes profissionais usavam como uma de suas estratégias de defesa o afastamento das atividades, que se somado no ano de 1998 até 2003, totalizava 1.212 dias (SANTOS, 2006).

Outra pesquisa realizada no Brasil e na Bélgica com objetivo de exprimir um caminho para fundamentar a proposição de uma escuta clínica crítica e psicanalítica do trabalho, apresentou fragmentos de dois atendimentos a mulheres que relatavam sofrimento no trabalho e uma delas uma delas concluiu, ao final do acompanhamento, que uma das possibilidades para enfrentamento era à saída da empresa (PÉRILLEUX, 2015).

Diante destas pesquisas, percebem-se mais uma vez, a necessidade da observação dos gestores para proporcionar uma qualidade de vida no ambiente de trabalho, para que assim possa evitar constrangimentos no andamento do trabalho, já que tanto o absenteísmo gera uma sobrecarga para os outros funcionários e a queda na qualidade do serviço, como também o desligamento, que demanda um novo treinamento para capacitação do funcionário ao serviço.

Mais profissionais, mais uma equipe, porque aí você dividia a sua equipe. Eu acho que era válido. Nós somos quatro equipes, mas para doze mil pessoas, uma equipe a mais (ENFERMEIRA 4).

Acredito que a entrada de um médico na equipe melhoraria muito (ENFERMEIRA 2).

Em relação à sugestão das enfermeiras sobre a **ampliação da equipe**, é notório que haveria uma diminuição da sobrecarga de trabalho, pelo menos em hipótese, já que Enfermeira 6 contrasta esta ideia em sua fala:

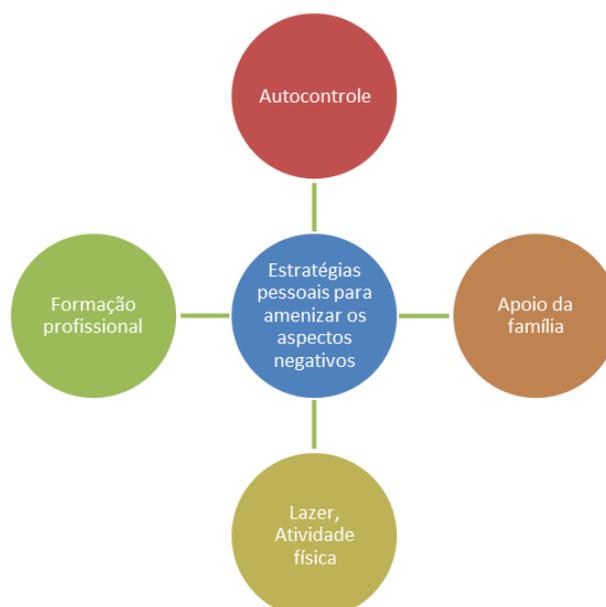
No serviço, eu não vejo **falta de organização**, nem do pessoal, nem tanto do espaço mesmo físico. Mas agora a questão da sobrecarga de trabalho, apesar de ter as duas enfermeiras (na equipe), estou me sentindo mais sobrecarregada agora do que antes (ENFERMEIRA 6).

Enfermeira 6 se refere a chegada de outra enfermeira para dividir o território sob sua responsabilidade e observa que este fato não solucionou, nem amenizou seu problema com a grande demanda. Muito provavelmente a melhor resolução para esta dificuldade seja a organização do serviço, que foi a proposta sugerida por Enfermeira 3, exposta a seguir.

Eles se planejarem melhor e avisarem as coisas com antecedência. Conheço ESF de outros lugares e é bem diferente de Sobral (ENFERMEIRA 3).

## 5.5 Recursos pessoais para amenizar os aspectos negativos

Figura 4- Recursos pessoais para amenizar os aspectos negativos



Fonte: Primária.

### 5.5.1 Autocontrole

Aqui, quando estou no posto, quando me sinto muito sufocada, aqui no meu ambiente de trabalho eu respiro fundo porque muitas vezes vem o ACS da área, só me trazendo demanda, me trazendo problemas a ser solucionado... Eu me sinto meio sem saída, eu tento respirar para me acalmar, me controlar e não acabar levantando daqui para ir embora. Eu tento me acalmar o máximo possível. Respiro... eu tento manter o controle (ENFERMEIRA 2)

Para diminuir a sensação de preocupação, tento ter calma e tentar resolver dentro das minhas possibilidades, não tem como também querer abraçar o mundo com as pernas, não tem como, você tem que resolver com calma da melhor forma possível, dentro das suas possibilidades, dentro do que você pode fazer (ENFERMEIRA 4).

Diante de muitas da grande demanda, da sobrecarga de trabalho, é importante que se mantenha o equilíbrio emocional para evitar situações de descontrole o que geraria um grande desconforto desgaste nas relações desgaste nas relações entre a profissional - usuário, profissional - equipe, o que então geraria um maior.

### 5.5.2 Apoio da família

Conversando com a minha família, com a minha mãe, principalmente com minha irmã que é enfermeira. Ela já me deu várias dicas, inclusive há duas semanas teve um probleminha aqui no posto que mexeu muito comigo e eu conversando com ela e ela disse: "Ah bom, eu já engoli muito sapo no trabalho, isso aí é porque ainda você está no começo". Aí pronto, eu conversei com ela por que ela tem mais experiência, meu cunhado também que é o marido dela é enfermeiro, e pronto com o meu namorado conversei muito também e é isso (ENFERMEIRA 1).

O apoio familiar talvez seja o maior suporte que estas profissionais possam possuir, pois se não tivessem, seu sofrimento, possivelmente seria muito maior. E as enfermeiras que moram longe da família e que não tem nenhum outro apoio, provavelmente sofram mais.

### 5.5.3 Lazer, Atividade física, Socialização, Relaxamento.

No final de semana saindo, procurando relaxar (ENFERMEIRA 1)

“Eu fazia alguma atividade física, quando saía daqui para espairecer, conversava com algumas outras pessoas, como minhas amigas e família e eu descanso (ENFERMEIRA 6).

O profissional necessita destas alternativas para aliviar o estresse e o cansaço, os que não usam deste recurso possivelmente se estressam mais e tem maior probabilidade de ser mais sensível aos elementos no trabalho e até de desenvolver doenças como depressão, hipertensão arterial sistêmica.

#### 5.5.4 Formação educacional

Tentava fazer curso que era para não ficar parada aqui, para tentar crescer mais profissionalmente (ENFERMEIRA 6).

A busca por mais formação, é uma alternativa bastante peculiar pois a situação que ela vivencia a motiva a buscar outras saídas, a desenvolver profissionalmente.

Na Psicodinâmica do trabalho, a construção da estratégia articula-se ao uso da criatividade para enfrentar o sofrimento, significando assim, que apesar da predominância do sofrimento na função de atendimento ao público, os sujeitos buscam a redução do custo psíquico no trabalho, não convivendo com o sofrimento e, possivelmente, buscando estratégias para desenvolver o prazer, tendo em vista ser este um dos elementos para a sua estruturação psíquica. Isso não desconsidera as transformações que devem ser realizadas no contexto de trabalho para minimizar ou eliminar o sofrer, ajudando o trabalhador a restabelecer sua economia psíquica e alcançar maiores oportunidades para o seu bem-estar e saúde (FERREIRA, 2001).

Moreira (2016) realizou um estudo que investigou as estratégias individuais e encontrou o hábito de leitura, cinema, prática de exercício físico e a crença em uma religião. Lá, também, existiam estratégias coletivas que integram reuniões semanais com envolvimento dos profissionais e decisão participativa. Em Sobral, também há este espaço denominada roda terapêutica.

Outra pesquisa elencou como fonte de prazer o reconhecimento profissional proveniente dos pacientes expostos em manifestações verbais e de gratidão pelo o serviço prestado; o acompanhamento da família em suas necessidades de saúde e na resolubilidade de demandas sociais da comunidade (KESLLER, 2012).

## 5.6 Adoecimento provocado pelo trabalho

Figura 5- Adoecimento provocado pelo trabalho



**Fonte:** Primária.

### Repercussão no aspecto físico e mental

Adoecer não, mas eu sinto que eu não tenho horário pra comer, eu já sou magra, eu emagreço mais” (ENFERMEIRA 1).

“Acredito que eu ainda tenha uma longa jornada pela frente, mas me sinto muito cansada apesar do pouco tempo (de trabalho) me sinto muito cansada, inclusive perdi peso, depois que entrei aqui já perdi três quilos, porque muitas vezes eu não tenho tempo nem de sair para tomar uma água, quem traz a água pra mim é uma ACS que se sensibiliza e traz um copo com água. Às vezes o dia inteiro eu fico com um almoço e um copo com água que eles trazem. Vou comer só a noite quando chego em casa. Acabo saindo daqui muito tarde também, dificilmente... Acabei perdendo peso (ENFERMEIRA 2).

Estas falas salientam, que mesmo com pouco tempo no serviço, já é perceptível que as profissionais já estão sendo afetadas com perda de peso e o cansaço mental, pois não podem pausar o atendimento para fazerem uma refeição rápida, já que tem um grande número de usuário aguardando e que muitas vezes, nem se que compreende quando a profissional precisa se deslocar do consultório para agilizar um processo no atendimento, ou mesmo beber água, como confirma a fala a seguir.

## Pressão da comunidade

No dia que me levantei para tomar uma água eles faltaram derrubar a minha porta. “Como é que pode? Está demorando demais. É para atender é o povo, não é para está andando” (os usuários falam). Eles questionam muito isso, às vezes para buscar o prontuário ali, a confusão começa. Acho que falta o cuidado com o cuidador. Na verdade, a gente cuida dos outros mas não cuida da gente e eu acredito que é isso que adocece.( ENFERMEIRA 2).

Com a fala acima, fica claro que além da necessidade do cuidando com o cuidador, a comunidade, também, deve estimulada a respeitar o profissional e compreender as suas necessidades.

## Adoecimento

Aqui a enfermeira que passou mais tempo antes, a outra enfermeira que saiu, porque estava com depressão devido à carga de trabalho porque ela não estava aguentando. Ela saiu porque estava passando por problemas, pediu para ser transferida para um lugar mais calmo (ENFERMEIRA 4).

Já fiquei doente. Estava muito estressada, com dificuldade para dormir. Fiz uso de Sertralina por um mês, digo, fiz uso de um ansiolítico que não me recordo o nome (Excitalopran) (ENFERMEIRA 3).

Por ser um território com grande vulnerabilidade, haveria uma grande demanda atendimento, imaginava-se que seriam encontradas enfermeiras com sofrimento ou mesmo em processo de adoecimento, mas felizmente as profissionais não se encontram neste estágio.

Recentemente, há menos de um ano, os enfermeiros antigos que atuavam neste centro de saúde foram transferidos para outros territórios, outros se desligaram do trabalho, em busca de novas oportunidades. Devido a isso, no momento da pesquisa estava atuando somente estas jovens enfermeiras, o que justifica a fala de cuidado.

No caso de Enfermeira 3, que também presta serviço em um hospital público no município, ou seja, além das 40 horas prestadas no CSF, ela deve cumprir as 36hs na atenção secundária, o que a predispõe a um maior adoecimento. Esta é a realidade de muitos profissionais da Enfermagem, que para garantir uma renda mensal maior, torna-se mais vulneráveis ao adoecimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aponta que os enfermeiros que participaram da pesquisa apresentaram poucos traços de sofrimento, porém, devemos levar em consideração o pouco tempo de exercício profissional.

Em relação à percepção do Enfermeiro da ESF acerca do sofrimento, imaginou-se que eles iriam se retrair ao falar desse assunto, porém, percebemos que eles estão abertos a expressar o que sentem o que permite ajudá-los.

Os fatores mais relacionados como sofrimento dos Enfermeiros na ESF são a sobrecarga de trabalho, organização do serviço, relações interpessoais. As formas de enfrentamento para elucidação ou amenização do sofrimento foram apoio familiar, lazer, atividade física, autocontrole e a formação profissional.

Com este estudo percebeu-se a necessidade de políticas públicas, embora já existam algumas voltadas para o cuidado do cuidador e até órgãos como o CEREST que volta sua atenção à saúde do trabalhador essas políticas não estão atendendo de fato a necessidade de saúde desses profissionais levando a crer uma necessidade de implementação das políticas existente e até novas políticas.

E não tivemos o objetivo de apontar falhas da gestão, mas apenas sinalizar um problema que pode refletir na qualidade da assistência ao usuário e pode ser evitado ou amenizado com ações simples como o cuidando do cuidador e a oferta de apoio psicológico que não teria um grande custo, já que existem profissionais que podem oferecer este suporte na rede de atenção.

Mesmo se tratando de um número pequeno de enfermeiras e considerando que são jovens e tem pouco tempo de trabalho, já se percebeu que existem traços de sofrimento e desta forma faz-se necessário ampliar novas pesquisas com esse olhar ampliando os números dessa amostra dessa amostra.

Ainda este estudo poderá servir de base para estudos científicos no meio da pesquisa que se preocupam com as questões relacionadas ao adoecimento e sofrimento dos enfermeiros ou até outras categorias profissionais.

Diante disto, sugiro que os gestores nas pessoas de coordenadores e gerentes, motivem os seus profissionais, de modo que eles tenham condições de elaborar estratégias de enfrentamento diante dos desafios no trabalho.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARRETO, R.L. **Descentralização das ações de vigilância sanitária: Impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos**. 2008. 95f. Dissertação ( Mestrado Profissional em Administração) -Escola de Administração Núcleo de Pós-graduação em Administração – NPGA. Universidade Federal da Bahia, 2008  
Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8084/1/666666.pdf>  
Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2010 mar. 15]. Disponível em:  
<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm> . Acesso em 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Saúde dentro de casa. Programa Saúde da Família**. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. **Caderno de textos cartilhas da política nacional de humanização**. Disponível em  
[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf). Acesso em: 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica** 4.<sup>a</sup> edição Brasília – DF 2007. Disponível em: [http://dab.sau.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.sau.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf) . Acesso em: 25 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde **Resolução nº. 466**, de Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2012.

BECK, C.L.C. et al. **Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município**. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS),v.30,n.1,p:54-61. mar; 2009. Disponível em:<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5102/6561>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BUENO, M.A.; MACÊDO, K.B. Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS- Estudos Contemporâneos da Subjetividade** v. 2, n.

2, p.306-318, 2012. Disponível em:  
<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1010>. Acesso em:  
 01 maio 2017.

CAÇADOR, B.S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME - Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v.19, n. 3,p: 612-619, jul/set, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 01 fev. 2017.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, Feb. 2004 . Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2016.

CAVALCANTE, L.M.S.; OLIVEIRA,H.C. ; CAVALCANTE,S.M.A. Análise das Contribuições de Dejours para o Entendimento da Relação prazer/sofrimento no Trabalho do Profissional de Saúde Mental - Estudo de Caso em Centro de Atenção Psicossocial, em Fortaleza (CE). In: XXXIII ENCONTRO-ENANPAD. 2009, São Paulo. **Resumo dos trabalhos**. São Paulo: EnAPAD, 2009. p. 16. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR777.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-CE –(COREN). **Mais de cem municípios reduziram para 30hs a jornada dos profissionais de Enfermagem**. Disponível em: [http://www.coren-ce.org.br/mais-de-cem-municipios-reduziram-para-30h-a-jornada-dos-profissionais-de-enfermagem\\_10771.html](http://www.coren-ce.org.br/mais-de-cem-municipios-reduziram-para-30h-a-jornada-dos-profissionais-de-enfermagem_10771.html). Acesso em 23 jan. 2017.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M.V.G.C.; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**, Fortaleza, n.9,v.2,p: 120-128, abr.-jun. 2008. Disponível em:  
<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-520975> Acesso em: 20 dez. 2016.

DEJOURS, C.. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do Trabalho. Cortez. São Paulo: 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. Cortez Oboré. São Paulo: 1992.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 3- ed. Atlas. São Paulo: 1996.

DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. Ver. Produção, São Paulo, v. 14, n. 3, p.27-34, 2004.

DIAS, M.D.A. Jovens trabalhadoras e o sofrimento ético-político. **Psicologia & Sociedade**. v. 26,n. 2,p.93-102. Universidade Estadual Paulista, Botucatu/SP, Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe2/a10v26nspe2.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

EVANGELISTA, A.I.B. et al. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12,n. esp.,p:1011-1020. 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4404/3362>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FERNANDES, S.M.B.A; et al. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.10, n.2:414-427, 2008. . Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11874/1/ARTIGO\\_EstresseOcupacionalMundo.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11874/1/ARTIGO_EstresseOcupacionalMundo.pdf) . Acesso em: 19 fev. 2017.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.6,n.1,p: 93-104, 2001. Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n1/5336.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12 edição editora Paz e Terra, 1981. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo\\_freire\\_educacao\\_e\\_mudanca.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_educacao_e_mudanca.pdf) . Acesso em: 30 jan. 2017.

FREUD, S. (1974). **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago. XXI. PP. 174.

GALAVOTE, H.S. et al . O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, Mar.2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Access em: 14 fev. 2017.

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

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface**, Botucatu , v. 18, n. 49, p. 289-300, Junho, 2014 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0647.>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

GONZALES. R.M.B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** 2000. 204f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/153195.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.

GOULART JÚNIOR, E; et al. Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam**. Porto

Alegre, v.17, n.1, p.: 110-122, jul. 2013. Disponível em:  
<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-62491>. Acesso em: 21 mar. 2017.

GHIZONI, L.D.; MENDES, A.M. Dispositivos para uma escuta clínica do sofrimento no trabalho dos catadores de materiais recicláveis. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, janeiro-junho, 2014. Disponível em:  
[http://lpct.com.br/?page\\_id=6](http://lpct.com.br/?page_id=6). Acesso em: 20 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Cidades @ (Sobral – CE) 2012**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ce>. Acesso em: 20 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo Demográfico 2000**: população residente, por sexo e situação do domicílio, população residente de 10 anos ou mais de idade, total, alfabetizada e taxa de alfabetização, segundo os municípios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2016.

JACQUES, M.G.C. et al. Relações sociais e ética. **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**. Rio de Janeiro. 2008. 210 p. Disponível em:  
<http://static.scielo.org/scielobooks/6j3gx/pdf/jacques-9788599662892.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

KATSURAYAMA, M.; PARENTE, R.C.P.; MORETTI-PIRES, R.O. O trabalhador no programa saúde da família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 183-198, jan./abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000100183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100183&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar. 2017.

KALINOWSKI, A.C. et al. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. **SANARE**, Sobral, V.11. n.1.,p. 06-12, jan./jun.2012. Disponível em:  
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260>. Acesso em: 25 abr. 2017.

KANNO, N.P.; BELLODI, P. L.; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde soc.** São Paulo, Dez 2012, vol.21, no.4, p.884-894. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008). Acesso em: 15 fev. 2017.

KESSLER, A.I.; KRUG, S.B.F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, Mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LESSA, A.B.S.L.; ARAÚJO, C.N.V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **REME- Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v.17,n.2,p: 474-480, abr/jun, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>. Acesso em: 20 nov. 2016.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. rev. Florianópolis: Pallotti, 2002.

LIMA JÚNIOR, J.A.V.; Ésther, A.B Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. RAE - Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 41.n.3, p.20-30. Jul./Set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a03>. Acesso em: 25 abr. 2017.

MAIA, A.B.M.A. **Sofrer e adoecer**. Estudo com Taquígrafos de uma Organização Pública. 2013. 44f. Dissertação (mestrado em Psicologia) Departamento de Psicologia Social e do Trabalho – PST. Universidade de Brasília Instituto de Psicologia. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7257/1/2013\\_AnnaBeatrizMaiaAssadMaia.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7257/1/2013_AnnaBeatrizMaiaAssadMaia.pdf). Acesso em: 13 mar. 2016.

MARTINS, G. de A; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATTOSINHO, M.M.S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém- formados em enfermagem. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.23,n.4,p:466-71, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Betina\\_Meirelles2/publication/228647263\\_Mundo\\_do\\_trabalho\\_alguns\\_aspectos\\_vivenciados\\_pelos\\_profissionais\\_recem-formados\\_em\\_enfermagem/links/00b49528ea51a37728000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Betina_Meirelles2/publication/228647263_Mundo_do_trabalho_alguns_aspectos_vivenciados_pelos_profissionais_recem-formados_em_enfermagem/links/00b49528ea51a37728000000.pdf) . Acesso em: 20 mar. 2017.

MENDES, E.V. “Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud”. In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE, M. I. R. R. **“Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiências”**. Washington D.C.: OPS, 1990. p.21- 27. (Publicación Científica, 519).

MENDES, M.A.B. Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**. Jan, Fev, Mar 1995 Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931995000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009). Acesso em: 27 dez. 2016.

MENDES, M.A.B. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. 1ed.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15,n.5.p.2297-2305, ago. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005) Acesso em: 15 mar. 2017.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde (12ª Ed.) São Paulo, SP: Hucitec. 2010.

MIURA, P.O.; SAWAIA, B. B. Tornar-se catador: sofrimento ético-político e potência de ação. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, 25(2), 331-341., Brasil. 2014. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/10.pdf). Acesso em: 20 mar. 2017.

MOREIRA, M.C.N.A. Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 621-645, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 mar. 2017.

MOREIRA, D.A., et al. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho da Enfermagem na equipe de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.**; São João Del Rei v. 1,n.6,p:2106-2118, jan/abr, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/637> Acesso em: 15 fev. 2016.

OLIVEIRA, W.T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, 2012; 11(1):129-37. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18869/pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

PERILLEUX, T.; MENDES, A.M. O enigma dos sintomas: proposição para uma escuta psicanalítica e política do sofrimento no trabalho. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 61-73, jun. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-48912015000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912015000100007&lng=pt&nrm=iso).. <http://dx.doi.org/10.18370/2176-4891.2015v1p61>. Acesso em: 14 dez. 2016.

PINTO, E.S. G; MENEZES, R.M.P.; SCATENA, V.T.C. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm. USP**. São Paulo, v.44,n.3,p:657-64, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40589/43746>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PIRES, M.R.G.M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1710-1715, Dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800013>. Acesso em: 23 Fev. 2017.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

POZ, M.R.D. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p. 1924-1926, out, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a02v29n10.pdf>. Acesso dia 29 abr. 2017.

RIBEIRO, R.P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2,p:495-504.2012.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031). Acesso em: 12 mar. 2017.

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

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n.3,p:641-9, 2012 .Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40992/44520>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SANTOS, G.B. As estratégias de fuga e enfrentamento frente às adversidades do trabalho docente. **Estud. pesqui. psicol**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 128-133, jun. 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812006000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SAWAIA, B. A emoção como locus de produção do conhecimento: uma reflexão inspirada em Vygotsky e no seu diálogo com Espinosa. In III Conferência de Pesquisa Sócio-Cultural. 2004.Campinas, São Paulo. **Resumos dos trabalhos**. São Paulo, (pp. 1-25). Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/br>. Acesso em: 12 mar. 2016.

SAWAIA, B. B. (2003). **O sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnobiologia e do relativismo**. pp. 83-94. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI M, CASSENOTE A., **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina, São Paulo, v. 1. 2011. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia\\_2\\_dezembro.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf). Acesso em: 20 mar. 2017.

SCHRADER, G. et al . Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev. bras. Enferm**, Brasília , v. 65, n. 2, p. 222-228, Abr. 2012 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200004>>. Acesso em 13 fev. 2017.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, out. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SOUZA, E.C.F. et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 dez. 2016

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em: 10 abr. 2017.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mar. 2017.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Decanato de gestão de pessoas**. Jornada de trabalho. 2012. Disponível em <http://www.dgp.unb.br/guia-do-servidor/103-jornada-de-trabalho>. Acesso em: 13 mar. 2017.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000100012&script=sci_arttext). Acesso em: 08 fev. 2017.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: AS DORES E AS DELÍCIAS DE CAMINHAR: um estudo de caso sobre labor e sofrimento de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em um território de Sobral (CE)

Você está sendo convidado (a) a contribuir com a pesquisa: “Trabalho e sofrimento em enfermeiros que atuam na Estratégia saúde da família”, que tem como objetivo principal analisar as relações de sofrimento no trabalho de enfermeiros que atuam na da Estratégia Saúde da Família a partir dos discursos destes trabalhadores. Esta pesquisa está sendo realizada pela mestrandia Patrícia Aragão Alves do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF e orientado pela Prof.º Dr. Israel Rocha Brandão. Sua participação consistirá no preenchimento do questionário contendo questões sócio demográficas, na sua participação na entrevista. Gostaríamos de deixar claro para você que estes instrumentos de coleta de dados não serão identificados e que as respostas serão analisadas no conjunto de todas as respostas dos profissionais, de forma a não permitir identificar o respondente ao município. A sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá se recusar a responder a pergunta caso não se sinta à vontade. Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por algum motivo, durante o andamento da mesma, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento. Ressaltamos que sua participação é de fundamental importância uma vez que as informações fornecidas contribuirão para repensar a valorização da prática dos profissionais no processo de trabalho. Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Coronel José Silvestre, nº 726, Campo dos Velhos, Sobral-CE. CEP-62030-010. Telefone Celular: (88) 96655851 e-mail: patyenf@bol.com.br. Informações adicionais podem também serem obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde: Rua Mauro Célio Rocha Ponte, nº 150 – bairro Derby. Sobral-CE. Fone: (88) 3677-4255.

**APÊDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO****CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito responder o questionário para pesquisa: **Trabalho e sofrimento em enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família**, e de que seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Assinatura

**APÊDICE C- QUESTIONÁRIO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES**

<b>Questionário perfil sócio demográfico dos participantes</b>			
CSF _____			
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Idade</b> <input type="checkbox"/> 20 a 30 <input type="checkbox"/> 30 a 40 <input type="checkbox"/> 40 a 50 <input type="checkbox"/> 50 mais	<b>Situação conjugal</b> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<b>Renda salarial</b> <input type="checkbox"/> 2 salario <input type="checkbox"/> <2 salario <input type="checkbox"/> <3 salario
<b>2. Escolaridade:</b> <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		<b>3. Tempo de formado:</b> _____  <b>4. Local de formação:</b> _____  <b>5. Ha quanto tempo atua na ESF?</b> _____	
<b>Qual tipo de vínculo empregatício a ESF:</b> <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho <input type="checkbox"/> Terceirizado/ Cooperativa <input type="checkbox"/> Concursado/estatutário <input type="checkbox"/> Celetista (estatutário)		<b>Outro vínculo de trabalho:</b> <input type="checkbox"/> no serviço público como clínico <input type="checkbox"/> no serviço público como gestor <input type="checkbox"/> como autônomo – prática clínica <input type="checkbox"/> como prestador de serviço em planos ou convênios <input type="checkbox"/> como docente <input type="checkbox"/> outros: _____	

## APÊNDICE D – PERGUNTAS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

### PERGUNTAS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

- 1) Há algo que lhe incomoda no seu trabalho? Chega a lhe atrapalhar ou prejudicar seu trabalho? Ex: sobrecarga de trabalho, falta de organização do serviço, espaço físico, entre outros.
- 2) Quais são os três principais problemas pessoais no trabalho? Ex: relação interpessoal, horário, sua organização no trabalho.
- 3) Você percebe que estes problemas repercutem no seu estado emocional, fazendo você se sentir cansado, estressado, indisposto, emotivo? Ou estes problemas não afetam seu lado emocional? Eles já acontecem a tanto tempo que você já se sente indiferente a eles?
- 4) O que você faz para diminuir ou amenizar estes problemas?
- 5) Você relaciona seu adoecimento com seu processo de trabalho? Descreva sinais e sintomas em relação ao seu problema? E se fizer uso de algum medicamento? Citar quais?

**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

### **PARECER PROTOCOLO Nº 0071/2016**

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, nucleado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, intitulado: Trabalho e Sofrimento de Enfermeiros que Atuam na Estratégia Saúde da Família desenvolvido por Patrícia Aragão Alves sob orientação do Prof. Dr. Israel Rocha Brandão.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo junto aos profissionais enfermeiros que atuam no Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Terrenos Novos que compõe a macroárea II. Para tanto, faz-se necessário pactuação prévia entre a pesquisadora e a gerência dos CSF quanto à escolha dos melhores dias, horários e local para abordagem aos enfermeiros, bem como análise da viabilidade de realização do círculo de cultura no próprio CSF.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada um dos profissionais, devendo estes serem convidados a participar mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Por fim, lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadoras encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, sendo um dos compromissos assumidos junto ao sistema de saúde de Sobral.

Código de Validação: PP18721497478255F

Emitido em: Sobral, 14 de Junho de 2017, às 19:10, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC  
Este documento pode ser validado no endereço [sicc.uvanet.br/validacao](http://sicc.uvanet.br/validacao), através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 12 de Julho de 2016

*Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Coordenadora da Comissão Científica

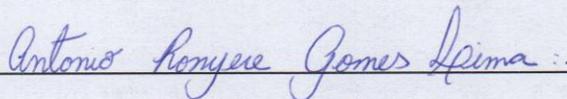
Código de Validação: PP18721497478255F

Emitido em: Sobral, 14 de Junho de 2017, às 19:10, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC  
Este documento pode ser validado no endereço [sicc.uvanet.br/validacao](http://sicc.uvanet.br/validacao), através das informações acima.

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que foi realizada a revisão textual da dissertação de mestrado : "AS DORES E AS DELÍCIAS DE CAMINHAR: um estudo de caso sobre labor e sofrimento de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em um território de Sobral (CE)", de Patrícia Aragão Alves.

Sobral, 16 de junho de 2017.



**Antonio Ronyere Gomes Lima**

**(Revisor Textual)**

**C.P.F: 005.275.013-28**

**Formação: Letras -Registrado sob o nº 1.191**